

SEMINAR

Tipps für den Hausarzt

Migranten mit Diabetes mellitus kulturspezifisch betreuen

Faize Berger

Beim Thema „Migranten mit Diabetes mellitus“ sind Sie als Hausärzte besonders gefragt. Sie können entscheidend zur Verbesserung des Therapieerfolgs beitragen. Dafür müssen Sie sich nicht in jedem Kulturkreis auskennen und viele verschiedene Sprachen beherrschen. Wichtig ist zu erkennen, wo es bei der Betreuung Unterschiede zu Patienten ohne Migrationshintergrund gibt und welche Praxisabläufe davon betroffen sind.

— Das Leben mit einer chronischen Erkrankung fordert nicht nur die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihr Umfeld, sondern auch die Leistungserbringer. Patienten mit Typ-2-Diabetes werden primär in Hausarztpraxen behandelt. Dies gilt auch für Menschen Migrationshintergrund. Dazu gibt es zwar keine systematischen Erhebungen. In Gesprächen mit Patienten, Hausärzten sowie Experten haben wir jedoch festgestellt, dass ein Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund Hemmungen hat, in eine diabetologische Schwerpunktpraxis bzw. generell in eine Facharztpraxis zu gehen.

Migranten erkranken häufiger und früher an Typ-2-Diabetes

Bereits heute verfügt jeder fünfte Einwohner in Deutschland über einen Migrationshintergrund. Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe sind deutlich häufiger von Typ-2-Diabetes betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie erkranken auch tendenziell früher an Diabetes mellitus, und die Krankheit ist zum Diagnosezeitpunkt häufig weiter fortgeschritten als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert-Koch-Instituts gibt eine Diabetes-melli-

tus-Prävalenz von 7,2% bei Erwachsenen an [1]. Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund liegt sie bei ca. 12% [2]. Arabische, afrikanische und südasiatische Ethnien weisen teilweise sogar noch deutlich höhere Prävalenzen auf. Dies gilt insbesondere für Frauen [3].

Woran liegt das?

Ein wesentlicher Grund ist die veränderte Lebensweise der Menschen, die oft aus sehr ländlichen Gebieten in großstädtische Regionen zuziehen. Hinzu kommen verschiedene kulturelle Prägungen, die mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen



Faize Berger
Faize Berger Management Services, Ratingen
Vorsitzende der DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten



FACHKOMMISSION
DIABETES IN BAYERN E.V.

Diabetologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der MMW-Fortschr. Med., herausgegeben von der Fachkommission Diabetes in Bayern – Landesverband der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Dr. med. Arthur Grünerbel (1. Vorsitzender), München

Redaktion: PD Dr. M. Hummel, Rosenheim (Koordination); Prof. Dr. L. Schaaf, München (wissenschaftliche Leitung)

von Gesundheit bzw. Krankheit einhergehen (s. u.) sowie genetische Faktoren. Beispielsweise haben viele nicht europäische Ethnien eine starke genetische Prädisposition für Diabetes mellitus und niedrigere Schwellenwerte für Umweltfaktoren. Als Folge entwickeln sie Diabetes mellitus in einem jüngeren Alter, trotz einem im Vergleich mit der westlichen Bevölkerung niedrigeren Body-Mass-Index und Taillenumfang [4].

Was die Ernährung betrifft, versuchen Migranten ihre traditionellen Ernährungsgewohnheiten mit den in Deutschland zur Verfügung stehenden

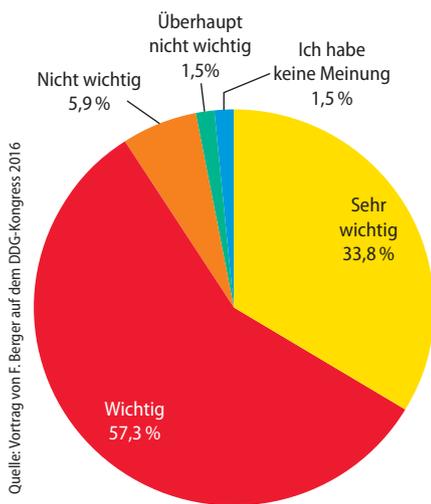


**Therapie relevant:
die Essgewohnheiten
von Migranten.**

© Yuri_Arcurs / Getty Images / iStock

Abb. 1 Ergebnisse einer Befragung von medizinischem Fachpersonal

„Wie wichtig ist es bei Ihrer Arbeit, die ethnische Herkunft Ihrer Patienten zu kennen?“



Quelle: Vortrag von F. Berger auf dem DDG-Kongress 2016

Lebensmitteln aufrechtzuerhalten. Das hat häufig fatale Folgen, z. B. einen zu hohen Zucker- und Fettkonsum.

