

Typ-2-Diabetes und Migranten: Menschen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen

Faize Berger



Migranten sind deutlich häufiger, früher und stärker von Typ-2-Diabetes betroffen als die einheimische Bevölkerung. Prävalenz, Inzidenz und Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung immer weiter wächst, sind um den Faktor 2 erhöht – je nach Ethnie, Herkunftsland, Geschlecht und sozioökonomischen Bedingungen noch stärker. Dies macht es erforderlich, ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe zu richten.

Einleitung

In Australien oder Nigeria bedeutet die Geste Daumen hoch „jemanden loswerden wollen“. Griechen und Bulgaren schütteln den Kopf und meinen damit „ja“. In afrikanischen und asiatischen Kulturräumen wird aus Respekt vor höherem sozialem Status der direkte Blickkontakt vermieden.

Auf Reisen ist es gut, diese Dinge zu wissen, denn das kann u. U. viel Ärger ersparen. Im beruflichen Alltag der Ärzte ist es etwas anders, denn da benötigt der Arzt eine vertrauensvolle Bindung zu seinem Patienten. Angesichts des per se herrschenden Wissens- und Autoritätsungleichgewichts ist es für die Vertrauensbildung – speziell mit Menschen aus anderen Kultur- und Sprachräumen – wichtig, wenn der Arzt den ersten Schritt auf seinen Patienten zugeht. Es ist hilfreich, wenn der Arzt ansatzweise einschätzen kann, wie er den Patienten der Situation angemessen begrüßt: ob er dem Patienten die Hand gibt, ihm in die Augen sieht oder nicht bzw. z. B. seine Hände vor der Brust faltet.

Es sind selten Symptome, klinische Werte und Diagnosen, die bei den Behandlern gelegentlich ein Gefühl der Unsicherheit gegenüber Menschen aus anderen Kultur- und Sprachräumen erzeugen. Vielmehr ist es eine Mischung aus Zeitknappheit und dem im aktuellen Moment nicht vorhandenen, aber dringend benötigten Wissen über den sprachlichen und kulturellen Hintergrund des Patienten.

DEFINITIONEN

- **Einheimische Bevölkerung:** Menschen, die in Deutschland leben und keinen Migrationshintergrund bezogen auf die letzten 50 Jahre haben.
- **Migranten:** Menschen, die aus einem anderen Sprach- und Kulturraum stammen und in Deutschland leben.

- **Flüchtlinge:** Menschen, die aus einem anderen Sprach- und Kulturraum stammen und aus unterschiedlichen Gründen schutzsuchend nach Deutschland gekommen sind.
- **Migrationshintergrund:** Im Text wird die Definition des Statistischen Bundesamtes [1] zugrunde gelegt: Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Diese Definition umfasst zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Ausiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkriegs und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind.

HINTERGRUNDWISSEN

Schutzsuchende

Die Begriffe Flüchtlinge, Asylbewerber oder Asylberechtigter werden oft synonym für geflüchtete Menschen genutzt, beschreiben aber im Ausländer- und Asylrecht jeweils nur eine spezifische Teilmenge der Schutzsuchenden. Flüchtlinge sind Ausländer, die sich unter Berufung auf humanitäre Gründe in Deutschland aufhalten. Sie sind Schutzsuchende mit unterschiedlichem Status.

Schutzsuchende

- mit offenem Schutzstatus halten sich zur Durchführung eines Asylverfahrens in Deutschland auf, über ihren Schutzstatus wurde noch nicht entschieden,
- mit anerkanntem Schutzstatus besitzen einen befristeten oder unbefristeten Aufenthaltstitel

aus dem humanitären Bereich des Aufenthaltsgesetzes,

- mit abgelehntem Schutzstatus halten sich nach Ablehnung im Asylverfahren oder nach Verlust ihres humanitären Aufenthaltstitels als Ausreisepflichtige in Deutschland auf.

Da die Versorgungsregelung nach dem Aufenthaltsstatus nicht Gegenstand dieses Beitrags ist, wird im Folgenden nicht zwischen Migranten und Flüchtlingen unterschieden. Stattdessen wird ganz allgemein der Begriff Migrant oder die Bezeichnung Menschen aus anderen Sprach- und Kulturräumen verwendet.

Datenlage

Zu Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus sowie den Folge- und Begleiterkrankungen bei Migranten liegen in Deutschland nur unvollständige Informationen vor. Studien aus vergleichbaren Ländern ermöglichen es, ein ungefähres Bild der Situation in Deutschland zu gewinnen. Es kann heute von mehr als 600 000 an Typ-2-Diabetes Erkrankten mit Migrationshintergrund ausgegangen werden. Diese Zahl wird in den nächsten Jahren vor allem aus 2 Gründen weiter wachsen: Zum einen kommen die Migranten der ersten Generation zunehmend in das Rentenalter. Zum anderen haben viele der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge ein hohes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, wenn sie in Industrieländern leben.

Für 2016 gibt das Statistische Bundesamt den Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund mit 22,5 % an. Die Türkei ist mit Abstand das zahlenmäßig stärkste Herkunftsland, gefolgt von Polen, Syrien, Italien und Rumänien. Mittlerweile leben in Deutschland 2,3 Mio. Menschen, die aus dem Nahen und Mittleren Osten stammen. Hinzu kommt ein Zuwachs bei Menschen mit afrikanischer Herkunft, auch wenn sie in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund bisher nur ca. 4 % ausmachen. Unter den Flüchtlingen, die 2016 einen Asylantrag stellten, sind die 3 Hauptherkunftsländer: Syrien mit 42,5 %, Irak mit 15,7 % und Afghanistan mit 13,9 %. Die damit einhergehende Veränderung der Bevölkerungsstruktur – verbunden mit einer größeren kulturellen Vielfalt – stellt das Gesundheitswesen in Deutschland vor neue Herausforderungen.

Prävalenz

Zahlreiche europäische und amerikanische Studien bestätigen, dass Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Typ-2-Diabetes bei Migranten meist deutlich höher sind als bei der einheimischen Bevölkerung. Darüber hinaus

erkranken Menschen, die in ein anderes Land migriert sind, durchschnittlich 5 – 10 Jahre früher – also jünger – und häufiger an Typ-2-Diabetes – sowohl im Vergleich zur Bevölkerung ihrer Heimatländer als auch im Vergleich zur Bevölkerung in ihrer Wahlheimat. Des Weiteren sind sie auch stärker von diabetischen Spätfolgen betroffen [2].

Merke

Das Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, ist für die einzelnen Migrantenpopulationen sehr unterschiedlich.

Menschen aus Süd- und Zentralamerika, Nord- und Subsahara-Afrika, Vorder-, Mittel- und Südasien weisen teilweise sehr hohe Prävalenzen auf. Eine aktuelle Metaanalyse zur Prävalenz bei ethnischen Minderheiten in Europa weist für Migranten aus Süd- und Zentralamerika ein um 30 % erhöhtes Risiko im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung auf. Dagegen liegt das Risiko bei Migranten aus dem Mittleren Osten und Nordafrika fast um das 3-fache und bei Migranten aus Südasien nahezu um das 4-fache höher (► **Abb. 1**) [3 – 5].

Türkischstämmige Frauen in Schweden haben ein 3-fach höheres Diabetesrisiko im Vergleich zu schwedischen Frauen, wohingegen es bei Männern kaum einen Unterschied gibt. Dies gilt auch für das Hospitalisierungsrisiko aufgrund von Typ-2-Diabetes, wobei sich dieser Effekt bei der zweiten Generation abschwächt [6]. Eine in 7 europäischen Ländern für 30 Migrantengruppen durchgeführte Studie zeigt eine um 90 % bzw. 120 % höhere Diabetes-Mortalitätsrate für Männer und Frauen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung [7]. Darüber hinaus haben Menschen mit Typ-2-Diabetes aus Asien, dem Nahen Osten und Subsahara-Afrika im Vergleich zu europäischen Populationen ein besonders hohes Risiko für mikrovaskuläre Komplikationen: diabetische Retinopathie, Nephropathie und periphere Neuropathie [8].

MERKE

Insgesamt ist die Prävalenz von Typ-2-Diabetes bei Migranten deutlich höher als in der einheimischen Bevölkerung. Besonders stark betroffen sind Frauen.

Diabetesrisiko

Externe Faktoren

In der Bewertung des Diabetesrisikos werden in den letzten Jahren neben ethnischen (Genetik, Genom), kulturellen (Lebensstil, Ernährung) und weiteren individuellen Faktoren einige externe Risikofaktoren miteinbezogen. Diese werden unter struktureller Deprivation (ortsspezifisch, z. B. hohe Arbeitslosigkeit), psychosozialen (unsi-

cheres Arbeitsverhältnis usw.) und umweltbedingten (Lärm, Luftverschmutzung usw.) Faktoren subsumiert [9]. In einer schwedischen Studie zeigte sich: Bei Migranten, die in einem Wohngebiet mit hoher Deprivation lebten, lag ein um 22 % erhöhtes Diabetesrisiko vor gegenüber jenen, die in einem Wohngebiet mit niedriger Deprivation lebten [10].

