

STATEMENT

Univ. Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer

**Univ.-Klinik f. Innere Medizin III, Abtlg. f. Endokrinologie und Stoffwechsel, Med Uni
Wien und Stellvertreterin des Präsidenten der ÖDG**

Migrationsbewegungen und Diabetes: Herausforderungen in der Versorgung und Präventionsarbeit.

Diabetes ist ein weltweites Problem, aber 80 Prozent der DiabetikerInnen leben in Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen. Dies beruht einerseits auf der hohen Bevölkerungszahl in diesen Ländern, andererseits auch auf den sich ändernden Lebensbedingungen, der Zunahme von Übergewicht und oft auch der Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen mit höherem Diabetesrisiko. Daher sind auch MigrantInnen in Österreich öfter betroffen. Die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, ist bei MigrantInnen im Vergleich zu ÖsterreicherInnen bei den Männern 1,39-mal und bei Frauen 3,4-mal höher [1].

In Österreich wird die Gruppe der an Diabetes mellitus erkrankten Personen derzeit auf rund 573.000 bis 645.000 Menschen geschätzt (rund 8 bis 9 %). Die Summe inkludiert dabei rund 430.000 ärztlich diagnostizierte Diabetesfälle (rund 6 %) sowie geschätzte 143.000 bis 215.000 undiagnostizierte DiabetikerInnen (rund 2 bis 3 %) [2]. Derzeit geht man von einer Diabetesprävalenz von 6-9 % bei ÖsterreicherInnen und bis zu 10-12 % bei MigrantInnen aus, wobei man von einer hohen Dunkelziffer nicht diagnostizierter PatientInnen ausgeht. In Wien konnte anhand einer Patientenbefragung eine Diabetesprävalenz bei den türkischen MigrantInnen mit 10 % bestätigt werden [3]. Auch MigrantInnen aus Afghanistan, Syrien und dem Irak haben – laut Gesundheitsdaten der WHO – häufiger erhöhte Risikofaktoren für Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten wie erhöhten Blutdruck, Adipositas oder erhöhte Nüchternblutglukose (erhöhten Blutzucker nach zwölf Stunden ohne Nahrungsaufnahme) als ÖsterreicherInnen. Derzeit leben in Österreich etwa 82.000 MigrantInnen aus diesen drei Ländern in Österreich.

Laut Statistik Austria leben in Österreich 8.699.730 Menschen (Stand 1.1.2016), davon sind insgesamt 1.812.934 als MigrantInnen registriert. Die Gruppe der Zuwanderer der ersten Generation (Menschen die im Ausland geboren wurden) umfasst rund 1.334.258 Personen, jene der Zuwanderer der zweiten Generation (in Österreich geborene, deren beide Eltern im Ausland geboren wurden) zählt rund 478.677 Personen. Die größte Gruppe kommt aus dem ehemaligen Jugoslawien (513.093), gefolgt

¹ Statistik A, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. 2007.

² Bundesministerium für Gesundheit, Diabetesbericht 2013, www.oedg.org/pdf/diabetesbericht_2013.pdf

³ K. Aydıncok et al. Diabetesprävalenz und Diabetes-spezifisches Wissen bei türkischen MigrantInnen, ÖDG-Herbsttagung. 2011. www.oedg.org/pdf/1111_OEDG_JT_Programm.pdf. Zugegriffen: 1. Sept. 2012.

von TürkInnen (273.103). Die mit Abstand meisten MigrantInnen leben in Wien. Hier beträgt der Anteil der Zuwanderer erster und zweiter Generation 42 Prozent der Gesamtbevölkerung.

Viele Barrieren für MigrantInnen

Das Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsvorsorge und Krankheit ist bei MigrantInnen, bedingt durch den anderen kulturellen Hintergrund, häufig ein anderes als bei in Österreich geborenen Menschen. Auch das Bewusstsein für Risikofaktoren wie Übergewicht, erbliche Belastung und Alter oder für die Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Krankheit fehlt oft bei MigrantInnen. Dazu kommt, dass sich sowohl Lebensstil und insbesondere Ernährungsgewohnheiten der Zuwanderer als Folge der neuen sozialen und ökonomischen Bedingungen verändern.

