

Pflegesituation von Menschen mit Migrationsgeschichte – Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit



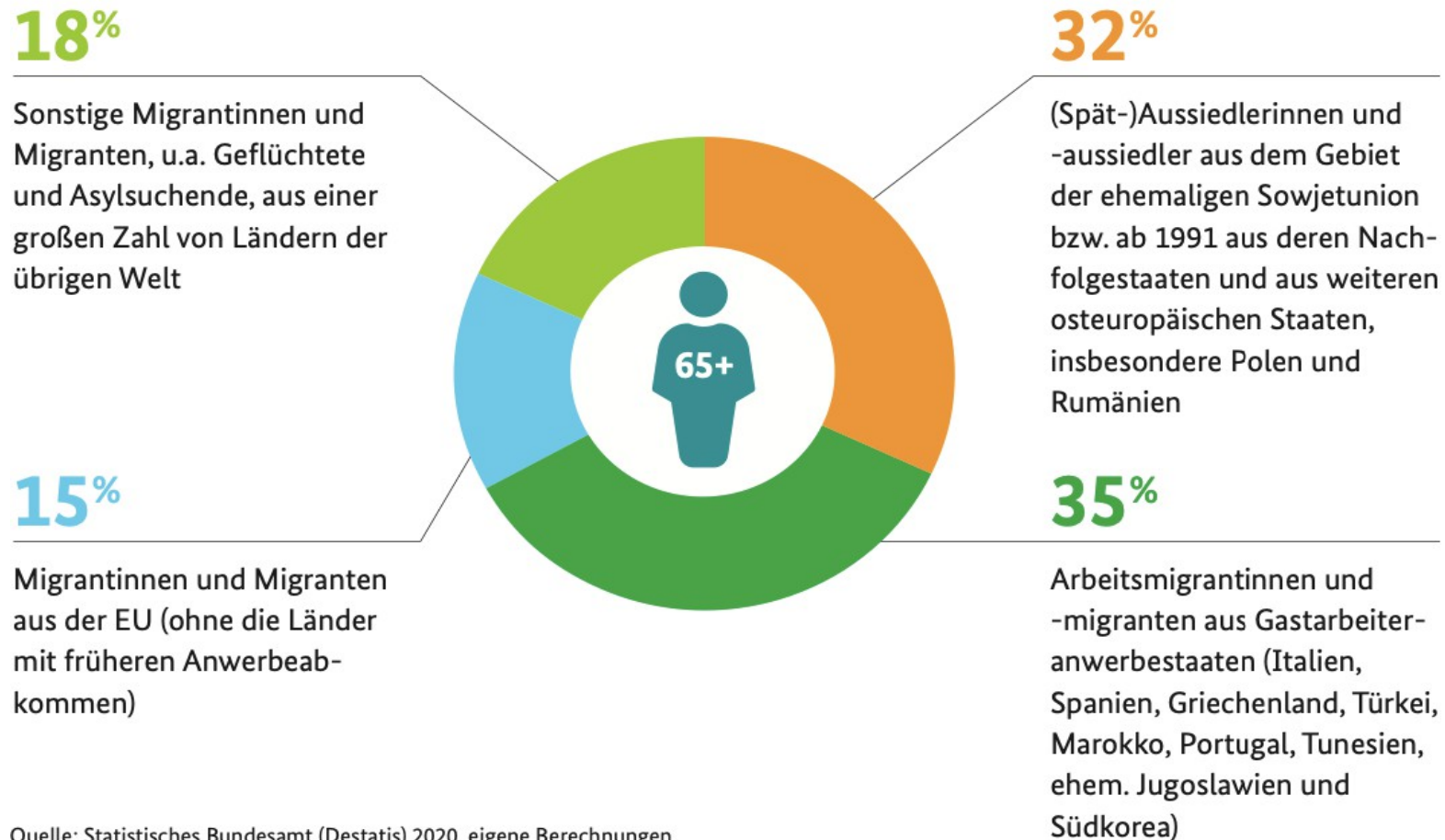
Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
Alice Salomon Hochschule Berlin

