

Diabetes und Migranten

Kultursensibilität als Schlüssel für eine wirksame Therapie

Ein Gespräch mit Faize Berger und Dr. med. Nabi Hussein

DI: Wenn wir uns dem Thema „Diabetes und Migranten“ nähern, stellt sich zu allererst die Frage: Worum handelt es sich hier genau?

Frau Berger: Es handelt sich hier vor allem um jene Risikofaktoren, die direkt mit Migration in Zusammenhang stehen und ethnisch bedingte unterschiedliche Genstrukturen betreffen. Nach unserem heutigen Kenntnisstand stellt die Änderung der Lebensweise der Menschen, die auf einen Zuzug aus sehr ländlichen Gebieten in großstädtische Regionen zurückzuführen ist, einen der wichtigsten externen Risikofaktoren dar, an Diabetes zu erkranken. Hinzu kommen die verschiedenen kulturellen Prägungen, die zu sehr unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit bzw. Krankheit führen.

Migration und die damit verbundene Änderung der Lebensweise lösen Stress aus. Wenn ich zudem an jeder Straßenecke etwas zum Essen und zum Trinken angeboten bekomme, ist es äußerst schwierig, sich selbstdiszipliniert zurückzuhalten bzw. für sich das individuelle Maß zu finden. Studien zeigen sehr deutlich, dass es je nach Herkunftsland große Unterschiede in der Diabetesrisiko-Prävalenz gibt. Es wird immer deutlicher, dass die kulturell bedingten Ernährungsgewohnheiten, das Eigenverständnis von Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit, das Arbeits- und Lebensumfeld eine Schlüsselrolle spielen und leider noch immer kaum Beachtung finden.

DI: Die Gruppe der Menschen in Deutschland, die einen Migrationshintergrund haben, ist sehr heterogen. Mit etwa 18 Prozent stammt die



Faize Berger

größte Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei. Das statistische Bundesamt gibt hier die Zahl von rund drei Millionen an. Gibt es belastbare Zahlen, wie viele von ihnen an Diabetes erkrankt sind?

Dr. Hussein: Man kann es nur schätzen: Um die zwölf Prozent der Menschen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland sind an Diabetes mellitus erkrankt. Das sind prozentual doppelt so viele wie bei der deutschen Bevölkerung.

Frau Berger: Wir verfügen leider über keine Studien, die wirklich belastbar sind. Mittelfristig wird sich die Situation hoffentlich ändern. Aber ich stimme Dr. Hussein zu. Die vorhandenen Daten lassen eine Abschätzung zu, mit der wir arbeiten können. Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gehen wir davon aus, dass die Prävalenz zwischen



Dr. med. Nabi Hussein

zehn bis zwölf Prozent liegt. Das sind mindestens 350 000 Menschen, die in Deutschland leben und Diabetes mellitus Typ 2 haben – inklusive Prädiabetes und nicht diagnostizierte Fälle.

Zahlreiche im europäischen Ausland und in Nordamerika durchgeführte Studien zeigen, dass ungefähr von einer doppelt so hohen Prävalenz bei Migranten ausgegangen werden kann, allerdings ist dies nach Herkunftsland sehr unterschiedlich. Dabei sind Frauen meistens deutlich stärker betroffen. Vor allem in den arabischen und nordafrikanischen Ländern, aus denen zurzeit sehr viele Flüchtlinge zu uns kommen, haben wir Diabetesprävalenzen von teilweise deutlich über 20 Prozent.

An dieser Stelle möchte ich auf die 2014 gestartete Nationale Kohorte (www.nationale-kohorte.de) hinweisen. Zum einem ist die Indikation

Diabetes mellitus unter den Untersuchungsmodulen der Kohorte aufgenommen, zum anderen werden es die soziodemografischen und -ökonomischen Variablen ermöglichen, dass eine differenzierte Auswertung nach Herkunftsregionen bzw. Migrationshintergrund möglich ist.

DI: Diabetespatienten müssen aktiv in die Therapie mit einbezogen werden. Dabei helfen sollen Diabetes-schulungen und Beratungen. Welche besonderen Schwierigkeiten treten in Bezug auf die Gruppe der türkischstämmigen Diabeteserkrankten auf?