Kommen die Migranten aus einem Land mit niedrigem sozioökonomischem Status, dann ist die diabetesassoziierte Mortalitätsrate ca. 200 % höher als bei der einheimischen Bevölkerung. Bei einem Herkunftsland mit mittlerem sozioökonomischem Status liegt die Rate nur um ca. 100 % höher [11]. Die Migration hat durch Faktoren wie Entwurzelung, Rollenverlust, unerfüllte Lebensperspektiven, zusätzlichen Stress durch gesellschaftlichen Anpassungsdruck und kulturelle Konflikte einen verstärkenden Effekt auf das Diabetesrisiko.

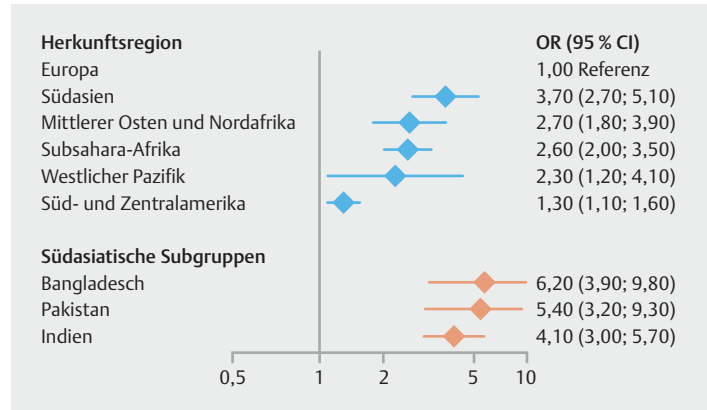
Lebensstilfaktoren

Die Hauptrisikofaktoren Übergewicht, fehlende situationsadäquate Ernährung und Bewegung sind im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung bei vielen Migrantenpopulationen noch ausgeprägter und damit bedeutsamer. Die Zusammenhänge zwischen diesen Risikofaktoren und einer Diabeteserkrankung sind häufig nicht ausreichend im Bewusstsein verankert. Auch kann ohne ärztliches Wissen über die jeweiligen kulturellen Besonderheiten keine nachhaltige Verhaltensänderung initiiert werden.

Ethnie, Genetik

Genetische Prädispositionen spielen eine weitere Rolle bei der Entstehung von Typ-2-Diabetes. Eine mögliche Erklärung für das erhöhte Diabetesrisiko bei Menschen aus Südasien ergibt sich aus einer Analyse der Daten der SABRE-Studie: Seit 1988 werden Europäer und Südasien mit ursprünglichem Wohnsitz in West- und Nord-London beobachtet, um Hinweise auf die Entwicklung von Diabetes und koronarer Herzkrankheit zu gewinnen. Die Forscher stellten bei den Südasien einen genetisch bedingt höheren Spiegel bestimmter Aminosäuren fest, der mit einem höheren Diabetesrisiko assoziiert ist. Dieser Effekt ist unabhängig von den übrigen bekannten Risikofaktoren (Adipositas etc.). Es wurde kein signifikanter Unterschied der Aminosäurenkonzentration und der Diabetesinzidenz zwischen Hindus und Muslimen aus Südasien festgestellt, sodass ein Einfluss der Ernährungsgewohnheiten weitestgehend auszuschließen ist [12].

In den USA gibt es auf der Basis von Big-Data-Analysen elektronischer Gesundheitsdaten erste Ansätze für die Entwicklung einer neuen Methode zur Definition bevölkerungsspezifischer Referenzintervalle von klinischen Labortests. Diese differenzieren nach einzelnen Ethnien – u. a. auch für Typ-2-Diabetes [13].



► **Abb. 1** Prävalenz von Typ-2-Diabetes bei ethnischen Gruppen in Europa (Metaanalyse 1994 – 2014). Bei Migranten liegt die Prävalenz von Typ-2-Diabetes um das 2- bis 5-Fache höher als bei der einheimischen Bevölkerung (Daten aus [3]).

MERKE

Einige Migrantenpopulationen haben genetisch bedingt ein deutlich erhöhtes Diabetesrisiko. Dieses Risiko wird verstärkt durch die mit einer Migration zusammenhängenden Lebensumstände.

Herausforderungen

Die Frage, die sich vielen Ärzten infolge der beschriebenen Herausforderungen stellt, ist folgende: Auf welche Weise kann das kulturneutrale und evidenzbasierte Standardvorgehen mit Leitlinien, Strukturverträgen und ähnlichen Instrumenten – wenn erforderlich – kultursensibel gestaltet werden?

Migranten sind eine extrem heterogene Bevölkerungsgruppe, die sich nicht nur von der einheimischen Bevölkerung mehr oder weniger unterscheidet, sondern auch innerhalb der Gruppe große Unterschiede aufweist. Dabei spielen Herkunftsland und Herkunftsregion, Ethnie, Migrationsbiografie, Aufenthaltsstatus, Erwerbssituation, ausgeübte Religion, Weltbild, kulturelle Überzeugungen, Denk- und Handlungsweisen eine Rolle. Bildungshintergründe unterscheiden sich nicht nur nach Schulabschluss, Berufsausbildung, Studium, sondern auch sehr stark nach Inhalten und Qualität. Was Migranten eint, ist eine vollständige oder teilweise andere Sozialisation als die der einheimischen Bevölkerung. Die dabei entstehenden Wechselwirkungen zwischen dem sozioökonomischen und psychosozialen Status der Patienten führen zu sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen für die Behandlung (► **Abb. 2**).

Es lässt sich oft nicht sofort erkennen, welche Sprache der Patient auf welchem Level versteht. Wie soll der Arzt



ihm erklären, dass er an Typ-2-Diabetes erkrankt ist und was es für ihn bedeutet? Oder wie kann er mit ihm einen Therapieplan erstellen, ohne in Erfahrung gebracht zu haben, welchen Lebensstil der Patient pflegt, wie er sich ernährt? Zudem weiß der Arzt nicht, ob Arbeits- bzw. Informationsmaterial in der erforderlichen Sprache verfügbar ist und wenn ja, ob es zuverlässig und kulturspezifisch übersetzt wurde.

Kultursensibler Handlungsansatz

Die dabei im ärztlichen Alltag entstehenden Probleme lassen sich teilweise mit dem berühmten notwendigen Fingerspitzengefühl sowie Sozial- und Kommunikationskompetenzen relativ rasch lösen. Andere hingegen weniger leicht, denn sie erfordern häufig neue Instrumente, andere Arbeitsformen und vor allem eine besondere Haltung – eine kultursensible.

Kultursensibel soll nicht heißen, dass der Arzt sich in allen Sprachen und Kulturkreisen auskennen oder alle Therapievorstellungen der Patienten gutheißen und akzeptieren sollte. Um andere Kulturen im therapeutischen Kontext zu verstehen, bedarf es jedoch einer Offenheit gegenüber den konkreten Bedürfnissen dieser Menschen. Eine kultursensible Haltung ist die Voraussetzung dafür, dass sich Menschen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen verständigen können. Bei Diagnose und Therapie ist dann in einem weiteren Schritt eine Kulturadäquanz gefragt. Dafür müssen Diagnose-, Behandlungs- und Testmethoden sowie Leitlinien bei Bedarf so angepasst werden, dass sie u. a. kulturrelevante Hinweise enthalten. Erfolgreiche Diagnose und Therapie setzen ein gemeinsames Verständnis des Behandlers, des Patienten und zum Teil auch der Angehörigen voraus.

Merke

Ein kultursensibler Therapieansatz erfordert ein Erkennen der kulturell bedingten Überzeugungen, Denk- und Handlungsweisen der Patienten.

NÜTZLICHE ADRESSEN

Transkulturelle Fortbildung

Fortbildungsangebote über transkulturelle Medizin der **Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe:**

- Transkulturelle Medizin – Interdisziplinäre kulturelle Kompetenz im ärztlichen Alltag gem. Curriculum der ÄKWL (50 UE Theorie) – Blended-Learning-Angebot
- Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die Kinder- und Jugendärztliche Praxis gem. Curriculum der BÄK (30 UE Theorie) – Blended-Learning-Angebot
- Medizin transkulturell und global – Interdisziplinäre kulturelle Kompetenz im ärztlichen Alltag – Allgemeine Fortbildungsveranstaltung

Ansprechpartner: Elisabeth Borg, Leiterin Ressort Fortbildung der ÄKWL, Kristina Balmann, Sachbearbeiterin der Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL, Tel.: 02 51/9 29 – 22 20, E-Mail: balmann@aekwl.de

Handlungsmöglichkeiten

Für den Arzt, der seine Patienten bestmöglich therapieren will und als Problemlöser fungiert, gibt es diverse Handlungsmöglichkeiten, um kulturelle Barrieren zu überwinden.

Spontane Delegation

Damit ist die Einbeziehung von Kompetenzträgern in der eigenen Einrichtung gemeint. Die Qualität der erbrachten Leistung wird dabei davon abhängen,

- ob die Mitarbeiter oder Kollegen die gerade gefragten Kulturkreiskenntnisse mitbringen,
- ob sie in der Lage sind, diese in dem erforderlichen Kontext einzusetzen und
- ob sie dafür geschult sind.

Beispielsweise ist es möglich, dass jemand eine Sprache durchaus beherrscht, nicht jedoch im medizinischen Kontext dolmetschen kann. Dabei wird es manchmal zu befriedigenden Lösungen kommen, während es in anderen Situationen in Frustration enden kann. Außerdem können auch rechtliche Probleme auftreten. Dies kann dazu führen, dass aufwendig nach Lösungen gesucht, Zeit und Geld verschwendet, dem Patienten aber nur bedingt oder gar nicht geholfen wird. Dieser Ansatz kann also nur bedingt helfen.