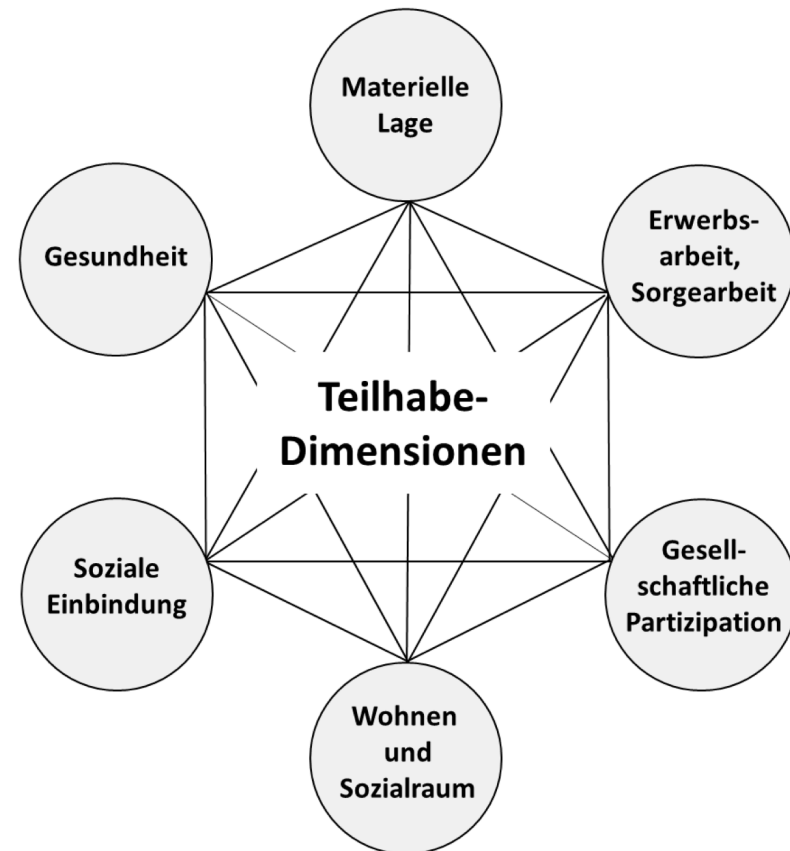
16.09.2025, Wiener Gesundheitsförderungskonferenz 2025

Über wen sprechen wir heute?

Abbildung: Zusammensetzung der älteren Bevölkerung (65+) mit eigener Migrationserfahrung



TEILHABE ALS DETERMINANTE FÜR GESUNDHEIT



(Skizze aus dem Neunten Altersbericht entnommen)

Soziale Lage/ Armutsgefährdung

Ungleichheit bei den Rentenbezügen

- Post-/migrantische Frauen haben mit Abstand die geringsten Rentenbezüge:

Bevölkerungsgruppe	Rentenbezüge/Monat
Post-/migrantische Frauen	632 Euro
Post-/migrantische Männer	1.308 Euro
Frauen ohne Migrationsgeschichte	1.056 Euro
Männer ohne Migrationsgeschichte	1.797 Euro

5

Ungleichheit beim Armutsrisiko

- Armutsrisiko steigt mit einem Migrationskontext und mit dem Lebensalter

Bevölkerungsgruppe	Armutsrisiko
Post-/migrantische Menschen 50-64 Jahre	27 %
Post-/migrantische Menschen 65 Jahre und älter	35 %
Menschen ohne Migrationsgeschichte 50-64 Jahre	10 %
Menschen ohne Migrationsgeschichte 65 Jahre und älter	11 %

Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Gesundheit

- Ab 45 Jahren: Arbeitsmigrant*innen weisen zu 38,1 Prozent funktionale Einschränkungen auf gegenüber 24,4 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund
- Während 40,4 Prozent dieser Migrantengruppe von mindestens leichten depressiven Symptomen berichten, sind es nur 26,8 Prozent bei den Personen ohne Migrationshintergrund
- Wissens- und Informationsdefizite (geringere Health Literacy und auch Kenntnisse z.B. des Pflegesystems)
- Teilweise keine übereinstimmenden Sprachkenntnisse mit den Gesundheitspersonal

8

(Quelle: DZA, <https://www.dza.de/detailansicht/die-lebenssituationen-von-personen-in-der-zweiten-lebenshaelfte-mit-und-ohne-migrationshintergrund> u.a.)

