



ANDREA ICKS

Leiterin des Funktionsbereichs Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



BERND KULZER

Fachpsychologe Diabetes (DDG), Psychologischer Psychotherapeut am Diabetes-Zentrum in Bad Mergentheim



OLIVER RAZUM

Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

Andrea Icks, Bernd Kulzer und Oliver Razum Diabetes bei Migranten



Der gleichberechtigte Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist ein Grundrecht für alle Bürgerinnen und Bürger und sollte auch für Migrantinnen und Migranten, unabhängig von ihrer Nationalität, ihrer Herkunft oder ihrer Religionszugehörigkeit eine Selbstverständlichkeit sein. Die Behandlungsangebote für Diabetes sind jedoch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Migranten zugeschnitten. Sprachliche und kulturelle Barrieren, fehlende Schulungs- und Betreuungsangebote sowie mangelnde Information über spezielle Angebote für die verschiedenen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund erschweren die Therapie in der Praxis.

WIE VIELE MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND LEBEN IN DEUTSCHLAND?

In Deutschland lebt eine große Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund. Zu ihnen zählen Ausländer, Aussiedler und Flüchtlinge. Menschen mit nicht deutscher Nationalität stellen mit etwa 7,2 Millionen Personen einen Anteil von 8,8 Prozent der Bevölkerung. Die wichtigsten Herkunftsländer sind, neben der Türkei mit einem Anteil von 23,2 Prozent an der ausländischen Bevölkerung, Italien mit 7,5 Prozent, Polen mit 6,8 Prozent und Griechenland mit 4,1 Prozent (alle Angaben zum 31.12.2011). Eine große Gruppe sind die „Aussiedler“ und „Spätaussiedler“. Sie erhalten mit der Aufnahme in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit. Insgesamt wanderten von 1990 bis 2011 2,5 Millionen Spätaussiedler nach Deutschland ein, ganz überwiegend aus dem Bereich der ehemaligen Sowjetunion. Bezieht man alle Menschen mit Migrationshintergrund ein, so liegt der Anteil an der Bevölkerung bei einem Fünftel (19,5 Prozent, Bezugsjahr 2011). Darin enthalten sind dann auch Migrantinnen und Migranten, die die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben, sowie Kinder aus Migrantenfamilien, die selbst nie migriert sind. Die Gruppe der sogenannten „Irregulären“ bleibt in Statistiken unberücksichtigt.

Die Behandlungsangebote für Diabetes sind jedoch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Migranten mit Diabetes zugeschnitten.



Die Formulierung „Menschen mit Migrationshintergrund“ suggeriert, es handle sich um eine homogene Gruppe. Dem ist nicht so: Herkunftsland, Geschlecht, soziale Herkunft, Religionszugehörigkeit und Bildungsstand spielen eine Rolle.

Geschätzt wird, dass mindestens 900000 Migranten mit Diabetes in Deutschland leben.

GESUNDHEITLICHE LAGE VON MENSCHEN MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND – WER IST GEMEINT?

Die bislang in Statistiken verwendete Definition von Migranten stützt sich allein auf die Staatsangehörigkeit. Dabei wird unterschieden zwischen deutsch und nicht deutsch, also ausländisch. Die Begriffe „Ausländer“ und „Migranten“ sind aber nicht immer deckungsgleich. Ein Migrant als ein nicht in Deutschland Geborener ist nicht notwendigerweise ein Ausländer – man denke an die Spätaussiedler oder die eingebürgerten Menschen ehemals fremder Nationalität. Ein Ausländer ist nicht notwendigerweise Migrant – in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern haben in der Regel die fremde Nationalität. Anders als die in den 1960er Jahren als „Gastarbeiter“ nach Deutschland eingewanderten und in Deutschland verbliebenen Menschen, für die Deutschland eine neue Heimat geworden ist, in der sie teilweise bereits mit Enkeln leben und in der sie auch gesundheitlich langfristig versorgen werden.

Stellt man die Frage nach der gesundheitlichen Lage bei Migranten, ist zudem zu beachten, dass gleiche Staatsangehörigkeit nicht gleiche Ethnie bedeutet. Innerhalb einer Gruppe gleicher Nationalität bestehen unter Umständen große Unterschiede hinsichtlich gesundheitlich bedeutsamer Merkmale – so beispielsweise bei türkischstämmigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang des Weiteren, dass Migranten unter ganz unterschiedlichen sozialen Bedingungen leben. So mag ein relevanter Teil der Migranten eher sozial benachteiligt sein, aber es gibt ebenso Personen, die eher sozial privilegierten Gruppen zuzuordnen sind.