Mangelnde Kenntnisse rund um die Krankheit Diabetes

Diabetes mellitus ist nur sehr schwach im Bewusstsein vieler Migranten vertreten. Sie kennen häufig nicht den Zusammenhang zwischen Lebensweise, Übergewicht und Typ-2-Diabetes. Darüber hinaus sind sie über die Folge- und Begleiterkrankungen ziemlich schlecht informiert. Mangelnde Deutschkenntnisse und Gesundheitskompetenzen, soziale Aspekte sowie kulturelle, traditionelle bzw. religiöse Besonderheiten verschärfen die Situation weiter.

Auch bei den in Deutschland sozialisierten Generationen sind die Gesundheitskompetenzen häufig vollkommen unzureichend. Bei den Patienten und ihren Angehörigen fehlt es an elementarem Grundwissen für ein Leben mit einer chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus. Somit sind sie oft bei der Aufnahme und Bearbeitung von Informationen, mit der Situation in einer Arztpraxis und bei der Umsetzung der Therapieempfehlungen ziemlich über-

fordert. Sie finden sich auch im Gesundheitswesen schlecht zurecht.

Je nach Kulturkreis kommen noch unterschiedlich stark ausgeprägte Schamgefühle hinzu, die die Probleme verschärfen. Auch der Grad der Religiosität und die persönliche Interpretation der Religion spielen eine sehr große Rolle. Wegen dieser Schamgefühle und der fehlenden Gesundheitskompetenzen setzt man sich mit dem eigenen Körper, wie er aufgebaut ist und funktioniert, kaum auseinander.

Die Patienten gehen zum Teil erst in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien zum Arzt oder neigen zum Arztwechsel. Durch Fehlerquellen in der Verständigung und Kommunikationsschleifen werden die Diagnose oder Therapieempfehlungen nicht oder falsch verstanden.

Arztbesuche lösen Stress aus

Bei vielen Patienten mit Migrationshintergrund löst ein Besuch in der Arztpraxis großen Stress aus. Mangelnde Deutschkenntnisse, oftmals auch erhebliche Schreib- und Lesedefizite oder fehlendes Zahlenverständnis, spielen hier eine große Rolle. Es ist anzunehmen, dass sich ein Patient mit diesem Profil nicht hinreichend artikulieren kann, geschweige denn die Empfehlungen des Arztes vollständig versteht.

Defizite bei der ärztlichen Betreuung

Auch der Arzt und das Praxispersonal sind häufig nicht auf derartige Situationen eingestellt. Kulturell bedingte Ernährungsgewohnheiten, das Eigenverständnis von Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit, das Arbeits- und Lebensumfeld finden bei den Behandlern bisher kaum Beachtung [5].

Eine auf dem DDG-Kongress 2016 durchgeführte Befragung zeigte jedoch das große Interesse an dieser Thematik: 91% der Teilnehmer einer Fortbildung für medizinisches Fachpersonal antworteten auf die Tele-Dialog-Frage „Wie wichtig ist es bei Ihrer Arbeit, die ethnische Herkunft Ihrer Patienten zu kennen?“ mit „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ (Abb. 1).

Aus welchen Kulturräumen die Menschen stammen, welcher Ethnie sie angehören, in welcher Lebensphase sie sich befinden und welche Lebensperspekti-

ven sie haben, sind die wichtigsten Orientierungsgrößen für eine erfolgreiche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Für die Therapie kann es z. B. sehr nützlich sein zu wissen, welche kulturellen und traditionellen Überzeugungen der Patient mitbringen und welche Lebens- und Essgewohnheiten er hat.

Was muss sich ändern?

Um das im Rahmen einer erfolgreichen Therapie notwendige Verständnis aufzubauen, sind zusätzliche Bemühungen erforderlich. Somit ist für die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund und einer chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus zumindest in der Anfangsphase ein höherer Zeitaufwand erforderlich. Diese Investitionen werden sich durch einen besseren Therapieerfolg und eine längerfristig entsprechende Zeitersparnis für Ärzte und Patienten aber auszahlen.

