

# Diabetesbehandlung bei Migranten

## Religiöse und soziokulturelle Einflussfaktoren

Ayşe Ünal  
Diabetesberaterin, Gelsenkirchen

**Die diabetologische Behandlungs- und Beratungspraxis steht aktuell vor großen Herausforderungen: Die hohe Anzahl von Migranten macht ein Umdenken in der Beratung und Schulung dieser Personengruppen notwendig.**

Aktuell ist das Thema Flucht- und Migration in unserer Gesellschaft in aller Munde. Die Frage, wie wir diesen Zustrom an Menschen bewältigen können, beschäftigt mittlerweile nicht mehr nur die Politik. Integration lässt sich nicht nur auf das Erlernen der deutschen Sprache und eine berufliche Qualifikation reduzieren. Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Migranten zwingt die medizinische Praxis zum Umdenken. Denn – obwohl die mediale Berichterstattung den Eindruck erweckt, als handle es sich bei der Mehrheit der Flüchtlinge bzw. Migranten um junge, gesunde Menschen im arbeitsfähigen Alter – zeigt die Realität ein anderes Bild.

Die Gruppe der Flüchtlinge ist durchaus heterogen hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur. Hinzu kommt, dass auch die medizinische Versorgung in den Ursprungsländern oftmals eher defizitär, oder für diese Personengruppen nicht zugänglich war. Außerdem haben Sozialisation, Bildungsgrad und kulturelle Prä-



Rollenspiel Insulinwirkung:  
„Insulin öffnet die Tür...damit der Zucker herein kann“.

gung einen massiven Einfluss auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, welches in vielen Fällen nicht deckungsgleich mit dem in unserer Gesellschaft vorherrschenden Verständnis ist.

Aber wie kann es sein, dass sich die verschiedenen Professionen erst jetzt mit diesem Thema beschäftigen? Migration nach Deutschland ist ja kein plötzlich auftretendes Naturphänomen, welches unsere Gesellschaft unerwartet und unvorhersehbar heimsucht. Wie ist die Schulmedizin bislang mit Patienten umgegangen, deren Vorstellung von Gesundheit und Krankheit sowie Therapie und Behandlungsbedarf differieren? Auf der Basis meiner Praxiserfahrung kann ich diese Frage wie folgt beantworten: Die meisten dieser Patienten wurden in unserem Gesundheitssystem standardisiert und nach den hier gängigen Methoden behandelt und geschult – und wenn der Krankheitsverlauf keine Besserung zeigte, so galt ihre Compliance als nicht vorhanden. Die Frage nach einer möglichen Korrelation von mangelnder Compliance und potenziell nicht angemessenen Schulungs- und Therapiemethoden war in der Vergangenheit in vielerlei Hinsicht tabuisiert.

Dies erschwert vor allem die Beratung, Schulung und Therapie von Migranten mit chronischen Erkrankungen. Dieser Artikel beschäftigt sich deshalb vorrangig mit dem Thema der Beratung und Schulung von Migranten mit Typ-2-Diabetes und stützt sich auf meine Erfahrungen im Umgang mit türkischstämmigen Migranten der 1. Generation, die ich täglich betreue. Die in diesem Artikel benannten sozio-kulturellen Einflussfaktoren beruhen auf meinem eigenen türkischen Migrationshintergrund.

### Migration – ein unvorhergesehenes Phänomen?

Die Migrationsbewegung nach Deutschland hat ihren Ursprung im sogenannten Gastarbeiter-

tum, das in den Jahren nach 1945 notwendig war, um den Wiederaufbau der Bundesrepublik bewerkstelligen zu können und das darauf folgende Wirtschaftswunder erst zu ermöglichen. Um einem drohenden Arbeitskräftemangel zu begegnen, begann die Bundesregierung über Abkommen mit anderen Staaten Arbeitskräfte für die deutsche Wirtschaft anzuwerben. Solche Anwerbeabkommen wurde mit folgenden Staaten abgeschlossen: 1955 Italien, 1960 Spanien, 1960 Griechenland, 1961 Portugal, 1961 Türkei, 1963 Marokko, 1965 Tunesien, 1968 ehemaliges Jugoslawien.