Dr. Hussein: Die türkischstämmigen Diabeteserkrankten sind keine homogene Gruppe, daher sind die Probleme auch vielschichtig. Große Schwierigkeiten treten auf bei der Schulung von türkischstämmigen Diabeteserkrankten, die in den 1960er- bis 1970er-Jahren als „Gastarbeiter“ nach Deutschland kamen. Oft sind dies Menschen, die aus sozial schwachen Regionen kamen und über eine niedrige bis gar keine Schulbildung verfügen. Nicht nur große Defizite in der deutschen Sprache, sondern auch Analphabetismus und unzureichende Kenntnis über Zusammenhänge des menschlichen Organismus erschweren die Schulung dieser Patienten. Daher müssen einfachste Zusammenhänge von Ernährung, Bewegung und Therapie erklärt und besprochen werden. Da ein „Nachlesen“ zu Hause wegen des Analphabetismus oft nicht möglich ist, müssen die Erklärungen häufig wiederholt werden und anstatt von Texten muss Bildmaterial zur Schulung verwendet werden.

DI: Welche Rolle spielen neben sprachlichen Barrieren religiöse Überzeugungen und kulturelle Prägnanzen?

Frau Berger: Sie spielen eine bedeutende Rolle. Kulturelle Prägnanzen sorgen nicht nur auf einer individuellen und kollektiven Ebene zu einer Vielfalt und Heterogenität, sie haben ebenfalls einen Einfluss auf Diagnose, Therapie und Lebensqualität der Menschen mit einer chronischen Er-

krankung. Der Einfluss kultureller Prägnanzen zeigt sich sowohl bei jenen, die an Diabetes erkrankt sind, ihrem direkten persönlichen Umfeld und auch beim leistungserbringenden (Fach-)Personal.

Dr. Hussein: Da stimmte ich zu. Die meisten der türkischstämmigen Mitmenschen in Deutschland sind Muslime. Strenggläubige Muslime nehmen eine Erkrankung als „Schicksal“ oder gar als „Strafe Gottes“ an. Dies kann zu Scham und Verheimlichen der Erkrankung führen. Daher bedarf es aufklärender Gespräche um die Krankheitswahrnehmung zu ändern, die Möglichkeiten der Therapie aufzuzeigen und zu einem offenen Umgang mit der Erkrankung zu führen.

Bezüglich der Diabetesschulung und Behandlung spielt die Religion jedoch keine wesentliche Rolle, bis auf den Fastenmonat Ramadan. Das bedeutet, dass in dieser Zeit die Muslime von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang nichts essen und trinken dürfen. Obwohl der Islam eindeutig kranke Menschen von dieser religiösen Pflicht befreit, fällt es dennoch den meisten religiösen Diabeteserkrankten schwer, auf das Fasten während der Fastenzeit zu verzichten. Es gibt Menschen mit Diabetes, deren Therapie wir auf die Essgewohnheiten während der Fastenzeit für diese vier Wochen umstellen können, aber vielen müssen wir ein „Fastenverbot“ aussprechen.

Die kulturelle Prägung führt durch die entsprechende Esskultur häufig zu Schwierigkeiten. Türkische Migranten essen gerne in Gesellschaft mit Freunden, Verwandten und Nachbarn. Das Essen wird zelebriert und hierdurch wird oft ein bis zweimal am Tag eine große Mahlzeit anstatt mehrerer kleiner Mahlzeiten eingenommen. Und: Es gilt als unhöflich, wenn man bei Einladungen nicht alles probiert oder als Gastgeber nicht mitisst.

DI: Welche anderen sozialen Faktoren spielen eine Rolle und wie wirken sie sich auf die körperliche und seelische Gesundheit aus?

Dr. Hussein: Insbesondere Migranten der ersten Generation haben oft nur eine kleine Rente von der sie ihren Lebensunterhalt bestreiten. Sie leben in sozialen Brennpunkten und sozial schwachen Vierteln einer Stadt. Meist fühlen sie sich weder in ihrer ursprünglichen Heimat noch in Deutschland wirklich zu Hause. Dies führt nicht nur psychisch zu einer „Zerrissenheit“, sondern auch zu einem Leben in zwei Ländern. Insbesondere die Rentner leben in der Regel im Frühling und im Sommer in ihrer Heimat und kommen im Herbst und Winter wieder nach Deutschland. Dies erschwert die Einstellung und Behandlung eines Diabetes erheblich. Oft stellt man fest, dass man nach der Rückkehr der Patienten aus ihrer Heimat mit der Behandlung von vorne beginnen muss.