Werden Sie Schnittstellenmanager!

In einer Hausarztpraxis mit einem größeren Stamm an Patienten mit Migrationshintergrund kommt dem Schnittstellenmanagement noch mehr Bedeutung zu als sonst. Wenn wir den Hausarzt im Zentrum, also als steuernden Akteur im Diabetestherapie-Management verstehen, muss er die Verständigung und Vernetzung der Leistungserbringer sicherstellen, d. h. er muss zu diabetologischen Schwerpunkt-, Facharzt-Praxen, Krankenhäusern, den Familienangehörigen usw. die entsprechenden Kontakte aufbauen und halten.

Setzen Sie Sprach- und Kulturvermittler ein

Einschränkungen bei der Arzt-Patient-Verständigung haben weitreichende Konsequenzen. Hier können durch Kooperationen Lösungen gefunden werden. Mittlerweile gibt es Angebote, die z. B. in mehreren Sprachen per Video-Schaltung Übersetzungsmöglichkeiten bieten. Dies erfolgt durch Sprach- und Kulturvermittler, die für Übersetzungssituationen im Gesundheitswesen geschult sind. Hier können vor Ort Akteure wie Krankenkassen, Mitglieder der kommunalen Gesundheitskonferenzen und In-

tegrationsämter in den Stadtverwaltungen angesprochen werden, sodass Übersetzungsleistungen von mehreren Akteuren getragen werden. Nicht gelöste Verständigungsprobleme verursachen Mehrkosten und können sehr weitgehende gesundheitliche, aber auch rechtliche Konsequenzen haben.

Praktische Tipps zum Umgang mit Migranten

Um sich erfolgreich auf die veränderte Patientenstruktur einzustellen, muss die Verständigung in allen Bereichen der Arztpraxen sichergestellt werden. Für die alltäglichen Arbeit sind die folgenden Empfehlungen nützlich.

Ethnische Herkunft sowie Kulturkreis der Sozialisierung erheben. Diese beiden Punkte müssen in den Stammdaten des Patienten erfasst werden, um sie bei der Diabetes-Diagnose und -Therapie berücksichtigen zu können.

Verstärkt IT-Lösungen einsetzen. Dies ist nützlich, um eine ganzheitliche Betreuung des Patienten mit zahlreichen praxisindividuellen Möglichkeiten (Übersetzung per Videokonferenz, Tele-Visite usw.) zu ermöglichen.

Kontinuierliche Weiterbildung des Praxis-teams in Kultursensibilitätsthemen. Durch diesen Wissenserwerb werden die Lösungskompetenzen sowie das Selbstbewusstsein des Praxispersonals gesteigert.

Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2. Auch wenn Patienten mit Migrationshintergrund in der Ansprache etwas aufwendiger sind, lohnt es sich, sie für das DMP zu gewinnen. Die geregelten Prozesse können die Arzt-Patienten-Beziehung positiv beeinflussen, und der Patient wird in eine kontinuierliche Behandlungsstruktur überführt.

Primärprävention. Schon bei leicht erhöhten Blutzuckerwerten sollten die Patienten hinsichtlich ihres Lebensstils sensibilisiert und geschult werden.

Screening jüngerer Migranten. Aufgrund bestimmter genetischer Dispositionen

Fortbildung/Sprachvermittlung

Fortbildungen zur Kultursensibilität: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Akademie für med. Fortbildung der ÄKWL und der KVWL, <http://www.aekwl.de/index.php?id=fortbildung0>, Ansprechpartnerin: Elisabeth Borg, Tel.: 0251/929-2200, E-Mail: borg@aekwl.de

Infos zur Sprachmittlung: Sprachmittlung im Gesundheitswesen, Download unter <https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Sprachmittlung%20im%20Gesundheitswesen.html?nn=670290>

und/oder aus Gründen des spezifischen Lebensstils können bereits jüngere Patienten mit Migrationshintergrund einen Prädiabetes oder sogar manifestierten Diabetes mellitus aufweisen.

Fastenverhalten. Patienten, die der muslimischen Glaubensgemeinschaft angehören, sollten aktiv nach ihren Fastenverhalten im Monat Ramadan befragt werden. Es kommt sehr häufig vor, dass die Patienten – trotz des Hinweises auf die gesundheitliche Folgen des Fastens bei chronischen Erkrankungen – fasten möchten und fasten. In solchen Situationen sollten Sie Ihre Patienten bestmöglich beraten und begleiten.