MigrantInnen leiden auch öfter unter psychosozialen Belastungen wie kultureller Entfremdung, geringem Selbstwertgefühl oder dem Verlust von Unterstützung durch die Familie auf Grund der geographischen Trennung und sie sind häufiger chronisch krank [4].

Der kulturelle Hintergrund und in manchen Fällen mangelnde Sprachkompetenz, Analphabetismus und niedriger sozioökonomischer Status können daher Barrieren für den Zugang zu Vorsorge und Behandlung sein. Diese Hürden lassen sich auch in dem geringen Prozentsatz der MigrantInnen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, erkennen. Diabetes wird bei MigrantInnen oft erst bei anderen Erkrankungen oder Diabetes-Komplikationen entdeckt.

Barrierefreie Vorsorge und Diabetesbehandlung

Um DiabetikerInnen mit Migrationshintergrund therapeutisch gut versorgen zu können, müssen Angebote geschaffen werden, die auf die speziellen Anforderungen wie Sprachbarriere, Analphabetismus und kulturellen Hintergrund bzw. Religion eingehen und bei denen alle beteiligten Interessengruppen wie Kulturvereine, Religionsgemeinschaften, Krankenkassen und medizinische Fachgesellschaften einbezogen werden.

Es ist bekannt, dass Diabetes-Schulungen helfen. Theoretisches Diabetes-Wissen, das zwar wünschenswert, aber in der Therapie nicht vorrangig relevant ist, hängt mit Schulbildung, deutscher Sprachkompetenz und Diabetes-Schulungen zusammen. Dagegen hängt verhaltensrelevantes Diabetes-Wissen, das für eine erfolgreiche Therapie essentiell ist, nur mit Diabetes-Schulungen zusammen. Daher brauchen wir Schulungen, die an den Bildungsstand und die Lebensgewohnheiten der PatientInnen angepasst sind und die in den jeweiligen Muttersprachen bis hin zu Piktogrammen für Analphabeten zur Verfügung stehen.

Ein hervorragendes Beispiel für optimal funktionierende Schulungs- und Behandlungsangebote an PatientInnen mit Migrationshintergrund ist das Vorzeigemodell des Wilhelminenspitals [5], in dem

⁴ Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2006;9:873–83.

muttersprachliche Diabeteschulungen für türkische Patientinnen und Patienten angeboten und sehr gut angenommen werden.

In großen Ballungsräumen und Schwerpunktzentren ist die Einrichtung kultursensitiver Diabetes-Ambulanz-Sprechstunden mit entsprechend geschultem Personal mit speziellem Wissen und Verständnis über den kulturellen Einfluss auf die Behandlung eine gute Option. Hier ist beispielsweise der muslimische Fastenmonat Ramadan eine Herausforderung, der eine Umstellung bzw. Dosisanpassung an die, für diesen Zeitraum, geänderte Lebensweise verlangt. Etwa ein Drittel der DiabetikerInnen mit muslimischem Glauben ändern in dieser Zeit die Therapie und wir beobachten häufiger Zuckerentgleisungen im Ramadan. [6]

Interkulturelle Inhalte sollen bereits bei der Ausbildung der Angehörigen von Gesundheitsdiensten (DiabetesberaterInnen, DiätologInnen, Pflegepersonal, ÄrztInnen, etc.) eingebracht werden. Zudem empfiehlt es sich, bikulturelles und mehrsprachiges Personal verstärkt in Gesundheitsberufen auszubilden und zu fördern. Trotzdem ist es in weiterer Folge für die PatientInnen essentiell, Deutsch zu lernen, um außerhalb dieser Strukturen zum Beispiel mit niedergelassenen Ärzten kommunizieren zu können, denn Diabetes ist eine lebenslange Erkrankung. Der Erwerb der Landessprache dient damit auch der Stärkung von Eigenverantwortung und Selbsthilfefähigkeit, sowie der Integration in das Gastland. Gesundheitskompetenz und Health Literacy können so auch Gleichheit und Gleichberechtigung von Frauen und Männern unterstützen.

⁵ Gesundheitspreis der Stadt Wien. 2011. www.wien.gv.at/rk/msg/2011/12/15006.html. Zugegriffen: 1. Sept. 2012.

⁶ Leitlinie der ÖDG 2016 in press Wiener Klinische Wochenschrift