Grundgedanke hierbei war es, dass diese Arbeitskräfte sich nur zeitlich begrenzt in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten würden, um dann wieder in ihre Heimat zurückzukehren. Daher rührt auch der Begriff des Gastarbeiters. Da die Bundesrepublik sich bis zu Beginn des 21. Jahrhunderts nicht als Einwanderungsland betrachtet hat, hat es lange Zeit nur sehr wenige Programme im Bereich der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund gegeben. Auch die Förderung von Sprachkompetenzen und Kenntnisvermittlung wurden stark vernachlässigt. Die türkischstämmigen Migranten der ersten Generation wurden ausschließlich als Arbeitskräfte betrachtet. Eine Integration in die Gesellschaft war nicht das Ziel ihrer Anwerbung. Viele von ihnen kamen aus den östlichen Regionen in der Türkei und hatten nur einen geringen Grad an Bildung. So hatten sie schon in der Türkei keine Chance gehabt, viele von ihnen kamen aus der Landwirtschaft. Ihr Ziel war es, in kurzer Zeit durch harte Arbeit viel Geld zu verdienen, was ihnen in ihrer Heimat nicht möglich war. Die Aussicht auf die Möglichkeit, hier schnell ein aus ihrer Sicht kleines Vermögen erwirtschaften zu können, führte häufig dazu, dass sie gefährliche Tätigkeiten annahmen, oder Jobs, die den Körper stark in Mitleidenschaft ziehen. Viele dieser Arbeitsplätze würden den heutigen Bestimmungen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit nicht mehr gerecht werden. Die signifikanten Zulagen auf den Lohn durch Gefahrenzuschläge oder ähnliches ließen sie jedoch ihre Bedenken vergessen und so wurden gesundheitliche Risiken billigend in Kauf genommen. Die drohende Wirtschaftsrezession zum Ende der 1960er mündete im November 1973 in einem Anwerbestopp von ausländischen Arbeitern durch die Regierung.

Während – wie erwartet – einige der ursprünglich angeworbenen Gastarbeiter tatsächlich wieder in ihre Heimat zurückkehrten, blieb ein Teil von ihnen dauerhaft in der Bundesrepublik Deutschland und ließ die Familie, wenn möglich, nachkommen. Doch die Sehnsucht nach der Heimat war häufig ebenso groß wie der Wunsch, für die Familie nur das Beste zu tun. So wurde

Deutschland für diese Menschen zur 2. Heimat. So leben beispielsweise Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bereits in 4. Generation in Deutschland.

„Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge stellen Menschen mit nicht-deutscher Nationalität mit etwa 6,7 Millionen Personen einen Anteil von 8,2% der Bevölkerung dar. Neben der Türkei mit einem Anteil von 25,1% an der ausländischen Bevölkerung sind die wichtigsten Herkunftsländer Italien mit 7,8%, Polen mit 5,9% und Griechenland mit 4,3%<sup>1</sup>. Insgesamt hat dieser Umstand dazu geführt, dass die medizinische Behandlungs- und Beratungspraxis bereits in den vergangenen Jahren große Herausforderungen zu bewältigen hatte. Nicht zuletzt, da die Bemühungen um eine Integration dieser Menschen in unsere Gesellschaft praktisch kaum vorhanden war. Eine entsprechende Förderung für sie gab es kaum, und auch ihre Kinder wurden in unserem Bildungssystem häufig benachteiligt. So finden sich bei den türkischen Migranten der 1. Generation eine Vielzahl von Analphabeten bzw. Menschen, mit nur sehr rudimentärem Bildungsgrad. Dies hat seine Ursache darin, dass diese Menschen bereits in ihrem Heimatland aus Gebieten kamen, in denen eine infrastrukturelle Grundlage für einen regelmäßigen Schulbesuch nicht gegeben war. Kinder hatten in diesem Kontext eher die Aufgabe, die Familie bei der Versorgung zu unterstützen. Auch war ein Schulbesuch für alle Kinder für viele Familien nicht bestreitbar, sodass zumeist die männlichen Nachkommen den Vorzug hinsichtlich des Schulbesuches erhielten. Aufgrund mangelnder Sprachförderung im Rahmen ihrer Migration nach Deutschland haben viele dieser Menschen noch heute mit der Sprachbarriere zu kämpfen. Dies macht es ihnen nahezu unmöglich, sich in unserem komplizierten Gesundheitssystem zurecht zu finden, respektive die hier festgelegten Therapieziele zu erreichen.“