Aufgrund eines niedrigen Bildungsstandes oder Analphabetismus sind diese Diabeteserkrankten mit der Schulung und Behandlung eines Diabetes sehr schnell überfordert und verunsichert. Aus falscher Scham trauen sie sich oft nicht nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Zudem wird von vielen Erkrankten versucht, die Erkrankung in der Öffentlichkeit geheim zu halten. Dies führt nicht selten zu psychischer Überlastungsreaktion bis hin zur Depression.

Frau Berger: Im Diabeteskontext wirkt Migration sowohl auf die körperliche wie auch auf die seelische Gesundheit als ein zusätzlicher Faktor. Falls es uns gelingt, die kulturellen Prägnanzen hinreichend zu berücksichtigen, wird Migration auf die körperliche und seelische Gesundheit weniger negative Auswirkungen haben.

DI: Das Thema „Islam in Deutschland/Islamisierung“ wird derzeit intensiv und kontrovers in der Politik und in den Medien diskutiert. Statt „Toleranz“ von Seiten der Mehrheitsgesellschaft fordern immer mehr Menschen „Akzeptanz“ spezifischer kultureller und religiöser Formen. Reicht das aus, um eine andere Kultur zu verstehen?

Dr. Hussein: Aus meiner Sicht ist ein offener, toleranter und verständnisvoller Umgang miteinander unabhängig von Religion, Kultur, Sprache und sozialer Schicht sehr wünschenswert. Bei Menschen, die sich darauf einlassen können, sehe ich täglich zahlreiche Beispiele für ein harmonisches, konfliktfreies und respektvolles Miteinander unter Nachbarn, Freunden, Arbeitskollegen oder auch in gemischten Familien. Hier akzeptieren und vor allem respektieren sich die Menschen gegenseitig – unabhängig davon ob oder wie gut sie die Sprache des anderen verstehen.

Probleme entstehen, wenn Menschen sich abgrenzen und den Kontakt zu andersgläubigen oder Menschen aus anderen Kulturen meiden und sich von ihren Vorurteilen treiben lassen. Dies gilt sicher für beide Seiten. Potenziert wird diese Ablehnung, wenn auch noch politische Interessen und Mächte versuchen, unbegründete Ängste weiter zu schüren und für ihre Zwecke zu missbrauchen.

Frau Berger: Aus meiner Sicht geht es hier nicht um Toleranz und Akzeptanz. Gesellschaftliche Vielfalt – darunter andere Kulturen – kann dann als eine Bereicherung empfunden werden, wenn wir bereit und in der Lage sind, uns gegenseitig anzunehmen und zu verstehen. Es geht, um das Wollen und Können. Danach folgen die Spielregeln: Auf welcher Basis können wir ein gemeinsames gesellschaftliches Leben gestalten? Wenn ich die Frage als deutsche Staatsbürgerin mit türkischer Herkunft, die mit Elementen zweier Kulturen aufgewachsen ist, für mich beantworte, dann ist das hier das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und für die gemeinsame Verständigung die deutsche Sprache. Um andere Kulturen zu verstehen, müssen wir eine Offenheit gegenüber Andersartigkeit aufbringen und uns unserer eigenen Kultur bewusster werden.

DI: Kultursensibilität ist ein wichtiger Teil interkultureller Kompetenz. Wie erlangt man diese und wie „lernt“ man Kultursensibilität?

Frau Berger: Ich finde es nicht schlimm, wenn jemand nicht weiß, was Ramadan bedeutet. Man sollte aber eine Vorstellung davon haben, wie jemand aus einer muslimischen Glaubensgemeinschaft darauf angesprochen werden kann. Konkret lautete die Formulieren dann beispielsweise: „Ich weiß, dass der Ramadan im Islam eine besondere Bedeutung hat und es wäre sehr schön, wenn Sie sich die Zeit nehmen und mich über den Ramadan ausführlich informieren würden“ oder „Fasten ist ein fester Bestandteil aller Religionen. Lassen Sie uns herausfinden, wie Menschen, die ihre Religionen praktizieren und Diabetes haben, mit den Fastenzeiten umgehen?“

Das sind genaugenommen elementare Dinge der Verständigung, die wir sowieso beherrschen sollten. Wir lernen Kultursensibilität, indem wir von der Andersartigkeit um uns herum ausgehen und mit großer Neugier darauf zugehen oder diese auf uns zukommen lassen. Und wir trainieren sie, indem wir sie im Alltag üben, so wie andere Dinge auch. Dabei möchte ich auch nicht unerwähnt lassen, dass auch Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund sich jenen, die schon über mehrere Generationen in einem Land leben, kultursensibel verhalten sollten.