WIE VIELE MENSCHEN MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND UND DIABETES LEBEN IN DEUTSCHLAND?

Wie aus den bisherigen Ausführungen abzuleiten, ist die exakte Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland schwer zu bestimmen. Geschätzt wird, dass mindestens 900000 Migranten mit Diabetes in Deutschland leben. Diese Schätzung basiert auf einer Prävalenz des diagnostizierten Diabetes von etwa 6 Prozent. Dies ist eher konservativ geschätzt, da man davon ausgehen kann, dass bei älteren Migranten eine höhere Diabetesprävalenz vorliegt als in der nicht migrierten deutschen Bevölkerung. Das gilt zumindest für den Typ-2-Diabetes, der den größten Teil der Diabeteskranken ausmacht. Dazu kommen vermutlich zumindest in der älteren Bevölkerung noch viele Betroffene, die nichts von ihrem Diabetes wissen. Es ist zu vermuten, dass die Zahl diabetischer Personen in dieser Bevölkerungsgruppe mit zunehmendem Alter ansteigt.

WIE IST DIE VERSORGLAGE VON DIABETISCHEN MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND?

Es ist nicht bekannt, wie viele Migranten mit Diabetes an Schulungen teilnehmen, wie regelmäßig der HbA1c bestimmt wird oder Untersuchungen auf Folgeerkrankungen durchgeführt werden. Auch ist unbekannt, in welchem Umfang Blutzuckerselbstkontrollen und

Dokumentationen durchgeführt werden. Aus Daten der Routinestatistiken ist bekannt, dass nicht deutsche Bürger seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Werdende Mütter gehen seltener zur Schwangerschaftsvorsorge, die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen werden weniger in Anspruch genommen ebenso wie Herz-Kreislauf- und Krebsvorsorge-Programme. Es ist daher zu vermuten, dass Migranten auch weniger an diabetesspezifischen Präventions- und Schulungsmaßnahmen teilnehmen.

Einzelne, wenn auch nicht repräsentative Untersuchungen und Beobachtungen lassen davon ausgehen, dass auch die Einstellung des Diabetes ungünstiger ist. Eine Studie in der türkischen Bevölkerung in Frankfurt ergab folgende Ergebnisse: Bei über 70 Prozent der Untersuchten lag der HbA1c über 7,0 Prozent. 45 Prozent hatten Blutdruckwerte über 140/80 mm Hg. Auch bei Typ-1-diabetischen Kindern und Jugendlichen fand sich eine ungünstige Stoffwechselsituation. Auf Basis der Daten des DPV-Programms wurde bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – definiert über nicht deutsche Nationalität, Geburtsort außerhalb Deutschlands oder Probleme mit der deutschen Sprache – ein schlechterer HbA1c-Wert gefunden. Klinikaufenthalte waren bei diesen Kindern häufiger als bei deutschen Kindern und Jugendlichen. Auch war das Risiko für akute Unterzuckerungen und Ketoazidosen höher. Eine aktuelle Untersuchung analysiert spezifisch die Situation von Kindern mit türkischem Migrationshintergrund. Hier fanden sich erneut Unterschiede im Behandlungsmuster wie auch in den Outcomes (beispielsweise weniger Schulungen und weniger Pumpentherapie sowie ein höherer HbA1c bei Kindern mit türkischem Migrationshintergrund).

WORAUS RESULTIEREN DIE PROBLEME?

Unterschiedlichste Gründe spielen eine Rolle. Zunächst gehört vermutlich ein überproportional hoher Anteil von Migranten eher sozial benachteiligten Gruppierungen an. Diese Gruppen zeigen auch in der deutschen Bevölkerung meist eine niedrigere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und eine ungünstigere gesundheitliche Situation. Eine besondere Rolle spielen sprachliche Barrieren. Vor allem bei einer Erkrankung wie dem Diabetes, bei dem Beratung und Schulung von großer Bedeutung sind, stellen Sprach- und Verständigungsprobleme ein großes Problem dar. Darüber hinaus sind kulturelle Bedingungen zu beachten. In verschiedenen Kulturen existieren unterschiedliche Krankheitsverständnisse. Beispielsweise werden in der türkischen Kultur Symptome eher ganzheitlich gedeutet, möglicherweise als religiöses Zeichen verstanden. Daher werden Krankheits-symptome unter Umständen anders interpretiert und dargestellt, was zu Verständigungsproblemen führen kann – auch dann, wenn keine Sprachbarrieren vorliegen, sei es, weil der Patient die deutsche Sprache beherrscht, sei es durch medizinisches Personal, das der Sprache des Patienten mächtig ist, aber die kulturellen Hintergründe nicht kennt und die Aussagen daher nicht zu interpretieren vermag.

In einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten der DDG bei 40 Diabetesberaterinnen und diabetologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten wurden oben genannte Probleme deutlich. Erfragt wurde, welche Probleme in der Schulung von diabetischen Patienten mit Migrationshintergrund auftraten. Genannt wurden insbesondere Sprachprobleme, das unterschiedliche Krankheitsverständnis, das unterschiedliche Bildungsniveau (teilweise Analphabetismus), Lebens- und Essgewohnheiten, die die Umset-

Eine besondere Rolle spielen sprachliche Barrieren. Vor allem bei einer Erkrankung wie dem Diabetes, bei dem Beratung und Schulung von großer Bedeutung sind, stellen Sprach- und Verständigungsprobleme ein großes Problem dar.



Baklava und ähnliche Süßigkeiten mit einem hohen Kaloriengehalt gehören im gesamten Nahen Osten und auf dem Balkan zum traditionellen Gebäck.

zung der Therapie erschweren, sowie Schwierigkeiten im Vermögen und in der Bereitschaft, eine flexible Insulintherapie und die notwendigen Stoffwechselfestkontrollen und deren Dokumentation durchzuführen.

INITIATIVEN

Seit einigen Jahren findet das Thema Diabetes bei Migranten zunehmend Beachtung. 2001 erschien die „Neuenahrer Erklärung zur Versorgung von an Diabetes erkrankten Migranten“ der Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin der Deutschen Diabetes Gesellschaft. 2002 gründete sich die „Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten“ der DDG. Gefordert werden eine verbesserte Versorgungsforschung zum Thema, die Initiierung von Versorgungsmodellen sowie die Berücksichtigung von Migranten in Disease-Management-Programmen. Muttersprachliche, dem Bildungsstand und den Lebensgewohnheiten angepasste Schulungs- und Behandlungsangebote sollten bereitgestellt werden. Interkulturelle Inhalte sollten in die Ausbildung der Diabetesberaterinnen aufgenommen, bikulturelles Personal gefördert werden. Zudem sollten Netzwerke aufgebaut und Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen und Fachgesellschaften der Ursprungsländer hergestellt oder ausgebaut werden. Die großen Migrantengruppen – türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger und Spätaussiedler – sollen dabei besonders beachtet werden. Die Arbeitsgemeinschaft hat aktuell sieben Projektgruppen gebildet: „Kultursensibilität und Weiterbildung/Research zu internationalen Schulungsmaterialien“, „Wissenschaft und Forschung im Kontext Diabetes & Migranten“, „Interkulturelle Ernährung und Strukturierte geriatrische Diabetiker-Schulung (SGS)“, „Ramadan und Diabetes“, „Der diabetische Fuß“, „Entwicklung von Schulungsmaterial für Migranten in Deutschland“ und „Öffentlichkeitsarbeit/Networking“.

Mittlerweile ist einiges auf den Weg gebracht. In einer Reihe von Behandlungseinrichtungen werden fremdsprachige Schulungen angeboten (www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierte-arztpraxenkliniken.html). Vielerorts wurden Dolmetscherdienste eingerichtet. Informationsmaterial in Fremdsprachen wurde erstellt. Als erstes Schulungsprogramm steht das Medias-II-Programm in türkischer Sprache zur Verfügung. In vielen Orten haben sich regionale Netzwerke gebildet. Auch die SGS liegt mittlerweile in türkischer Übersetzung vor.

Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um Barrieren zu überwinden und von Diabetes betroffenen Migranten eine optimale Versorgung anzubieten – beziehungsweise dafür zu sorgen, dass auch sie an den bestehenden Angeboten der Diabetesversorgung teilhaben können.



Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um Barrieren zu überwinden und von Diabetes betroffenen Migranten eine optimale Versorgung anzubieten [...].