Selbsteinschätzung der Gesundheit

- Ältere (post-)migrantische Frauen schätzen ihre Gesundheit am häufigsten negativ ein

Bevölkerungsgruppen	Selbsteingeschätzte Gesundheit niedrig bis mittelmäßig ein
Post-/migrantische Frauen	75 %
Post-/migrantische Männer	61 %
Frauen ohne Migrationsgeschichte	66 %
Männer ohne Migrationsgeschichte	63 %

Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung I

Auf Anbieterseite:

- Geringe Kenntnisse sozialer & kultureller Besonderheiten
- Ignoranz von Zugangsproblemen
- Kulturalisierung und Überbetonung von Unterschieden
- Defizitorientierte Sichtweisen
- Befürchtung von Mehraufwand und Überforderung
- Vorurteile und rassistische Haltungen
- Fehlende diversitätssensible Angebote

(Quelle: Dingoyan et al. 2021)

Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung II

Von Seiten der post-/migrantischen Menschen:

- Migrant*innen, die Beratungsstellen für Gesundheitsförderung aufsuchen, haben andere Anliegen wie z.B. aufenthaltsrechtlich, Versorgung nach Gewalterfahrungen oder akute Beschwerden
- Notwendigkeit nicht immer ersichtlich, weil keine akuten Beschwerden Beschäftigung mit Gesundheitsförderung erst, wenn existenzielle Themen bereits behandelt wurden
- Diskriminierungserfahrungen in medizinischen Einrichtungen
- Ressourcen: Offenheit gegenüber geschlechtergetrennten Sportveranstaltungen und gegenüber Gesprächen im vertraulichen Rahmen

(Quelle: Dingoyan et al. 2021)

Altenpflege für Muslime (BAMF 2017)

