

Kulturelle Einflüsse auf die Therapie von Migranten mit Diabetes

Die Behandlung und Schulung von Migranten mit Diabetes stößt aus den verschiedenen Gründen immer wieder an ihre (bzw. unsere) Grenzen. Diabetesberater Egon Manhold analysiert die Schwierigkeiten und zeigt Lösungsaspekte auf.

Definition Migration:

... eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes im Sinne eines dauerhaften Wohnortwechsels von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Wanderung über die Grenzen eines Nationalstaates hinweg ist kennzeichnend für internationale Migration... (M.Lederer et al.; HAN 2000)

Legt man die allgemein anerkannte Definition der Migration zu Grunde, gehören zu den Migranten alle Menschen, die ihren bisherigen Wohnort auf Dauer verlassen haben.

Probleme mit der Sprache

Bei den Zahlenangaben über Migranten sind in den Städten und Gemeinden nur selten Angaben über die Anzahl der Spätaussiedler zu erhalten. Viele Menschen aus dieser Gruppe haben aber vergleichbare Probleme mit der deutschen Sprache und den sozio-kulturellen Unterschieden wie die anderen Migranten auch. Sie erscheinen meist nicht in der Statistik, weil sie bereits vor der Einreise nach Deutschland im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit sind. In weiten Gebieten Deutschlands machen die Menschen türkischer Abstammung einen großen Anteil der Migranten aus.

An Delmenhorst, einer kreisfreien Stadt in Niedersachsen mit zirka 80.000 Einwohnern, will ich das deutlich machen:

In Delmenhorst sind zirka

- 8,1 % der Bürger Migranten,
- davon 55,4 % türkischer Abstammung.

Fast alle von ihnen sind Muslime. Auch in diesen Zahlen sind die Spätaussiedler nicht enthalten. In einigen Regionen Deutschlands ist der Anteil der Spätaussiedler genauso groß wie der der türkischen Mitbürger. Vorab möchte ich ausdrücklich deutlich machen, dass viele der Probleme, die bei der Behandlung und Schulung von Migranten für uns auftreten auch bei der Betreuung deutscher Diabetiker vorkommen. Ich werde in den jeweiligen Abschnitten darauf hinweisen.

Wie sehr die sozio-kulturelle Prägung und der Glaube tatsächlich eine Rolle spielen, ist auch in starkem Maße davon abhängig, wie der einzelne Migrant und seine Familie damit umgeht. So wie es bei Deutschen unterschiedliche Ausprägung und Einhaltung der Glaubensvorschriften gibt, ist das auch bei Migranten zu finden. Es kommt vor, dass die Regeln relativ lax gehandhabt werden bzw. „unsere“ Verhaltensweisen übernommen werden. Aber auch die Abschottung innerhalb der eigenen (Groß-) Familie bzw. Angehörigen des eigenen Herkunftslandes ist häufig anzutreffen.

Herkunftsland

Je größer die sozio-kulturellen Unterschiede zu uns sind, umso schwieriger ist es, sich gegenseitig richtig zu verstehen und die jeweiligen Verhaltensweisen richtig einzuordnen. Eine große Rolle spielt dabei auch, wie bedeutsam für den Einzelnen die Glaubensregeln sind.

„Krankheit ist eine Strafe Gottes, etwas Vorgegebenes, das man nicht ändern kann. Helfen kann der Arzt als Helfer Gottes: was er sagt muss getan werden.“
(Beispiel aus dem Koran)

Muttersprache

Hierbei ist es wichtig zu wissen, ob der Migrant seine Muttersprache nur sprechen kann, oder ob er sie auch lesen und schreiben kann. Man sollte auch wissen, ob er Gelesenes inhaltlich versteht. Unter Umständen spricht er einen in seiner engeren Heimat üblichen Dialekt, hat aber Schwierigkeiten, die offizielle Amtssprache seines Landes zu verstehen und zu sprechen. Was Sie sagen möchten, wird in diesem Fall selbst dann nicht verstanden, wenn Sie einen Dolmetscher hinzuziehen.