Kooperation mit Kollegen

Dies können Kollegen sein, die bereits Migranten behandeln und/oder selbst aus einem anderen Sprach- und Kulturraum stammen. Sie für kulturspezifische Themen als Sparringspartner zu haben oder beim Entstehen von situativen Problemen einzubeziehen, kann sinnvoll sein. Diese Lösung kann als Bestandteil eines Gesamtkonzepts effektiv funktionieren und in verschiedenen Formen umgesetzt werden.

Externe Kompetenzträger, Organisationen, Institutionen

Je nach Fragestellung können Fachgesellschaften, Medizinethnologen, Dolmetscherdienste, Kultur- und Sprachmittler, Migrantenorganisationen, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Verwaltungseinrichtungen und weitere Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Bereich eingebunden werden.

NÜTZLICHE ADRESSEN

Interdisziplinärer Austausch

Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum DTPPP e. V.

Der Dachverband ist ein berufsgruppenübergreifendes Forum zum Austausch von Erfahrungen und Ergebnissen aus Forschung, Klinik und Praxis zur transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und angrenzenden Fachgebieten im deutschsprachigen Raum und bezieht daher pädagogische und soziale Fachkräfte, weitere Heilberufe (Pflegerkräfte, Ergotherapeuten etc.) sowie verwandte wissenschaftliche Berufe (z. B. Anthropologen, Ethnologen etc.) explizit mit in seine Aktivitäten ein. Der Verband fördert die interdisziplinäre Vernetzung.

Ansprechpartnerin: Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi-Broclawski, E-Mail: sekretariat@dtppp.com

Kultursensible Behandlung

Dabei spielt zunächst die Verständigung eine zentrale Rolle. Es muss berücksichtigt werden: Bei der Verständigung sind neben den sprachlichen Aspekten auch die Gesundheitskompetenzen, kulturellen Überzeugungen und Erfahrungen der Patienten sowie des Behandlers bedeutsam. Den anderen zu verstehen, ist die grundlegende Voraussetzung für den Aufbau einer Bindung. Ohne diese Bindung werden eine Arzt-Patient-Beziehung und damit eine erfolgreiche Behandlung nicht gelingen.

Wenn der Arzt einen Patienten aus einem anderen Sprach- und Kulturraum vor sich hat, sollte zunächst geklärt werden,

- in welcher Sprache man sich verständigen kann,
- ob es therapierelevante kulturelle Unterschiede gibt,
- ob eine ethnisch bedingte genetische Disposition vorliegt, die den Verdacht auf Typ-2-Diabetes erhärten könnte,
- welches Gesundheits-/Krankheitsverständnis der Patient hat (► **Abb. 3**).

Parallel dazu sollte in Erfahrung gebracht werden, wie lange der Patient bereits in Deutschland lebt. Wenn es sich um Migranten handelt, ist es von Bedeutung, zu erfahren, in welcher Migrationsphase sie sich befinden und wie ihre Lebensperspektive aussieht. Bei Flüchtlingen ist es oft notwendig, auf die Fluchterlebnisse einzugehen und eventuell zu klären, ob sie beabsichtigen, längerfristig in Deutschland zu bleiben (► **Abb. 4**).

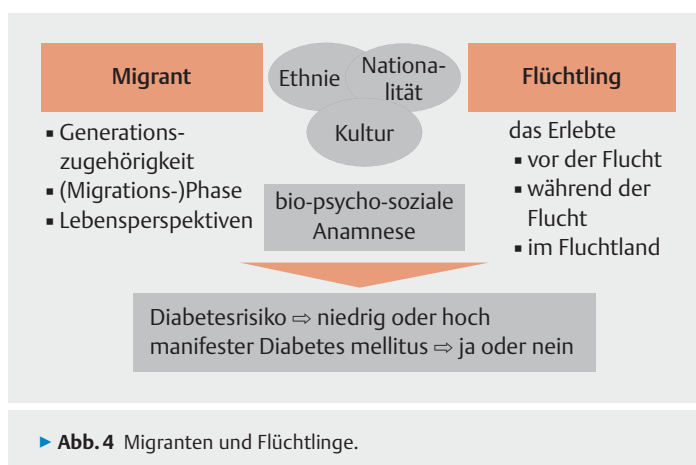
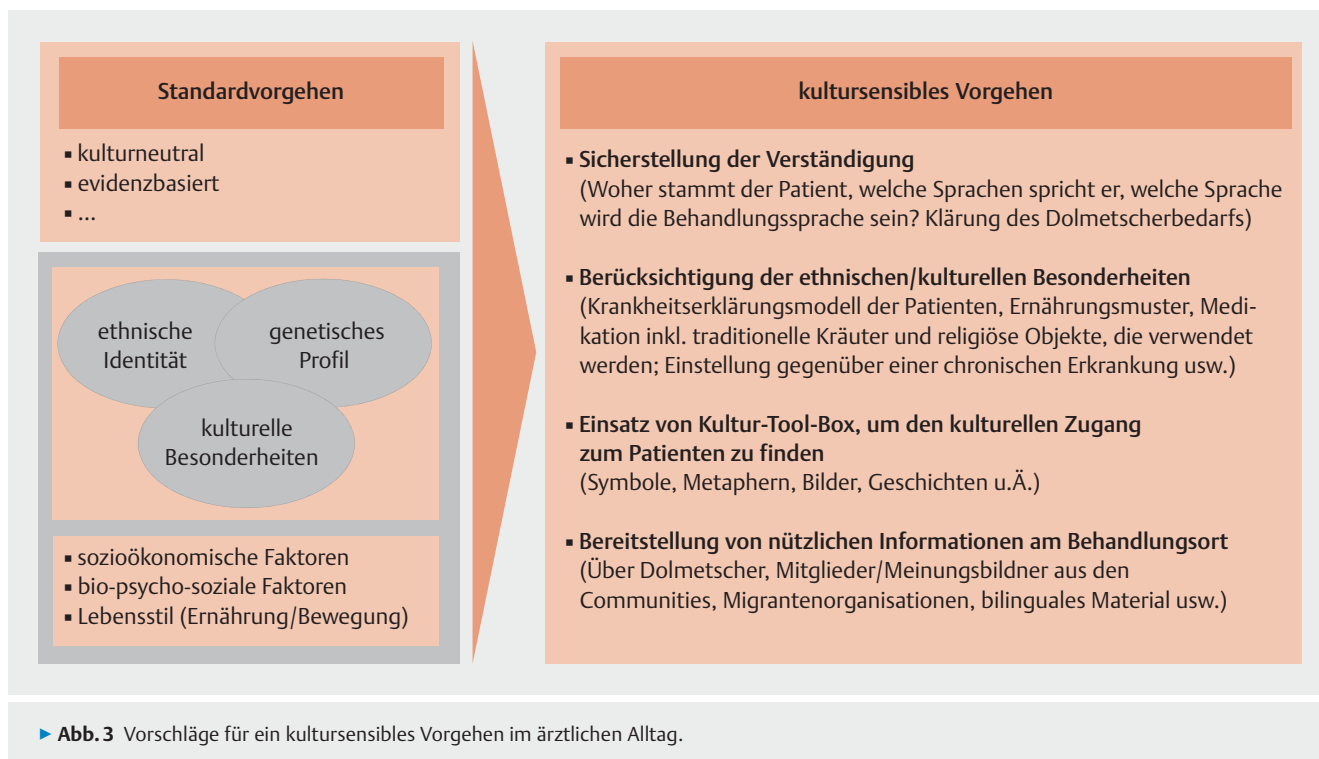
Das subjektive Krankheits-/Gesundheitsverständnis der Patienten (s. „Hintergrundwissen – Krankheitsverständnis“) hat weitreichenden Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung und das Selbstmanagement beim Leben mit einer chronischen Erkrankung. Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sind häufig in Zeiträumen entstanden, in denen Medizin stark religiös geprägt war. Die heute für uns ganz selbstverständliche Trennung von Religion und Medizin hat auch in Europa erst während der Renaissance stattgefunden.

HINTERGRUNDWISSEN

Krankheitsverständnis

Subsahara-Afrikaner betrachten beispielweise Gesundheit als Reichtum und Krankheit als Mangel. Die Entstehung der Erkrankungen wird mit magisch-religiösen, spirituellen Vorstellungen erklärt. So wird zwischen guten und bösen Menschen und Ahnengeistern unterschieden. Krankheit wird u. a. als Strafe für soziales Fehlverhalten, aber auch als heilbar betrachtet. Bei unheilbaren, chronischen Krankheiten nimmt man allerdings an, dass sie von bösen Geistern verursacht werden.

Im türkischen Kulturkreis wiederum werden die Ursachen einer Erkrankung ausschließlich als exogen gesehen. Der Patient empfindet und erlebt die Erkrankung ganzheitlich. Damit ist gemeint, dass das Kranksein den ganzen Körper, die seelische Verfassung und das soziale Befinden umfasst. Daher wird dieser Patient seine Beschwerden anders als ein einheimischer Patient beschreiben.



Merke

Für eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist es zunächst wichtig, die Verständigung sicherzustellen. Von einem intuitiven bis zu einem umfassend kultursensiblen Therapieansatz gibt es eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten.