Dr. Hussein: Kultursensibilität erlangt man in der Tat am einfachsten durch direkten Kontakt, im offenen Gespräch mit Menschen aus anderen Kulturen und Religionen. Gegenseitiges Verständnis, Respekt, Toleranz und besonders Empathie sind wichtig. Besonders gefährlich sind Verallgemeinerungen und Vorurteile. Bevor man Menschen kategorisiert, sollte man die Lebensumstände dieser Menschen betrachten. Viele Probleme sind nicht abhängig von Kultur und Religion, sondern eher von den Lebensumständen, sozialer Schicht, Bildung und Sozialisierung eines Menschen.

DI: Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten in der DDG, in der Sie beide mitarbeiten, befasst sich seit längerer Zeit intensiv mit dem Thema. Mit welchen Mitteln wollen Sie

Ärzte und Ärztinnen für das Thema gewinnen? Welche Hilfsmittel bieten Sie an?

Frau Berger: Die AG Diabetes und Migranten hat ein zentrales Anliegen: Die Versorgung von Betroffenen mit Migrationshintergrund muss verbessert werden. Um das zu erreichen, ist die konstruktive Zusammenarbeit mit Fach- und Hausärzten, mit den Diabetesschulungs- und Beratungsberufen sowie mit Ernährungs-, Sport und Bewegungsberatern elementar wichtig. Wir wollen für unsere Mitglieder aus diesen Berufsgruppen eine kompetente Informations- und Vernetzungsplattform darstellen. Trotz eines gewissen Grundverständnisses für Kultursensibilität stellt sich jedoch häufig die Frage, warum in der praktischen Umsetzung so viele Probleme entstehen und wie diesen begegnet werden kann?

Wir setzen uns dafür ein, dass auch im Gesundheitsbereich Migration als ein Faktor der Vielfalt verstanden wird. Das bedeutet, dass die migrationsbedingten Faktoren in der Leistungserbringung, wie zum Beispiel Datenerfassung (ethnische Zugehörigkeit usw.), Leit-, Richtlinien sowie Honorargefüge systemisch berücksichtigt werden sollte und nicht nur erst dann, wenn Teilproblemefelder überdeutlich sichtbar werden. Das ist sicherlich ein langfristiger Prozess.

Wir haben nach der Neustrukturierung der AG Diabetes und Migranten 2013 die sprachliche Verständigung zum Kernthema gemacht. Am 31. Mai 2014 hat Herr Dr. Parmakerli, Sprecher der AG Diabetes und Migranten, namhafte Experten aus Sprach-, Kommunikation- und Translationswissenschaften zu einem Symposium: *Sprachlosigkeit im Gesundheitswesen* gewonnen. Unsere AG-Mitglieder stellen in der Praxis fest, dass Migranten mit Diabetes mellitus zum großen Teil keine bedarfsgerechte Schulung erhalten bzw. die Schulung auf Grund von sprachlichen, aber auch kulturellen Barrieren am Ziel vorbei führt. Es fehlen kultursensible Materialien. Daher tragen wir seit einem Jahr interkultu-

relle Informationsmaterialien zusammen. Diese werden dem Diabetes-schulungs- und Beratungspersonal bei der Schulung betroffener Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländern auf der Homepage der AG Diabetes und Migranten und auf der zentralen Seite der DDG zur Verfügung gestellt. Alle Anfragen, die die AG Diabetes und Migranten erreichen, werden bearbeitet. Seit zwei Jahren erstellen wir einen Jahresaktivitätsbericht, der in der Geschäftsstelle bei Frau Schmidt-Kubeneck erhältlich ist und unser vernetztes Arbeiten anschaulich macht. Für den 16. Mai 2015 haben wir auf dem DDG Kongress in Berlin wieder ein Symposium organisiert. Diesmal geht es um das große Thema „Schulung, Schulungsmaterial und Ernährung bei Migranten“. Privatdozent Dr. Dipl.-Psych. Bernd Kulzer vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung wird auf die Besonderheiten der Migration eingehen.