Beispiel für Deutsche: Für nur hochdeutsch sprechende ist es sehr schwer oder sogar unmöglich, bayrisch oder ostfriesisch sprechende Menschen zu verstehen.

Sprachverständnis der deutschen Sprache

Wer als Ausländer deutsch versteht und sprechen kann, ist nicht immer in der Lage, auch den Sinn von Texten oder gesprochenen Sätzen zu verstehen.

Beispiel für Deutsche: Auch viele Deutsche haben eine Leseschwäche oder Verständnisschwäche. Deshalb ist die Bewältigung von Textaufgaben auch für viele Deutsche ein Problem. Stichwort: PISA

Analphabetismus

Der Analphabetismus ist nicht nur ein Problem mit/bei Migranten, sondern auch in der Schulung von deutschen Diabetikern. Hier unterstützen Unterlagen mit Bildern, die sich selbst erklärende die Vermittlung der Schulungsinhalte.

Zahlenverständnis

Das Verständnis für Zahlen kann für die Blutzuckerselbstmessung wichtig sein. Schwierig ist es, wenn jemand nicht rechnen und nicht schreiben kann. Gegebenenfalls ist der Betroffene nach entsprechender Anleitung und Einübung in der Lage, die Blutzuckerwerte aus dem Display des Gerätes in eine Tabelle zu übertragen.

Grundrechenarten

Die Beherrschung der Grundrechenarten ist notwendig, um bei der ICT die notwendigen Insulineinheiten für BE/KE und nach dem individuellen Korrekturfaktor zu berechnen. Auch um die Nährwertanalysen auf Nahrungsmittelpackungen in BE/KE umzurechnen, müssen diese Rechenarten beherrscht werden.

Wenn der Diabetiker das nicht kann, ist er nicht in der Lage die ICT oder Insulinpumpentherapie durchzuführen.

Bei allen genannten Beispielen muss folgendes zum Verständnis der Situation unbedingt beachtet werden: Ein großer Teil der in Deutschland ansässigen Migranten kommt nicht aus den Großstädten, sondern aus den ländlichen Gebieten ihres Heimatlandes. Aufgrund der dortigen sozialen Situation haben viele nur drei bis vier Jahre die Schule (un-) regelmäßig besucht. Danach mussten sie mitarbeiten, um zum Lebensunterhalt der Großfamilie beizutragen. Eigene (Schul-) Bücher hatten die wenigsten zu Hause, so dass die bis dahin erlernten Lesefähigkeiten zum Teil wieder verloren gingen. So erklärt sich, dass viele Migranten auch Texte in ihrer Muttersprache nicht lesen und schreiben können und nicht in der Lage sind, einfache Rechenaufgaben zu lösen.

Statistik Delmenhorst

		davon Diabetiker
Einwohner	zirka 80 000	zirka 6 400
Migranten	zirka 6 500	zirka 520

Ungefähr 8 % der Migranten in Delmenhorst haben Diabetes genauso viele wie in der Gesamtbevölkerung.

Voraussetzung für den Erfolg

Grundschulung in eigener Sprache

Die Diabetes-Grundschulung in der eigenen Sprache ist die Idealsituation. Zurzeit ist das aber in der Regel nicht leistbar. Meist stehen die Schulungsfachkräfte mit den notwendigen Sprachkenntnissen in den Arztpraxen / Kliniken nicht zur Verfügung. Eine Besserung der Situation scheitert am chronischen Geldmangel im Gesundheitswesen.

Grundlage der Schulung

Mindestvoraussetzung sind die ZI-Schulungsprogramme Typ-2-Diabetes ohne Insulin und mit Insulin. Zumindes im Ernährungsteil müssen sie allerdings an die Ernährungsgewohnheiten der jeweiligen Migrantengruppe angepasst werden. Als Beispiel seien die unterschiedlichen Fleischarten und Brotsorten genannt oder die Verteilung der Mahlzeiten auf die Tageszeiten. Bekanntermaßen gibt es da zum Essverhalten der Deutschen erhebliche Unterschiede.