Depression – Diabetes Distress

Die breit angelegte DAWN2TM-Studie untersuchte die psychosoziale Situation von Menschen mit Diabetes mellitus und befragte deren Angehörige zu den Belastungsfaktoren. Die Erhebung ergab, dass die Patienten in Bezug auf die Bewältigung ihrer Erkrankung einen starken emotionalen Stress empfinden. Etwas mehr als die Hälfte

der Menschen mit Diabetes mellitus war hinsichtlich einer möglichen Hypoglykämie sehr besorgt. Circa 40 % befürchteten, dass die Einnahme von Medikamenten ihre Fähigkeit beeinträchtigen könnte, ein normales Leben zu führen [14]. Dabei gaben 59 % der befragten medizinischen Fachkräfte an, dass sie gerne mehr über die psychosozialen Bedürfnisse ihrer Patienten wissen möchten. Nur 20 % berichteten, eine Ausbildung zum Umgang mit den psychologischen Aspekten bei Diabetes mellitus erhalten zu haben [15].

Emotionaler Distress ist bei Menschen mit Diabetes mellitus sehr häufig zu diagnostizieren und mit schlechterer glykämischer Kontrolle, reduzierter Lebensqualität und höheren Sterblichkeitsraten assoziiert. Emotionaler Distress kann 2 Ausprägungen haben. Zum einen kann er generisch definiert sein als Depression und/oder Angstsymptome, die nicht mit einer spezifischen Ursache in Zusammenhang stehen. Zum anderen kann er diabetes-spezifisch sein, d. h. direkt mit der Erfahrung, mit Diabetes mellitus zu leben, zusammenhängen. Es treten Angst vor Komplikationen oder Sorgen um die Krankheit und ihre direkten Folgen für das tägliche Leben auf [16]. Sowohl generische Beschwerden (Depression und Angstsymptome) als auch Diabetes Distress sind bei Menschen mit Diabetes mellitus stark verbreitet. Insgesamt berichten Menschen mit Diabetes mellitus doppelt so häufig von Symptomen einer Depression wie die Allgemeinbevölkerung [17]. 27 – 40 % der Betroffenen berichten von Angstsymptomen [18].

Viele Studien belegen, dass bei Migranten – je nach Art der psychischen Störungen – aufgrund kultureller Besonderheiten die Diagnosen nicht immer leicht zu stellen sind.

Merke

Hinsichtlich Depression gehen die Studien bei Migrantenpopulationen von den 2- bis 3-fachen Prävalenzen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung aus.

Studienlage: Migranten und Diabetes Distress

Eine neue Studie [19] aus den Niederlanden zeigt: Bei Migrantengruppen liegt die Diabetes-Distress-Prävalenz nicht nur im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung höher, sondern unterscheidet sich auch zwischen den ethnischen Untergruppen. In dieser Studie berichteten Marokkaner eher von vordergründig diabetesbedingten Beschwerden und Türken eher von psychischen Beschwerden. Darüber hinaus berichteten Angehörige beider Migrantengruppen mit hohen HbA_{1c}-Werten häufiger über depressive Symptome als jene mit niedrigen HbA_{1c}-Werten. Dies deutet auf eine wichtige Rolle von HbA_{1c}-Werten bei Personen mit marokkanischen bzw. türkischen Wurzeln hin.

In einer anderen Studie [20] über Stress und Typ-2-Diabetes zeigten die Autoren: Der stärkste Stress entsteht nicht durch die körperlichen Symptome der Krankheit, sondern durch die krankheitsbedingten Einschränkungen und die fehlende Kontrolle über das eigene Leben.

Eine wissenschaftliche Arbeit, die sich mit in Schweden lebenden älteren Migranten mit Typ-2-Diabetes aus Bosnien beschäftigt, beschreibt: Alle Betroffenen reagierten auf die Diagnose schockiert und dieser Zustand des Schocks hielt trotz psychosozialer Begleitung monatelang an. Die Befragten hatten im Krieg Schlimmes erlebt und mussten ihr Land verlassen. Nun im Alter so zu erkranken, alles umstellen zu müssen – ständig Blutzuckerwerte messen, nicht zu viel, nicht zu wenig essen – und an Folgeerkrankungen zu denken, machte sie sehr betroffen. Sie fühlten sich der Krankheit ausgeliefert und empfanden die Situation als perspektivlos. Auch andere Studien berichten, dass Menschen auf die Diabetesdiagnose – je nach kulturellem Hintergrund – sehr unterschiedlich reagieren.

Merke

Diabetesspezifische Depression (Diabetes Distress) tritt bei Migranten besonders häufig auf, wenngleich es deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Migrantengruppen gibt.

FALLBEISPIEL

Insulintherapie

Der Patient ist ein russischstämmiger Spätaussiedler (75 Jahre, seit 9 Jahren Typ-2-Diabetes, normgewichtigt). Beim Erstkontakt in der Schwerpunktpraxis bringt er dem Diabetes-Team viel Misstrauen entgegen. Im Anamnesegespräch fallen Begriffe wie „schwere Arbeit“, „Gelenke kaputt“ und „Schmerzen“. Die Stoffwechselsituation zeigt schwankende Blutzuckerwerte unter einer Therapie mit Metformin und einem Sulfonylharnstoffpräparat. Auf die Frage zum Alkoholverzehr antwortet der Patient sehr ausweichend. Dem Patienten kann im Verlauf nur mit Mühe die Notwendigkeit einer Insulintherapie nahegebracht werden. Die Lebensumstände, geprägt vom Stress und den aktuellen Schmerzen, und sicherlich die Pankreasschädigung durch den Alkohol lassen keine andere Alternative zu. Zunächst wird eine Erweiterung der Therapie um ein Basalinsulin vereinbart. Im Lauf des Quartals stabilisieren sich die Blutzuckerwerte. Das Vertrauen zum Diabetesteam wächst. Der Patient bringt seine Ehefrau mit in die Sprechstunde.

Therapie

Medikamente

Der Umgang mit Medikamenten ist ebenfalls von kulturellen Überzeugungen und Erfahrungen geprägt (s. „Hintergrundwissen – Einstellung zu Medikamenten“). Schlechte Erfahrungen mit Medikamentenfälschungen und hohe Kosten für Arztbesuche und Therapie in den Heimatländern führen oft zu großem Misstrauen gegenüber der Schulmedizin und deren Medikamenten.

HINTERGRUNDWISSEN

Einstellung zu Medikamenten

Irakische Bevölkerungsgruppen bevorzugen beispielsweise die Injektion gegenüber der oralen Einnahme, die als umständlich empfunden wird. Antibiotika wiederum genießen einen besonderen Stellenwert; sie stellen eine kulturelle Norm dar. In Subsahara-Afrika wird eine kontinuierliche Medikamenteneinnahme als Todesurteil betrachtet. Häufig kommen Schul- und traditionelle afrikanische Medizin parallel zum Einsatz. Bei einigen russischsprachigen Migrantengruppen besteht die Meinung, dass Insulin eine Abhängigkeit erzeugt.

Heilpflanzen und Nahrungsergänzungsmittel

In allen Kulturen kommen Heilpflanzen und Nahrungsergänzungsmittel zum Einsatz (s. „Hintergrundwissen – Stellenwert von Pflanzen“). Da zu diesen Themen keine evidenzbasierten Studien vorliegen, wird in Deutschland von Fachkreisen von einer Selbstmedikation mit Nahrungsergänzungsmitteln bei Typ-2-Diabetes abgeraten. Dennoch ist es wichtig, Patienten aus anderen Sprach- und Kulturräumen in der Anamnese aktiv auf eine eventuelle Anwendung von Kräutern und Heilpflanzen anzusprechen. So lässt sich in Erfahrung zu bringen, welche Eigenschaften sie Pflanzen und Nahrungsergänzungsmitteln im Rahmen einer Diabetestherapie zuschreiben. Ein Gespräch darüber kann neben der Aufklärung auch die Bindung zwischen Behandler und Patient positiv beeinflussen. Der Patient wird sich mehr verstanden und ermutigt fühlen, mit seinem Arzt offen darüber zu sprechen. Der Arzt kann anschließend – falls erforderlich – seine Therapie entsprechend anpassen oder den Patienten entsprechend überzeugen. Ein Arzt ist in vielen Kulturen eine absolute Respektsperson. Sobald er – auch eine Ärztin – den Zugang zum Patient gefunden hat und sein Vertrauen genießt, wird sich der Patient eher an die ärztlichen Vorgaben halten.

HINTERGRUNDWISSEN

Stellenwert von Pflanzen

Arabische und türkische Bevölkerungsgruppen greifen bei Typ-2-Diabetes vor allem gegen die neuropathischen Schmerzen in den Füßen und Händen auf Henna zurück. In verschiedenen Kulturen herrscht die Meinung vor, dass Rucola, Zimtrinde, Schwarzkümmel, Erdbeeren und grünes Blattgemüse den Blutzuckerwert reduzieren und so die medikamentöse Therapie ersetzen können. In bestimmten Regionen Afrikas werden die Blätter und Stiele des Kathstrauchs (*Catha edulis*) gekaut oder in großen Mengen als stark gesüßter Tee getrunken. Traditionell wird die Euphorie erzeugende, energieverleihende und appetitdämpfende Wirkung dieser Pflanze geschätzt. Sie wird gegen Depression, Adipositas und männliche Unfruchtbarkeit verwendet. Außerdem wird ihr ein blutzuckersenkender Effekt zugeschrieben. Als Nebenwirkungen können jedoch psychische Abhängigkeiten, Hypertonie, Hyperaktivität oder Angstzustände auftreten. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes kann Kathgenuss aufgrund der appetitzügelnden Wirkung zum Auslassen von Mahlzeiten führen und damit die Gefahr für Hypoglykämie erhöhen.