Dr. Hussein: Das Thema Diabetes und Migranten wird in den nächsten Jah-

ren jeden Arzt, der Migranten in seiner Praxis betreut, betreffen. Da die Migranten der ersten Generation, die als „Gastarbeiter“ nach Deutschland kamen, doppelt so oft von dieser Erkrankung betroffen sind als Deutsche in gleichen Alter. Des Weiteren ist die Versorgung in diesen Familien nicht mehr wie früher durch die Familienangehörigen und Kinder gewährleistet. Die Schulungen sind sehr zeitintensiv und müssen auf diese Patienten abgestimmt sein. Schulungen in Gruppen sind kaum möglich. Da ich einen relativ hohen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund betreue, habe ich meine Praxis entsprechend umstrukturiert. Ich beschäftige eine Diabetesberaterin, die nur Einzelschulungen mit sehr viel Bildmaterial und praktischen Übungen durchführt. Außerdem sind meine Mitarbeiterinnen fast alle zweisprachig aufgewachsen, sodass wir Schulungen in insgesamt fünf Sprachen anbieten können. Mit einer Nordic Walking Gruppe versuchen wir, die Patienten auch zur Bewegung zu motivieren.

DI: Welche Projekte in Bezug auf die wissenschaftliche Forschung zum

Thema hat die Arbeitsgemeinschaft bislang angestoßen, bzw. was ist in Planung?

Frau Berger: Was die wissenschaftliche Forschung anbetrifft, sind die Mitglieder der AG Diabetes und Migranten aus dem universitären Bereich mit Versorgungsforschung und Grundlagerecherche in zahlreichen Projekten aktiv. Ein großes Problem ist dabei die Identifikation und der Zugang zu der heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Ich erhoffe mir hier eine langfristige Verbesserung mit der Nationalen Kohorte (NAKO). So werden wir ein repräsentatives Bild erlangen können. Die derzeitigen wissenschaftlichen Forschungsprojekte zu Diabetes und Migration haben eher überschaubare Teilnehmeranzahlen und lassen somit nur Schätzungen oder Hinweise für weitergehende vertiefende Studien zu. Wir versuchen auch im Bereich der Versorgung aktiv zu sein. Zwei Beispiele dafür: Herr Dr. med. Bernd Kalvelage und Herr Dr. med. Ralph Achim Bierwirth sowohl Mitglied des Ausschusses Diabetologie DDG als auch der AG Diabetes und Migranten haben maßgeb-



Die Diabetesberaterin Ayse Ünal aus der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Hussein erläutert ihren Kursteilnehmern in türkischer Sprache ernährungsrelevante Aspekte.

Quelle: Nabi Hussein

lich dazu beigetragen, dass seit November 2013 beim 80-Std.-Kurs „Klinische Diabetologie“ die migrationsbedingten Aspekte in das Curriculum aufgenommen wurden. Erwähnenswert ist auch, dass das FIDAM das Schulungsprogramm MEDIAS 2 BASIS auch in türkischer Sprache herausgebracht hat. Mitglieder der AG Diabetes und Geriatrie (Dr. med. Dr. Univ. Rom Andrej Zeyfang) und der AG Diabetes und Migranten (Frau Irene Feucht) haben das geriatrische Schulungsprogramm SGS in die türkische Sprache übersetzt; Herr Dr. Mahmoud Sultan hat eine Schulungssequenz zum Thema Diabetes während des Ramadans entwickelt.

DI: Gibt es aus Sicht des Praktikers „leicht umsetzbare“ Tipps, die Sie den Kolleginnen und Kollegen der DDG geben können?

Dr. Hussein: Nicht jede Therapie ist für jeden Patienten geeignet, auch wenn es den Leitlinien entspricht. Wenn der Patient mit der Therapie überfordert ist, leidet die Compliance und eine Blutzuckereinstellung wird kaum möglich. Die Behandlung sollte auf die Lebens-, Ess-, und Arbeitsgewohnheiten des Patienten abgestimmt sein.

Das Niveau der Schulung sollte auf die Voraussetzungen des jeweiligen Patienten abgestimmt sein. Dies ist nur in Einzelschulungen möglich. Abhängig von den sprachlichen Fähigkeiten des jeweiligen Patienten, sollte jemand zum Übersetzen zu den Schulungen dabei sein. Trotzdem sollte mit viel Bildmaterial gearbeitet und wichtige Hinweise mehrmals wiederholt werden. Oft kann man die Essgewohnheiten des Patienten mit leichten Umstellungen der Therapie anpassen, ohne sie komplett auszutauschen.