5 Doppelstunden in der Gruppe

Als Grundschulung sind 5 Doppelstunden unbedingt nötig. Eher muss man wegen Verständigungsproblemen mit mehr Zeit rechnen.

Begleitende Einzelschulung

Häufig wird die Schulung den notwendigen Erfolg nur haben, wenn die Gruppenschulung von Einzelschulungen flankiert wird. Dabei kann es sehr sinnvoll sein, Familienangehörige mit einzubeziehen.

Eine wichtige Frage ist auch hier wieder, wie dieser zusätzliche Zeitaufwand finanziert wird. Bisher besteht kaum eine Abrechnungsmöglichkeit.

Blutzuckerselbstkontrolle für alle

Aus medizinischen Gründen, aber auch weil aus religiösen Gründen die Urinzuckerkontrolle unter Umständen nicht möglich ist, muss die Selbstkontrolle mittels der Blutzuckerkontrolle durchgeführt werden. Auch ergibt sich wieder die Frage, wie dies finanziert werden kann.

Therapiezielversagen

Bei Patienten mit Migrationshintergrund sind, häufiger als bei Patienten deutscher Abstammung, Verhaltensweisen zu beobachten, die man als Patienten-Selbst-Montage bezeichnen kann.

Problem Informationsboykott

Dazu gehört z. B. der Informationsboykott. Die Patienten verweigern und vermeiden Informationen, die sie in eigene Verantwortung ihrer Krankheit gegenüber bringen könnten. Bereits vorhandenes Wissen wird ignoriert und damit nicht angewendet.

Alle Macht den Schulenden?

Das Motto „Alle Macht den Ärzten“ bzw. den Schulenden, ist eine weitere Möglichkeit, Eigenverantwortung nicht auszuüben. Man hört dann: „Die müssen mir genau sagen, was ich tun muss. Das mache ich dann“. Wenn dann die Blutzuckereinstellung schlecht ist und sogar Komplikationen auftreten, dann sind „die“ eben schuld.

Kinder als Dolmetscher

Häufig nimmt man Rückgriff auf Kinder-Dolmetscher. So sehr es sinnvoll ist, Angehörige in die Schulung und Therapie mit einzubeziehen, so ungünstig ist es, Kinder oder andere Familienangehörige des Patienten als Dolmetscher einzusetzen. Man kann nie sicher sein, dass wirklich so übersetzt wird, wie man es vermitteln möchte. Oft wird das Gesagte in der Aussage abgeschwächt. Eine andere Frage ist, wie etwas angenommen wird, was dem Familienoberhaupt von der Tochter mitgeteilt wird, auch wenn sie nur übersetzt, also nur Überbringer der Botschaft ist.

Urlaub vom Diabetes

Urlaub vom Diabetes kommt immer wieder vor, wenn die Migranten im Urlaub für längere Zeit in ihre Heimat fahren. Entweder nehmen sie ihre Medikamente und Messgeräte gar nicht erst mit (sie „vergessen“ es) oder verschenken alles an ihre Angehörigen in der Heimat, damit die auch mal in den Genuss „einer guten Behandlung“ kommen. In einigen Diabeteseinrichtungen kommt es auch zur Materialverschleuderung. Material wird z. B. immer dann verschwendet, wenn man – unter Umständen, um das eigene Gewissen zu beruhigen – Informationsunterlagen mitgibt, obwohl einem

eigentlich klar sein muss, dass der Migrant sie gar nicht lesen kann bzw. den Inhalt des Textes nicht versteht.

Migrationsverleugnung

Mit Migrationsverleugnung meine ich folgendes:

Der Migrant kommt mit dem für ihn neuen System, in dem er jetzt lebt, nicht zurecht. Er versteht das neue System nicht und kann vieles mit seiner bisherigen Lebenserfahrung nicht nachvollziehen. Dieses „Nicht-Klarkommen“ wird aber hartnäckig verleugnet. Er will die Schwierigkeiten mit und in der ihm bis dahin unbekanntem Lebensweise und die Probleme im Umgang mit den vielen Angeboten und der Vielzahl von Institutionen vor sich selbst und anderen nicht zugeben. Wenn er es zugeben würde, müsste er sich selbst eingestehen, dass er die Schwierigkeiten, sich in der neuen Heimat einzuleben, unterschätzt hat. Das ist häufig mit dem eigenen Selbstwertgefühl nicht vereinbar; er würde außerdem unter Umständen in seiner (Groß-) Familie an Autorität verlieren.