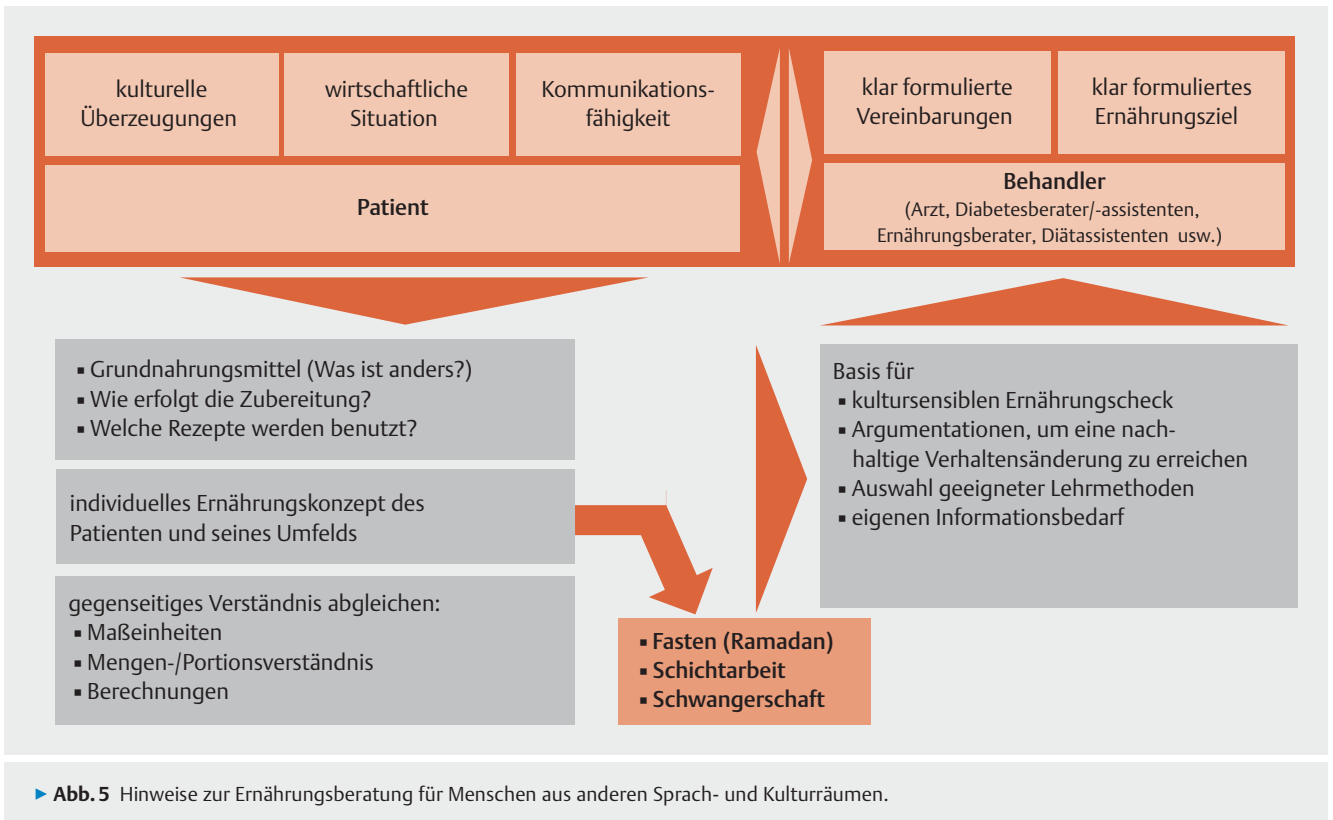
Ernährung

Migranten haben häufig ein anderes Ernährungsverhalten als Einheimische. Sie bevorzugen teilweise andere Lebensmittel, ernähren sich allgemein kohlenhydratlaster, haben andere Mahlzeitenkonzepte und ein anderes Portionsverständnis. In vielen Fällen verwenden sie zu viel Fett, Zucker und Salz. Ihre Ernährungskonzepte beruhen in der Regel auf der eigenen traditionellen Küche und persönlichen Gewohnheiten. Oft beschaffen sich Migranten spezielle Lebensmittel direkt aus ihren Heimatländern. Migranten aus einigen Kulturen können beim Kochen mit den Gewichtsangaben in hiesigen Rezepten wenig anfangen. Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und Typ-2-Diabetes ist in vielen Kulturen nicht im Bewusstsein. Eine kultursensible Ernährungsberatung sollte auf die in ► **Abb. 5** dargestellten Aspekte eingehen.

FALLBEISPIEL

Ernährungsgewohnheiten

Eine türkischstämmige Patientin (70 Jahre, seit 6 Jahren Typ-2-Diabetes) kommt mit ihrer ältesten Tochter in die Diabetes-Schwerpunktpraxis. Es liegt eine Adipositas Grad 1 vor, der HbA_{1c} beträgt 8,7%. Die Vormedikation besteht aus Metformin und einem DPP-4-Hemmer. Zur Beurteilung der Stoffwechselsituation werden Hafer-/Graupen-Tage vereinbart. Die Tochter übersetzt die Ernährungsempfehlungen, die über 3 Tage durchgehalten werden sollen. Parallel soll der Blutzucker 3-mal tgl. über 1 Woche gemessen werden. Nach einer Woche sind die Blutzuckerwerte hervorragend: vor der Mahlzeit zwischen 80 und 140 mg/dl. Die Hafer-/Graupen-Tage sind ein voller Erfolg. Die Frage nach den Ernährungsgewohnheiten, die zur Entgleisung der diabetogenen Stoffwechsellaage geführt haben, ergibt: Die Ernährung der Patientin besteht aus permanenter Nahrungsaufnahme. Schwerpunkt der Mahlzeiten sind frittierte Lebensmittel und vor allem Brot. Die körperliche Bewegung beschränkt sich auf den Einkauf und maximal einen Spaziergang zweimal pro Woche in der Wohnsiedlung. Die Tochter gibt zu ihrer eigenen Ernährung an, dass sie nicht mit den Eltern esse, da diese zu fettig kochten. Als mögliche Lösung der Ernährungssituation wird von Patientin und Arzt vereinbart: Die Nahrungsaufnahme wird auf 3 Mahlzeiten am Tag eingeschränkt. Als Zwischenmahlzeit einigen sich die Gesprächspartner auf eine Art Gemüse und Graupen-Risotto. Das Weißbrot wird gegen ein proteinhaltiges Brot (sog. Abendbrot) getauscht.



Schulungs- und Beratungsprogramme

In vielen Ländern werden Screenings für Infektionskrankheiten, nicht jedoch für Typ-2-Diabetes durchgeführt, und nur die wenigsten Herkunftsländer verfügen über Diabetes-Präventionsprogramme. Somit kommt im transkulturellen Kontext Ernährung, Diabetes-Selbstmanagement, Patienten-Empowerment und Verhaltensänderung eine große Bedeutung zu.

Leider fehlt es akut an akkreditierten, kultursensibel adaptierten Schulungs- und Beratungskonzepten/-programmen. In der ersten Migrantengeneration sind viele der Patienten Analphabeten und einige haben zudem nur ein geringes Zahlenverständnis. Besondere Probleme gibt es – vor allem wenn eine Demenz vorliegt – bei geriatrischen Patienten, da diese oft die im Zielland erlernten Sprachfähigkeiten verlieren. Daher sollten die Konzepte die Besonderheiten der einzelnen Kulturkreise und Zielgruppen berücksichtigen: Die Informationen für den Patienten und dessen Angehörige sollten nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich und mit Bezug auf die Kultur verständlich sein (s. „Anwendungsbeispiel – Diabetes-Screening-Programm“). Dadurch fühlen sich Patienten und Angehörige angesprochen, können die Therapievorschläge annehmen, umsetzen und sich angemessen verhalten. Diese Konzepte sollten entsprechende psychosoziale Betreuungselemente umfassen und mit bildhaftem und bilingual – wenn nicht multilingual – vorbereitetem Material auf die Zielgruppe zugehen.