DI: Was müsste von Seiten der Politik und der Krankenkassen geschehen, um die Diabetesversorgung der Patienten mit Migrationshintergrund zu verbessern?

Frau Berger: Deutschland ist ein Einwanderungsland. Die Politik sollte

die entsprechenden Konsequenzen im Gesundheitswesen ziehen und im Rahmen der Patientenversorgung den Besonderheiten der einzelnen Migrantengruppen hinreichend Rechnung tragen. Bei Diabetes bedeutet dies, vor allem im Bereich von Lifestyle-Intervention aktiver zu werden, so zum Beispiel bei der Konzeption und Förderung kulturadäquater Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, im Rahmen von Schwangerschaftsberatungen oder der Verbesserung der körperlichen Fitness insbesondere von Frauen und Jugendlichen. Das zur Verfügungstellen mehrsprachiger Informationsmaterialien kann dabei nur ein erster Schritt sein.

Auch die Krankenkassen sollten kultursensibel agieren und aus den Erfahrungen, die wir jetzt gerade sammeln, die richtigen Schlüsse ziehen. Damit meine ich: Herkunftsländer oder Nationalitäten der DMP-Teilnehmer werden nicht erfasst. Somit sind nur sehr schwer Aussagen darüber zu treffen, inwieweit DMP von Migranten nachhaltig angenommen werden und erfolgreich sind. Das zweite Problem ist, DMP-Teilnehmer müssen sich an die Vereinbarungen halten, sonst werden sie aus den Programmen ausgeschlossen. Wenn diese Programme nicht kultursensibel angepasst werden, ist die Gefahr groß, dass viele Migranten diese abbrechen, da sie keinen Zugang zu den Maßnahmen finden. Damit ist niemanden, weder den Krankenkassen aufgrund der hohen Gesamt-Therapiekosten bei Diabetes mellitus noch den Patienten, geholfen. Hier könnten sich die Krankenkassen für kultursensible Anpassungen in den DMPs bemühen. Generell sollten die Krankenkassen kultursensibler werden; denn ein immer größer werdender Teil ihrer Mitglieder verfügt über einen Migrationshintergrund, und bei einigen Kassen wird es Regionen geben, in denen dieser Anteil bald über 50 Prozent liegen wird.

Dr. Hussein: Die Behandlung und Schulung eines Diabeteskranken mit Migrationshintergrund erfordert einen mehrfach höheren Zeitaufwand

und besonderes Schulungsmaterial. Auch ist eine Leitlinien gerechte Behandlung nicht immer möglich. Oft müssen sehr viel häufiger Blutzuckerkontrollen erfolgen. Dieser Mehraufwand ist im klinischen Alltag in einer Praxis kaum möglich, da es auch keine entsprechende Honorierung findet. Die wäre aber wünschenswert. Diese Zeit fehlt dann für andere Patienten. Ich nehme mir die Zeit, da ich selbst einen Migrationshintergrund habe und mich sozial in der Verantwortung fühle, aber das sollte nicht als selbstverständlich allen Ärzten abverlangt werden.

Vielen Dank für das Gespräch!

Kontakt Daten

Faize Berger
Faize Berger Management Services
Am Stadion 3b
40878 Ratingen
Tel.: 02102-7069945
E-Mail: fb@faizeberger.com
www.faizeberger.com

Dr. med. Nabi Hussein
Facharzt für Innere Medizin,
Diabetologie, Palliativmedizin
Wiehagen 18–24
45879 Gelsenkirchen
Tel: 0209-21033
E-Mail: info@dr-med-hussein.de
www.dr-med-hussein.de

Literatur

- 1 Dijkshoorn H, Uitenbroek DG, Middelkoop BJ. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003 Jul 12; 147 (28): 1362–1366; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892013>
- 2 Wändell P, Gäfvels C. High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Primary Care Diabetes* 02/2007; 1 (1): 13–16; http://www.researchgate.net/publication/51406642_High_prevalence_of_diabetes_among_immigrants_from_non-European_countries_in_Sweden
- 3 Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G et al. Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians – the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health* 2012; 12: 150; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/150>