Diabetologische Paradigmen überdenken

Die St. Vincent-Deklaration ausgerechnet bei Diabetikern mit Migrationshintergrund umzusetzen und deren Ziele erreichen zu wollen, ist meines Erachtens nicht hilfreich und fördert eher die eigene Frustration.

ICT nicht als Goldstandard

Die ICT als Goldstandard der Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes anzusehen, ist bei Migranten häufig nicht angebracht (siehe oben). In vielen Fällen ist es eher möglich, mit der CT eine gute Blutzuckereinstellung zu erreichen, als mit einer intensivierten Therapie, die den Betroffenen überfordert.

Freie Kost

Die immer wieder vertretene Meinung „Freie Kost für alle“, hat möglicherweise auch für viele Diabetiker Nachteile. Insbesondere für Menschen, welche eine intensivierete Insulintherapie nicht durchführen können. Für sie ist damit eine gute Blutzuckereinstellung nicht zu erreichen. Aus diesem Grund kommt diese Ernährungsform für viele Migranten nicht in Frage. So gut entsprechende Schulungsprogramme auch sind (z. B. MEDIAS 2), sind sie bei einem großen Teil der Migranten nicht sinnvoll einsetzbar. Die Patienten müssen in diesen Programmen Textaufgaben zu Hause selbstständig lesen und lösen. Dazu sind aber viele von ihnen nicht in der Lage.

Schulungsprogramme überfordern

Auch wenn das Programm in der eigenen Muttersprache vorliegt, sind die Betroffenen damit z. T. überfordert (siehe oben). Das gilt natürlich in vergleichbarer Weise auch für einen Teil unserer deutschen Patienten.

Unrealistische Therapieziele sind z. B.:

- keine Hypoglykämien, aber HbA1c-Wert < 6,0 %
- HbA1c-Wert < 6,5 %
- kein Blutzuckerwert pp > 160 mg/dl (8,9 mmol/l)

Solche Ziele sind grundsätzlich erstrebenswert. Sie sind aber bei den Patienten, um die es hier geht, bei akzeptablem Einsatz aller Beteiligten meistens nicht erreichbar.

EBM-Fixierung – nur machen, was bezahlt wird

Bei der Betreuung von Migranten, kann man heute nicht davon ausgehen, dass alles was man an Zeit und Material einsetzt, abrechenbar ist. Die Beispiele weiter oben, machen das sicher ausreichend deutlich. Ich wünsche mir, dass diese Notwendigkeiten erkannt und die Lösung der Probleme bald in Angriff genommen wird. Daneben müssen selbstverständlich auch die Migranten ihren Teil dazu beitragen, sich in unsere Gesellschaft zu integrieren und mithelfen, die genannten Probleme anzugehen und zu lösen.

Forderungen an die DMPs i

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten in der DDG

e.V. hat folgende Forderungen an die DMPs für Migranten aufgestellt:

- *Versorgungsprobleme konkret benennen*
- *Beherrschung der deutschen Sprache ist nicht Behandlungsvoraussetzung*
- *vermehrt und vorrangig mehrsprachige Behandler/Schulende ausbilden/weiterbilden*
- *bessere Koordination und Kooperation zwischen allen beteiligten Personen und Institutionen*
- *personellen und zeitlichen Mehraufwand adäquat honorieren*

Egon Manhold

Diabetesberater DDG; Lehrer für

Pflegeberufe; Schatzmeister der

AG Diabetes und Migranten e.V.

Deichshäuser Str. 20

27809 Lemwerder

Mobil: 0172 / 422 09 05

E-Mail: Egon.Manhold@facharzt.de

<http://www.home.diabetes-kids.de/diabetesprofi>