ANWENDUNGSBEISPIEL

Diabetes-Screening-Programm

Wie können Migranten aus einer ethnischen Risikogruppe kultursensibel für ein Diabetes-Screening-Programm gewonnen werden? Verschiedene Studien zeigen, dass Personen aus dem Mittleren Osten deutlich früher an Typ-2-Diabetes erkranken und dass bei ihnen eine höhere Prävalenz vorliegt. 2016 untersuchten Forscher eine in Schweden lebende Einwanderergruppe aus dem Mittleren Osten. Dabei ging es um Möglichkeiten, diese zur Teilnahme an einem Screening-Programm zu gewinnen und zu verstehen, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen [21]. Die Migrantengruppe ist christlich-semitisch, sehr religiös und der Überzeugung, dass Gott bestimmt, wer an einer Krankheit leiden wird, und dass es eine unausweichliche Schicksalsbestimmung gibt. Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die Gesundheit der Kinder Vorrang vor dem Wohlergehen der Eltern hat. Die Teilnehmer sahen eine große Verpflichtung gegenüber ihren Kindern aufgrund der hohen Erblichkeit von Typ-2-Diabetes in ihrer ethnischen Gruppe. Sie stellten sich zunehmend die Frage, warum sie als Gruppe betroffen sind. Themen wie Zuckerkonsum, geringe körperliche Aktivität und das Zusammenspiel solcher Faktoren wurden besprochen. Die Teilnehmer erkannten viele Gründe für eine Teilnahme an einem Gesundheitscheck.

Eine gewisse Ambivalenz zeigten sie in Bezug auf ihren Glauben an Gott, das Schicksal und die Fähigkeit, die eigenen Lebensgewohnheiten zu beeinflussen. Die Vererbung der Erkrankung, eine Verpflichtung gegenüber ihren Kindern sowie Verantwortung gegenüber der Gesellschaft erwiesen sich als wichtige Faktoren für die Teilnahme am Screening.

Weitere Studien [22] zeigen: Patienten entwickeln selbst religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien, die zu einer Veränderung des emotionalen Zustands führen, was sich wiederum positiv auf die Resilienz und Genesung auswirkt. Ärzte sollten auch in diesem Punkt ihren Patienten mehr Gehör schenken, ihre Äußerungen hinterfragen und unter Berücksichtigung der individuellen Herausforderungen Therapiestrategien entwickeln. Dies kann vor allem bei der Diabetesbehandlung von sehr religiösen Menschen eine wichtige Unterstützung sein.

Merke

Ohne kulturadäquate Ernährungs- und Schulungs-/Beratungskonzepte sind keine Verhaltensänderungen möglich. Behandler sollten auf die kulturellen und religiösen Besonderheiten ihrer Patienten eingehen und entsprechende Therapiestrategien entwickeln.

NÜTZLICHE ADRESSEN

Weiterführende Informationen

Die **Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten der DDG – Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V.** bietet weiterführende Informationen zum Thema und konkrete Unterstützung.

Die AG Diabetes und Migranten befasst sich mit den speziellen Aspekten und Fragen der Kultursensibilität innerhalb der patientenorientierten und interdisziplinären Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus. Kontaktstelle: Susa Schmidt-Kubeneck, Tel.: 030/ 3 11 69 37 18, E-Mail: schmidt-kubeneck@ddg.info

Gestationsdiabetes

Gemessen an den teilweise erheblichen kurz- und langfristigen Folgen für Mutter und Kind wird dem GDM immer noch zu wenig Beachtung geschenkt. Im Rahmen einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass das individuelle Manifestierungsrisiko für Typ-2-Diabetes nach GDM im Mittel um das 7- bis 8-Fache erhöht ist. Dies gilt sowohl für schlanke als auch für adipöse Frauen. Hinsichtlich der Prävalenzen findet man widersprüchliche Angaben, die teilweise auf unterschiedliche Grenzwerte und Messmethoden zurückzuführen sind. Trotz allem kann in Deutschland nach heutigen Kenntnissen bei GDM von

einer Prävalenz zwischen 10 und 13 % ausgegangen werden.

Auf der DDG-Herbsttagung 2017 vorgestellte Analyseergebnisse der GestDiab zeigten, dass die Diagnostik zu GDM sowohl bei Risiko- als auch bei Nichtrisikopatientinnen oft immer noch zu spät stattfindet. Auch fand sich bei einem Drittel der Frauen mit GDM, die an der Nachsorge teilnahmen, im oGTT (oraler Glukosetoleranztest) ein pathologischer Glukosestoffwechsel. 5 % hatten einen manifesten Typ-2-Diabetes [23].

MERKE

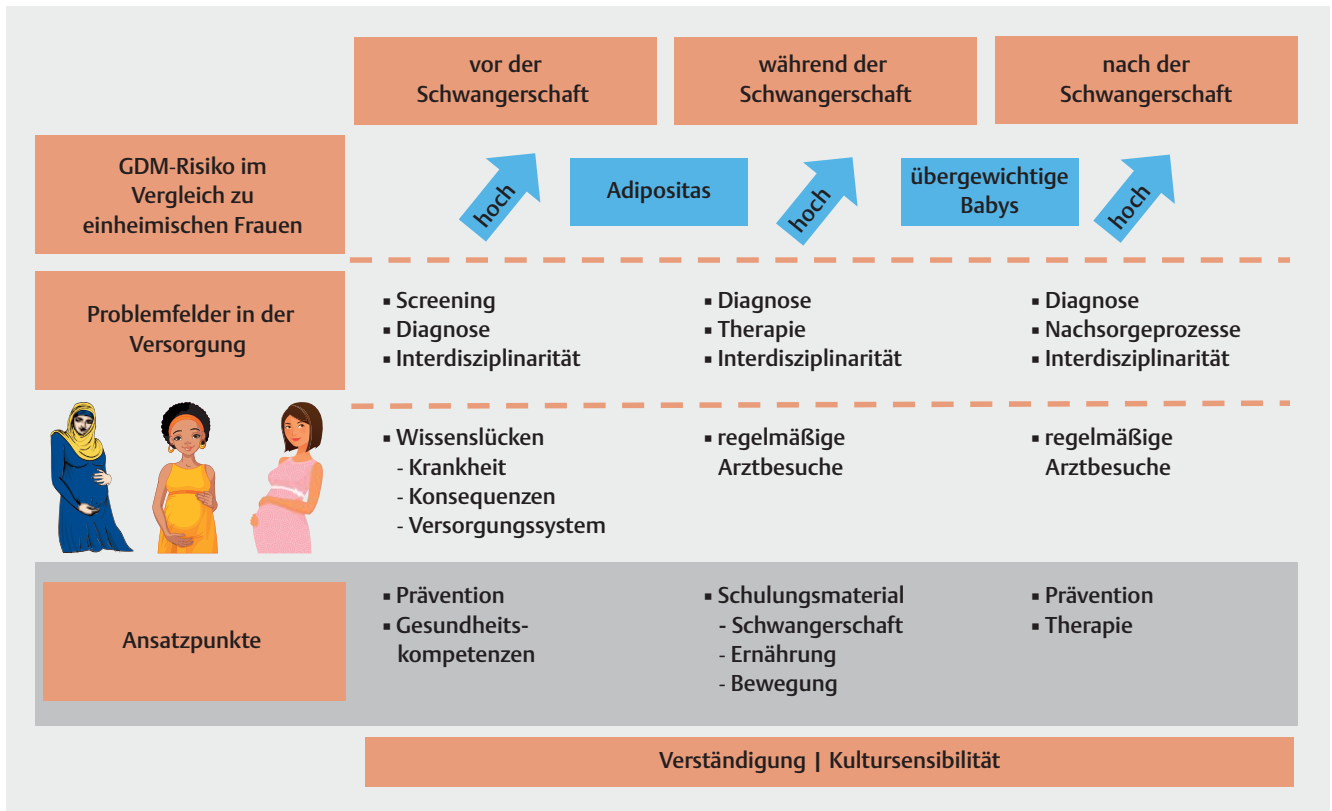
Migrantinnen haben ein höheres Risiko, sowohl an Gestationsdiabetes (GDM) als auch postpartal an manifestem Typ-2-Diabetes zu erkranken, als einheimische Frauen (s. „Hintergrundwissen – GDM bei Migrantinnen“).

HINTERGRUNDWISSEN

GDM bei Migrantinnen

In Deutschland beispielsweise haben türkischstämmige Frauen eine um 33 % höhere Gestationsdiabetes-Inzidenzrate im Vergleich zu einheimischen Frauen. Regressionsanalysen zeigen, dass türkischstämmige Frauen mit Adipositas das höchste Risiko für GDM haben (Odds Ratio 2,67; 95 %-Konfidenzintervall: 1,97 – 3,60). Demnach spielt Adipositas eine wichtige Rolle in der Erklärung einer höheren Inzidenz von Gestationsdiabetes, besonders bei jüngeren türkischen Frauen [24]. Eine österreichische Studie ergab eine fast doppelt so hohe Prävalenz von GDM bei türkischstämmigen Frauen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. Bei Frauen aus Ex-Jugoslawien war dies nicht der Fall [25]. In Kanada war 4 Jahre postpartal die Inzidenzrate von Typ-2-Diabetes bei Flüchtlingsfrauen um 23 % höher als bei einheimischen Frauen [26].

Auch für die Kinder bestehen nach einem GDM der Mutter erhebliche Risiken, an Übergewicht bzw. Diabetes zu erkranken. Bereits im Alter von 19 – 27 Jahren haben sie ein um das 8-Fache erhöhtes Risiko für Prädiabetes bzw. Typ-2-Diabetes [27]. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sollte daher bei der Anamnese erfragt werden, ob bei der Mutter ein Gestationsdiabetes vorlag.



► **Abb. 6** Problemfelder und Ansätze zu deren Verbesserung bei Gestationsdiabetes (GDM) von Migrantinnen (Quelle: Adobe Stock/melanjurga; Adobe Stock/Anna Velichkovsky, Adobe Stock/subarashii21).