### Flucht und Migration als externe Risikofaktoren

In Zeiten hoher Migrationsbewegungen nach Europa und Deutschland tritt inzwischen endlich das notwendige Umdenken ein. Die Förderung der Integration der Migranten rückt nun in den Fokus von Gesellschaft und Politik, und auch die Medizin widmet sich dieser Patientengruppe aus einem neuen Blickwinkel. Dieses Umdenken kommt allerdings für die Arbeitsmigranten der 1. Generation zu spät. Viele von ihnen sind bereits multimorbide und allein ihres Alters wegen kaum noch in der Lage, sich den Anstrengungen von Sprach- und Integrationskursen zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass dies die Basis für die erhöhte Prävalenz einer Diabeteserkrankung



Injektion zur Probe ohne Insulin: „Das hat ja gar nicht weh getan!“

<sup>1</sup> (vgl. Statistisches Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vom 31.12.2008).

## Info

**Urlaub im Heimatland darf nicht zum Urlaub vom Diabetes werden!**

Die Fortsetzung der medikamentösen Therapie muss gewährleistet werden:

- durch in ausreichender Menge in Deutschland verschriebener Medikamente (in der Regel wird dies von den Krankenkassen nicht beanstandet und kann ggf. als medizinische Notwendigkeit im Einzelfall begründet werden [1]),
- durch Angehörige, die Medikamente in den Urlaub mitnehmen,
- durch Sicherstellung einer diabetologischen Betreuung in der Heimat (dazu ist aber die Mitgabe eines Arztberichtes und des Medikamentenplans – ggf aus dem Deutschen übersetzt – erforderlich).

kung bei türkischen Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung darstellt. Obwohl es bis dato keine exakten Zahlen gibt, gehen die Vermutungen dahin, dass die Diabetesprävalenz nahezu doppelt so hoch ist wie die der deutschen Bevölkerung. Allerdings ist die Betreuungs- und Versorgungslage dieser Patientengruppe als eher schlecht zu bewerten, verglichen mit der deutschen Bevölkerung. Auch ist auffällig, dass besonders in dieser Generation der türkischen Migranten die Anzahl an von Diabetes betroffenen Frauen signifikant erhöht ist. Insgesamt kann die Betreuungssituation dieser Patienten als deutlich schlechter beschrieben werden als die deutscher Patienten. Rehabilitationsmaßnahmen und Schulungsprogramme werden deutlich seltener in Anspruch genommen, ihre Stoffwechsellaage ist im Regelfall drastisch schlechter und die Rate an Begleit- und Folgeerkrankungen sowie depressiven Störungen ist stark erhöht. Ihre Compliance gilt in der Praxis als eher gering.<sup>2</sup> Dies hat nicht zuletzt seine Ursache darin, dass in der Vergangenheit nur wenig Wert auf den Einfluss von kultursensiblen Aspekten in die diabetologische Behandlungs- und Beratungspraxis gelegt wurde. So stellt neben der Sprachbarriere das fehlende Wissen um die Ernährungsgewohnheiten sowie den Einfluss von religiösen und soziokulturellen Paradigmen den zweiten zentralen Aspekt der mangelhaften Versorgungslage dar. Zu diesen Paradigmen gehört beispielsweise ein differenziertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, einhergehend mit einem dementsprechend unterschiedlichen Verständnis von notwendiger und hilfreicher Therapie.

### Religiöse und soziokulturelle Einflussfaktoren

Davon ausgehend, dass Krankheit auf Basis religiös muslimischer Paradigmen als ein gottgewolltes Schicksal zu sehen ist, kursiert bei dieser Patientengruppe häufig der Irrglaube, dass ein gottgefälliges Leben im Umkehrschluss dazu führe, dass Gott für entsprechende Genesung Sorge. Auf Basis dieses Krankheitsverständnisses wird nachvollziehbar, dass im Falle einer Erkrankung neben der klassischen Schulmedizin von

diesen Patientengruppen auch eine Konsultation religiöser Gelehrter angestrebt wird, in der Hoffnung durch beispielsweise das Rezitieren von Versen aus dem Koran Linderung ihrer Leiden zu erfahren. Hinzu kommt in diesem Zusammenhang auch die Besonderheit der Fastenzeit „Ramadan“. Sie wird von vielen Gläubigen sehr ernst genommen und stellt für die Diabetologie eine große Schwierigkeit dar. Die strengen Vorschriften bezüglich der Einnahme von Nahrung und Getränken werden auch auf die Einnahme von Medikamenten bezogen, um eine Reinigung von Körper und Geist zu erreichen und die Vergeltung der Sünden zu erlangen. Häufig kommt es in dieser Zeit auch zu einem längeren Aufenthalt in der Heimat, einhergehend mit unregelmäßiger bis fehlender Medikamenteneinnahme und entsprechender Ernährungsumstellung auf Basis der Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln und den Essgewohnheiten im Heimatland (s. Info).