Das Fasten bietet darüber hinaus eine niederschwellige Ansprachemöglichkeit, wenn Sie den Patient z. B. zum Raucher-Verzicht motivieren wollen. Der Patient kann zwei bis drei Monate vor Beginn des Ramadans angesprochen werden: „Wenn Sie fasten, verzichten Sie den ganzen Tag auf das Rauchen. Warum versuchen Sie nicht gleich, ganz mit dem Rauchen aufzuhören? Das können wir gemeinsam schaffen.“

Zum Thema Ramadan gibt es zwar noch keine Leitlinien, aber Informationen von Experten, die Vorgehensweisen publiziert haben [7]. Eine weitere wichtige Informationsquelle sind die im April 2016 auf dem Diabetes And Ramadan (DAR)-Kongress veröffentlichten „Diabetes and Ramadan Practical Guidelines“ [8]. Zu diesen Themen finden sich im D-NET (online Network platform from the International Diabetes Federation IDF: Diabetes Network for Health

Professionals) auch Diskussionsrunden. Hier können Sie Fragen stellen und eigene Erfahrungen einbringen.

Ältere Patienten auf Komorbidität Demenz screenen. Wichtige Hinweise hierzu finden sich in der S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes, Teil 1, Kapitel 4 [6].

Screening auf Komorbidität Depression. Bei Migranten mit Diabetes mellitus ist die Prävalenz von Depressionen erhöht. Die S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes empfiehlt ein entsprechendes Screening: „Liegen Anzeichen für eine Depression vor, so soll die Suizidgefährdung des Patienten in jedem Kontakt klinisch eingeschätzt und ggf. nach suizidalen Gedanken, Impulsen und vorbereitenden Handlungen gefragt werden“. Folgende Screening-Fragen haben sich bewährt:

- 1 Fühlten Sie sich während der letzten zwei Wochen gedrückt, niedergeschlagen oder hoffnungslos?
 - 2 Haben Sie während der letzten zwei Wochen Freude oder Interesse an Ihren Tätigkeiten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machen?
- Wird eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet, ist der Verdacht auf eine Depression gegeben [9].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Migranten mit Typ-2-Diabetes werden primär in der Hausarztpraxis behandelt.
2. Genetische und kulturelle Unterschiede werden noch zu wenig berücksichtigt.
3. Um diese Patienten erfolgreich behandeln zu können, ist eine kultursensible Haltung des Praxispersonals gefragt.
4. Auch muss die Verständigung in allen Bereichen gewährleistet sein.

→ Literatur: springermedizin.de/mmw

→ Title and Keywords: Cultural sensitivity in the general practitioner office
Migration / healthcare management / comorbidity / communication / corporation

→ Anschrift der Verfasserin:

Faize Berger

Faize Berger Management Services
August-Prell-Str. 17, D-40885 Ratingen
E-Mail: fb@faizeberger.com

Literatur

1. RKI, Gesundheit in Deutschland 2015, Kapitel 2, Seite 62
2. Faize Berger Management Services 2012 – Systematic review Ergebnisse, die letzte Aktualisierung erfolgte in 2014
3. Jenum et al. (2012); Hjörleifsdottir-Steiner et al. (2011), Tran et al. (2010); Ujcic-Voortman et al. (2009)
4. Ramachandran, Snehalatha, Shetty, and Nanditha, Trends in prevalence of diabetes in Asian countries - World J Diabetes, 2012 Jun 15; 3(6): 110–117; published online 2012 Jun 15. doi: 10.4239/wjd.v3.i6.110
5. Faize Berger, Kultursensibilität als Schlüssel für eine wirksame Therapie Ein Gespräch mit Faize Berger und Dr. med. Nabi Hussein - DDG Informationen, Ausgabe 02/2015
6. <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/evidenzbasierte-leitlinien.html>;
http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/DuS-246_Leitlinie_Teil1_Psychosoziales_und_Diabetes.pdf
7. Dr. med. Mahmoud Sultan, Schulungssequenz Diabetes und Ramadan 2015
<http://migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/arbeitsmaterialien/schulungssequenz-diabetes-und-ramadan.html>
8. www.daralliance.org
9. Kulzer B et al. Psychosoziales und Diabetes (Teil 1) S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung 2013