Problemfelder

Ein Fortbildungsworkshop der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. zum Themenkomplex Diabetes – Migration – Schwangerschaft machte deutlich: Bereits die sprachliche Verständigung zwischen Patientinnen und Leistungserbringern ist mit vielen Problemen behaftet [28]. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Gynäkologen, Kinderärzten, weiteren medizinischen Berufsgruppen wie Diabetesberatern/-assistenten, Ernährungsberatern sowie nichtmedizinischen Fachkräften wie Dolmetschern und Kulturvermittlern ist hier sehr wichtig. Leider gibt es zur Beratung, Aufklärung und Schulung der Migrantinnen viel zu selten kultursensibel erstellte aktuelle Materialien zu medizinischen Vorgängen, Ernährung, Bewegung und Prävention.

Migrantinnen weisen teilweise ein deutlich höheres Diabetesrisiko als die einheimische Bevölkerung auf – Frauen mit Migrationshintergrund darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für GDM. Daher ist es wichtig, bei Migrantinnen dem Thema GDM besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um einen sich selbst verstärkenden Kreislauf von GDM und Typ-2-Diabetes zu verhindern (► **Abb. 6**).

KERNAUSSAGEN

- Migration erhöht das Risiko, an Typ-2-Diabetes und dessen Folgen zu erkranken, teilweise erheblich.
- Die Hauptrisikofaktoren für Typ-2-Diabetes sind genetisch sowie verhaltens- und ernährungsbedingt.
- Migrationsfaktoren – wie Entwurzelung, Rollenverlust, unerfüllte Lebensentwürfe, Anpassungsdruck und kulturelle Konflikte – erhöhen das Diabetesrisiko. Davon sind einige Ethnien und Herkunftsländer und vor allem Frauen besonders betroffen.
- Bei der Behandlung von Migrantinnen sollten kulturelle sowie religiöse Besonderheiten und die Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen und psychosozialen Umständen der Patientinnen Berücksichtigung finden. So lassen sich die Zufriedenheit der Patientinnen und der Behandler sowie der Behandlungserfolg erhöhen.
- Patientinnen und ihre Angehörigen sollten auf der Basis einer ganzheitlich bio-psycho-sozialen Anamnese in einem kultursensiblen Vorgehen informiert, therapiert und begleitet werden.
- Leben mit einer chronischen Erkrankung fordert die Betroffenen, ihr Umfeld, die Therapeuten und die

gesamte Gesellschaft auf verschiedenen Ebenen. Es bedeutet auch lebenslanges Lernen und sich immer wieder an neue Gegebenheiten anzupassen.

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Karsten Müssig, Düsseldorf.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Faize Berger

Vorsitzende der AG Diabetes und Migranten der DDG e. V. 1976–1981 Studium Chemie-Ingenieur (TR) an der Yıldız Teknik Üniversitesi, 1982–1984 Management-Qualifizierung (MBA-Programm der Harvard Business School) an der Istanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü.

1981–1991 Chemie-Ingenieurin, 1992–1998 Senior Projektmanagerin Pharma & Healthcare bei Roland Berger Strategy Consultants, Düsseldorf. Seit 1998 selbstständige Unternehmensberaterin.

Korrespondenzadresse

Faize Berger

Faize Berger Management Services
August-Prell-Straße 17
40885 Ratingen
fb@faizeberger.com

Danksagung

Die Fallbeispiele wurden von Herrn Dr. med. Martin Stetzowski, Internist und Diabetologe DDG in der Internistischen Gemeinschaftspraxis und Diabetes-Schwerpunktpraxis Ratingen-Zentrum verfasst.

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Begriffe: Wer ist eine Person mit Migrationshintergrund? Im Internet <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html> Stand: 11.04.2018
- [2] Tenkorang EY. Early onset of type 2 diabetes among visible minority and immigrant populations in Canada. *Ethn Health* 2017; 22: 266–284. doi:10.1080/13557858.2016.1244623
- [3] Meeks KA, Freitas-Da-Silva D, Adeyemo A et al. Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med* 2016; 11: 327–340. doi:10.1007/s11739-015-1302-9
- [4] Ujic-Voortman JK, Schram MT, Jacobs-van derBruggen MA et al. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Eur J Public Health* 2009; 19: 511–515. doi:10.1093/eurpub/ckp096
- [5] Stirbu I, Kunst AE, Bos V et al. Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in The Netherlands. *BMC Public Health* 2006; 6: 78. doi:10.1186/1471-2458-6-78.
- [6] Li X, Sundquist J, Zöller B et al. Risk of hospitalization for type 2 diabetes in first- and second-generation immigrants in Sweden: a nationwide follow-up study. *J Diabetes Complications* 2013; 27: 49–53. doi:10.1016/j.jdiacomp.2012.06.015
- [7] Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol* 2012; 27: 109–117. doi:10.1007/s10654-011-9638-6
- [8] Sivaprasad S, Gupta B, Gulliford MC et al. Ethnic variations in the prevalence of diabetic retinopathy in people with diabetes attending screening in the United Kingdom (DRIVE UK). *PLoS One* 2012; 7: e32182. doi:10.1371/journal.pone.0032182
- [9] Jacobs E, Rathmann W. *Epidemiologie des Diabetes*. Diabetologie 2017; 12: 437–446
- [10] White JS, Hamad R, Li X et al. Long-term effects of neighbourhood deprivation on diabetes risk: quasi-experimental evidence from a refugee dispersal policy in Sweden. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; 4: 517–524. doi:10.1016/S2213-8587(16)30009-2
- [11] Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol* 2012; 27: 109–117. doi:10.1007/s10654-011-9638-6
- [12] Tillin T, Hughes AD, Wang Q et al. Diabetes risk and amino acid profiles: cross-sectional and prospective analyses of ethnicity, amino acids and diabetes in a South Asian and European cohort from the SABRE (Southall And Brent REvisited) Study. *Diabetologia* 2015; 58: 968–979. doi:10.1007/s00125-015-3517-8
- [13] Rappoport N, Paik H, Oskotsky B et al. Creating ethnicity-specific reference intervals for lab tests from EHR data. *Biorxiv* November 2017. Im Internet: doi:org/10.1101/213892 <http://www.biorxiv.org/content/early/2017/11/04/213892.full.pdf+html> Stand: 11.04.2018
- [14] Nicolucci A, Kovacs BurnsK, Holt RI et al. DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med* 2013; 30: 767–777. doi:10.1111/dme.12245
- [15] Holt RI, Nicolucci A, Kovacs BurnsK et al. DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care – healthcare professional perspective. *Diabet Med* 2013; 30: 789–798. doi:10.1111/dme.12242
- [16] Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 450–460. doi:10.1016/S2213-8587(15)00135-7
- [17] Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord* 2012; 142: S8–S21. doi:10.1016/S0165-0327(12)70004-6
- [18] Grigsby AB, Anderson R, Freedland KE et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053–1060

- [19] Schmidt CB, Potter van Loon BJ, Torensma B et al. Ethnic minorities with diabetes differ in depressive and anxiety symptoms and diabetes-distress. *J Diabetes Res* 2017; 2017: 1204237. doi:10.1155/2017/1204237
- [20] Kokanovic R, Manderson L. Social support and self-management of type 2 diabetes among immigrant Australian women. *Chronic Illn* 2006; 2: 291 – 301. doi:10.1177/17423953060020040901
- [21] Andersson S, Karlsson V, Bennet L et al. Attitudes regarding participation in a diabetes screening test among an Assyrian immigrant population in Sweden. *Nurs Res Pract* 2016; 2016: 1504530. doi:10.1155/2016/15045302016
- [22] Bhui K, King MB, Dein S et al. Ethnicity and religious coping with mental distress. *J Mental Health* 2007; 17: 141 – 151. doi:org/10.1080/09638230701498408
- [23] Adamczewski H, Kaltheuner M. Gemeinnützige winDiab gGmbH. GestDiab – Konzept, Einladung zur Teilnahme und Projektbeschreibung. Im Internet: 2017 http://www.windiab.de/wp-content/uploads/2017/01/162025_GestDiab__Konzept_2017.pdf Stand: 11.04.2018
- [24] Reeske A, Zeeb H, Razum O et al. Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005–2007. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2012; 72: 305 – 310. doi:10.1055/s-0031-1280428
- [25] Tammaa A, Teich G, Scholl T et al. Ethnologie als Risikofaktor für Gestationsdiabetes in Mitteleuropa. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2001; 61: 142 – 146
- [26] Khan S, Yao Z, Shah BR. Gestational diabetes care and outcomes for refugee women: a population-based cohort study. *Diabet Med* 2017; 34: 1608 – 1614. doi:10.1111/dme.13440
- [27] Damm P. Future risk of diabetes in mother and child after gestational diabetes mellitus. In *J Gynaecol Obstet* 2009; 104 (Suppl. 1): S25 – S26. doi:10.1016/j.ijgo.2008.11.025
- [28] Berger F. Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. Workshop zu Diabetes – Schwangerschaft – Migration. Bericht zum Workshop anlässlich des Diabetes Kongress 2016 in Berlin. Im Internet http://migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/arbeitsgruppe/migration/Artikel_Workshop_zu_Diabetes_-Schwangerschaft_-_Migration_ddginfo_2016_04.pdf Stand: 11.04.2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-124751>
 Diabetologie 2018; 13: 241–255
 © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York
 ISSN 1861-9002

CME-Fragen bei CME.thieme.de



Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
Bitte informieren Sie sich über die genaue Gültigkeitsdauer unter <http://cme.thieme.de>
Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe>
finden Sie eine ausführliche Anleitung.