Bei Betrachtung der Essgewohnheiten zeigt sich die große Affinität zur vermehrten Einnahme von Kohlenhydraten. Ein hoher Konsum von Brot und Backwaren sowie Reis, Nudeln und Bulgur in Verbindung mit einer vermehrten Einnahme von Nüssen, Obst und Honig lassen den HbA<sub>1c</sub> sprunghaft ansteigen und bringen die Stoffwechsellaage dramatisch aus der Balance.

### Zukunft der diabetologischen Beratungs- und Behandlungspraxis

Wie sollte also zukünftig die diabetologische Behandlungs- und Beratungspraxis diesen Problemen begegnen? Zunächst einmal macht es Sinn, von den hier vorherrschenden Paradigmen in der diabetologischen Behandlung Abstand zu nehmen. Des Weiteren sollte die Verwendung von sprachlich und kulturell angepassten Schulungs- und Behandlungsmaterialien deutlich verstärkt werden. Es gibt kein fertiges, strukturiertes Schulungsprogramm für diese Patienten, eine kreative, individuelle Schulung ist deshalb erforderlich (s. S. 31). So gilt es beispielsweise bei der Pharmakotherapie von muslimischen Patienten zu beachten, dass die Behandlung mit oralen Präparaten auch daran scheitern kann, dass Gelatine kapseln nicht eingenommen werden, wenn die Gelatine aus Schweineknöcheln gewonnen wird. Bei einer Behandlung mit Insulin ist ein grundlegendes Zahlenverständnis in Verbindung mit der Beherrschung der Grundrechenarten bei den Patienten die Grundlage einer bestmöglichen Stoffwechseleinstellung und der Vermeidung massiver Komplikationen. Die Diagnostik, Beratung und Schulung sollte sich hinsichtlich der oftmals vorherrschenden Sprachproblematik auch mit dem Umstand auseinandersetzen, dass die Hinzuziehung familiärer „Dolmetscher“ nicht unproblematisch ist. Dennoch sind sie im Praxisalltag oft die einzige Möglichkeit zeitnah,

<sup>2</sup> Dies wird durch einige Studien belegt, so auch durch eine Studie des DDB, die im Kreis Wesel durchgeführt wurde. Hierbei konnte belegt werden, dass die Rate an Diabetes mellitus Erkrankten bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund fast 7 % höher ist, als dies bei der deutschen Bevölkerung der Fall ist (vgl. Gesundheitsbericht „Migration und Gesundheit im Kreis Wesel 2010“).

schnell und immer wieder neu zu vermitteln, und ohne sie käme eine therapeutische Beziehung oft gar nicht zustande. Auswahl und Ausbildung familiärer Dolmetscher sind entscheidend dafür, die „Nebenwirkungen“ gedolmetschter Kommunikation zu vermeiden: Im Beisein von Familienangehörigen können bei den betroffenen Patienten schnell Schuld- und Schamgefühle entstehen, die eine offene Problembehandlung massiv erschweren. Auch können differente Sprachdeutungen der Muttersprache zwischen den Migranten der 1. Generation und ihren Folgegenerationen zu Fehlinterpretationen und entsprechender Fehldiagnostik führen. Kommen dann noch streng gelebte traditionelle Familienkonzepte hinzu, kann vor allem die Behandlung von Frauen zu einem großen Problem für das Fachpersonal werden. Deshalb ist es zwingend notwendig bei der Zusammenstellung möglichst homogener Schulungsgruppen nicht nur Alters- und Bildungsaspekte zu betrachten, sondern auch entsprechende Genderaspekte stärker in den Blickwinkel zu nehmen. Das vielfach in unserer Gesellschaft so stark propagierte Patientenselbstmanagement überfordert viele Patienten und sollte nicht unbedingt das primäre Ziel der Versorgung dieser Patientengruppe sein. Im Rahmen der Schulung dieser Patientengruppe sollte das Informations- und Schulungsmaterial stärker muttersprachlich ausgerichtet sein. Ideal und inzwischen immer häufiger anzutreffen sind zweisprachige Praxismitarbeiter. Aber Vorsicht: Nicht immer bedeutet eine Alphabetisierung dieser Patienten, dass sie auch in der Lage sind muttersprachlich verfasste Texte inhaltlich zu verstehen. So kann auch die Schulung in der Muttersprache schnell zu einer Überforderung führen! Hier bietet sich die Arbeit mit einem hohen Maß an visuellen Hilfsmitteln an, um Missverständnisse zu vermeiden. So ist es ratsam, die zu schulenden Patienten eigenes Geschirr und Besteck mitbringen zu lassen, um ein gemeinsames Mengenverständnis zu erreichen. Hinsichtlich der Auswahl der Schulungsmaterialien sollte auch darauf geachtet werden, auf die soziokulturellen Essgewohnheiten einzugehen. So macht die Schulung beispielsweise türkischer Migranten auf die eher klassisch deutsche „Hausmannskost“ nur wenig Sinn und wird sowohl für die Patienten als auch für das Schulungspersonal zu einem hohen Frustrationspotenzial führen. Hinsichtlich des oftmals festzustellenden Bewegungsmangels bei Patienten mit Migrationshintergrund sollte das Behandlungs- und Schulungspersonal auch die entsprechende soziokulturelle Bewertung von Sport und Bewegung bestimmter Migrantengruppen beachten. So ist beispielsweise in der traditionellen türkischen Kultur das Sporttreiben nicht üblich und eher negativ konnotiert. Bewährt hat sich statt „Sport“ das

### Diabetes treatment for immigrants – Religious and sociocultural influencing factors

Counseling and treatment practices for diabetes are currently facing major challenges. The large number of immigrants necessitates a rethinking about the counseling and education for this group of patients.

#### Key words

Migrant – immigrants – diabetes – education – counseling

„grundlose Bewegungen von Armen und Beinen“ – wann immer dies möglich ist – zu fördern. Hinzu kommt eine religiös bedingte Belegung zahlreicher Handlungen mit Tabus, vor allem hinsichtlich geschlechtsspezifischer Aspekte. Das bedeutet, dass in traditionellen familiären Kontexten die körperliche Ertüchtigung tendenziell eher den Männern vorbehalten ist. Hier fehlt es vielfach nicht nur an kultursensiblen sondern vielmehr auch an genderspezifischen Rehabilitationsangeboten und das Wissen um diese bei Patienten und Fachpersonal.

#### Fazit

In Zeiten hoher Migrationsbewegungen werden wir in unserem Gesundheitssystem künftig zunehmend Menschen behandeln, die uns mit massiver Traumatisierung, einem geringen Bildungsniveau, massiven Sprachproblemen und einer religiösen wie soziokulturellen Prägung konfrontieren, die in Summe unmittelbar Einfluss auf den Erfolg medizinischer Behandlung, Schulung und Beratung hat. Vor allem die Behandlung und Schulung von muslimischen Migranten mit Diabetes wird eine große Herausforderung darstellen. Ein Umdenken in der Beratungspraxis ist zwingend notwendig, um Fachpersonal und Betroffene nicht an ihre Grenzen stoßen zu lassen. Dafür ist es essenziell, dem behandelnden, beratenden und schulenden Fachpersonal ein Maß an entsprechender Kultursensibilität zu vermitteln, dass es ihnen ermöglicht, trotz der Vielschichtigkeit der Konfliktfelder in der Praxis einen maximalen Behandlungserfolg zu erwirken. Die Erfahrungen vieler engagierter Schulungs- und Praxisteams zeigen, dass dies möglich ist.

#### Literatur

- 1 Kalvelage B, Kofahl C. Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit Diabetes. In Petrak F, Herpertz S (Hrsg). Psychodiabetologie, Springer, Berlin 2013



#### Korrespondenz

Ayşe Ünal  
Diabetesberaterin DDG  
Munckelstr. 57  
45879 Gelsenkirchen  
E-Mail: ayse-uenal@hotmail.de

#### Autorenerklärung

Es besteht kein Interessenkonflikt.

DOI: 10.1055/s-0042-100775  
**Diabetes aktuell** 2016; 14 (1):  
22–25  
Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 1861-6089