Unter <https://eref.thieme.de/ZZX9751> oder über den QR-Code
kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512018154653182

Frage 1

Welche Aussage ist richtig?

- A Migranten erkranken in Auswanderungsländern deutlich später an Typ-2-Diabetes als in ihren Heimatländern.
- B Das Typ-2-Diabetes-Risiko von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland ist vergleichbar mit dem der einheimischen Bevölkerung.
- C Im Vergleich zur europäischen Bevölkerung weisen Migranten aus den folgenden Regionen in aufsteigender Reihenfolge höhere Typ-2-Diabetes-Prävalenzen auf: Süd- und Zentralamerika, Westlicher Pazifik, Afrika und Mittlerer Osten, Südasien.
- D Die Risikofaktoren Übergewicht, Ernährung und Bewegung spielen bei Migranten im Vergleich zu den sozioökonomischen und psychosozialen Umständen der Patienten eine untergeordnete Rolle.
- E Die Migrantenpopulation ist in sich sehr homogen.

Frage 2

Welche Aussage ist richtig?

- A Die Bezeichnung Migrant umfasst alle Menschen, die in Deutschland leben und im Ausland geboren sind.
- B Unter Menschen mit Migrationshintergrund werden alle aus dem Ausland zugewanderten Personen und jene, bei denen beide Elternteile im Ausland geboren sind, verstanden.
- C Menschen, die im Ausland geboren sind, haben unabhängig von ihrem Herkunftsland und anderen Risikofaktoren grundsätzlich ein deutlich erhöhtes Typ-2-Diabetesrisiko im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung.
- D Zusätzlich zu den genetisch, verhaltens- und ernährungsbedingten Hauptrisikofaktoren, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, erhöhen Migrationsfaktoren – wie Entwurzelung, Rollenverlust, unerfüllte Lebensentwürfe – das Typ-2-Diabetesrisiko.
- E Die Bezeichnung Migrant ist ein Sammelbegriff ausschließlich für Flüchtlinge und Asylbewerber.

Frage 3

Welche Aussage ist richtig?

- A Voraussetzung für eine kultursensible Therapie ist, dass die Verständigung zwischen Patient und Arzt sichergestellt ist.
- B Jede Person, die eine Sprache gut beherrscht, kann kultursensibel im medizinischen Kontext dolmetschen.
- C Der Arzt muss die Sprache des Patienten sprechen und seinen kulturellen Hintergrund genau kennen, um ihn kultursensibel behandeln zu können.
- D Menschen aus dem türkischen Kulturkreis betrachten Erkrankungen eher als endogen verursacht.
- E Alle russischen Migrantengruppen sind davon überzeugt, dass Insulin eine Abhängigkeit erzeugt.

Frage 4

Welche Aussage ist richtig?

- A Körperliche Symptome sind die Hauptstressauslöser für eine Depression bei Migranten mit Typ-2-Diabetes.
- B Einheimische wie auch Migrantenpopulationen mit Typ-2-Diabetes zeigen in höherem Umfang Symptome von Depression, Angst und emotionalem Distress als Menschen ohne Typ-2-Diabetes.
- C Ältere Migranten leiden weniger unter emotionalem Distress als die vergleichbare einheimische Bevölkerung.
- D Depressive Symptome sind bei Migranten meist unabhängig von hohen HbA1c-Werten.
- E Medizinische Fachkräfte sind für das Erkennen der Unterschiede zwischen Depression und Diabetes Distress bei Migranten gut ausgebildet.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite...

Frage 5

Welche Aussage ist richtig?

- A Migranten stellen in den Zuzugsländern ihr traditionelles Ernährungsmuster sofort um, da sie vor Ort ihren Ernährungsgewohnheiten nicht nachgehen können.
- B Im Allgemeinen ist Migranten der Zusammenhang zwischen Übergewicht und Diabetesrisiko sehr gut bekannt.
- C Migranten verwenden oft viel Salz und Zucker und ernähren sich tendenziell fett- und kohlenhydratlastiger im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung.
- D In Deutschland sind die akkreditierten Schulungs- und Beratungsprogramme für Typ-2-Diabetes für Menschen, die aus einem anderen Sprach- und Kulturraum stammen, kultursensibel gestaltet.
- E Die Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus und Ernährungsempfehlungen zur Behandlung des Diabetes mellitus – Empfehlungen zur Proteinzufuhr gehen auf kulturbedingte Besonderheiten ein.

Frage 6

Welche Aussage ist richtig?

- A In Deutschland lebende türkischstämmige Frauen haben eine ca. 10 % höhere Gestationsdiabetes-Inzidenzrate im Vergleich zu einheimischen Frauen.
- B Alle Populationen von Migrantinnen haben eine um mindestens 30 % höhere Gestationsdiabetes-Inzidenzrate im Vergleich zu einheimischen Frauen.
- C Kinder von Müttern mit Gestationsdiabetes haben später kein erhöhtes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken.
- D Bei ärztlichen Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist es ratsam abzuklären, ob bei der Mutter ein Gestationsdiabetes vorlag.
- E Bei Migrantinnen ist das Übergewicht der einzige Risikofaktor für einen Gestationsdiabetes.

Frage 7

Welche Aussage ist richtig?

- A In allen Kulturen gibt es eine genaue Vorstellung von chronischen Erkrankungen.
- B Es gibt keine kulturbedingten Unterschiede beim Umgang mit einer Typ-2-Diabetes-Diagnose.
- C Stark religiöse Migranten können nicht für Typ-2-Diabetes-Selbstmanagement gewonnen werden.
- D Kultursensible Therapie berücksichtigt neben den therapierelevanten ethnischen Besonderheiten auch das Krankheits-/Gesundheitsverständnis des Patienten.
- E Das Krankheits-/Gesundheitsverständnis ist in fast allen Kulturen nicht religiös geprägt.

Frage 8

Welche Aussage ist richtig?

- A Bei älteren Migranten mit Typ-2-Diabetes und mit Komorbidität Demenz ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre im Einwanderungsland erworbenen Sprachkenntnisse verlieren, hoch.
- B Traditionell verwenden Menschen aus anderen Sprach- und Kulturräumen keine Heilpflanzen oder Kräuter, wenn sie unter Depressionen leiden.
- C In Deutschland muss bei Migranten nicht mehr überprüft werden, ob sie Analphabeten sind.
- D Bei der Erstellung individueller Ernährungskonzepte bei älteren Migranten mit einem muslimischen Religionsumfeld muss die Fastenzeit Ramadan nicht besonders berücksichtigt werden.
- E Migranten kommen auch ohne unterstützende Programme im Alter mit ihrem Typ-2-Diabetes-Selbstmanagement sehr gut klar.

Frage 9

Welche Aussage ist richtig?

- A In Kanada zeigten Flüchtlingsfrauen nach Gestationsdiabetes im Alter eine um 25 % höhere Inzidenzrate von Typ-2-Diabetes als einheimische Frauen.
- B Die in 17 Ländern durchgeführte DAWN2™-Studie ergab, dass nur wenige der befragten Menschen mit Diabetes mellitus hinsichtlich einer möglichen Hypoglykämie sehr besorgt waren.
- C Eine in 7 europäischen Ländern durchgeführte Studie belegt, dass männliche Migranten im Vergleich zu den männlichen Einheimischen eine fast doppelt so hohe Diabetes-Mortalitätsrate hatten.
- D Eine schwedische Studie kam bei dem Vergleich der Wohngebiete von Migranten- und Nichtmigranten-Populationen mit Typ-2-Diabetes zu dem Ergebnis: Migranten, die in einem Wohngebiet mit hoher Deprivation lebten, hatten ein nur um ca. 5 % erhöhtes Typ-2-Diabetesrisiko.
- E Neue Methoden zur Definition bevölkerungsspezifischer Referenzintervalle klinischer Labortests aus elektronischen Gesundheitsdaten zu Typ-2-Diabetes liefern zu den einzelnen Ethnien zuverlässige Daten.

Frage 10

Welche Aussage ist richtig? Die Verständigung zwischen Arzt und Patient hat keine Konsequenzen für ...

- A die Bindung und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient.
- B die Vermittlung der Diagnose, Therapie und Empfehlungen des Arztes.
- C die Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen und das Selbstmanagement des Patienten.
- D die Angehörigen des Patienten beim Leben mit einer chronischen Erkrankung.
- E die Biografie der Patienten.

Ergänzendes Material

Type 2 diabetes and migrants: People from various linguistic and cultural regions

Schlüsselwörter

Typ-2-Diabetes, Migranten, kultursensible Behandlung, Diabetes Distress, Gestationsdiabetes

Key words

type 2 diabetes, migrants, culturally sensitive treatment, diabetes distress, gestational diabetes

ABSTRACT

Migrants are more likely, earlier and more severely affected by type 2 diabetes than the native population. Prevalence, incidence and mortality in this population group, whose proportion of the total population continues to grow, are increased by a factor of 2 – even stronger depending on ethnicity, country of origin, gender and socio-economic conditions. This makes it necessary to pay special attention to this group.