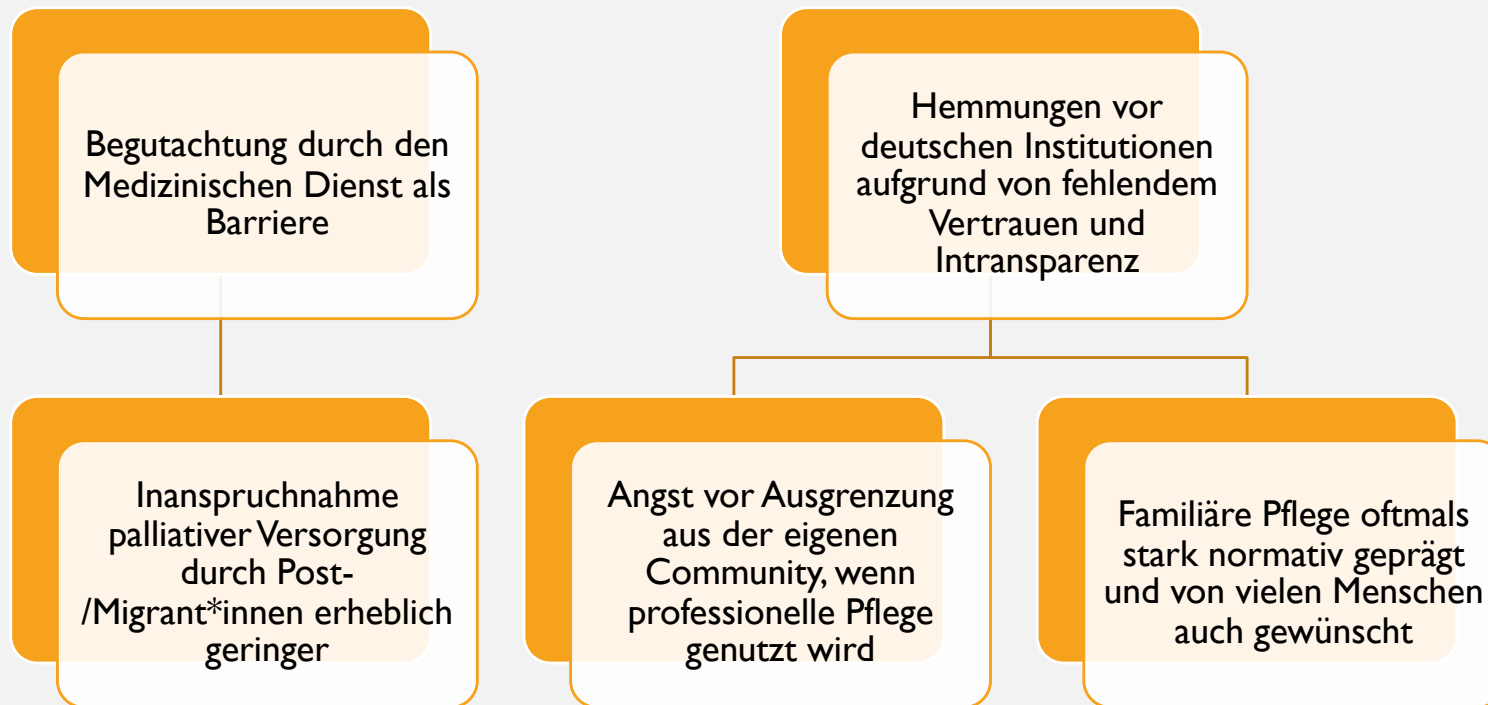
Zentrale Ergebnisse

- Ein Drittel der Befragten ist bereits über Pflege informiert, v.a. selber Betroffene

Pflegeform	...können sich vorstellen...
Pflegeheim	29 %
Wohngemeinschaft	41 %
Tagespflege	65 %
Ambulante professionelle Pflege	95 %

- Stärker Gläubige Muslim*innen ziehen Pflege durch Familie vor
- **Befragte mit einer Pflegebedürftigkeit/pflegebedürftigen Person in der Familie nehmen nur selten professionelle Pflege in Anspruch**

INANSPRUCHNAHME VON PFLEGERISCHER VERSORGUNG



(Quellen: u.a. Tezcan-Güntekin et al. 2022; Kurt & Tezcan-Güntekin 2018; Annac et al. 2024; Strumpen 2018; Henke 2017)

Barrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

- Wissens- und Informationsdefizite
- Finanzielle Gründe
- Sprachliche und kulturelle Barrieren, z.B. Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit
- Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Hemmungen vor deutschen Institutionen
- Fehlendes Verständnis und Unzufriedenheit mit professioneller Pflege
- Angst vor Ausgrenzung, Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen

(Kurt & Tezcan-Güntekin 2017; Piechotta/Matter 2008; Thiel 2013; Glodny/Yilmaz-Aslan 2014;

ASH

Strumpen 2018)

Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund

Dreifache, bzw. Vierfache Fremdheit



Belastungen von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund

- Über Demenz wissen wenige Menschen Bescheid
- Weniger Einbindung in ihre Gemeinschaft
- Ratlosigkeit und Schuldgefühle
- Pflegende Angehörige sind stark belastet

Interviewausschnitt zur Akzeptanz:

„Sie (Anm.: Schwiegermutter und Familienangehörige) akzeptieren es nicht als Krankheit. Weil – Gott sei Dank – er isst und trinkt gut. Für unsere Menschen ist das Essen und Trinken das Wichtigste. Er ist auch noch beweglich, dann ist es in Ordnung. Für uns gelten Kopf-Krankheiten nicht als Krankheit“ (I 6: 279).

(Tezcan-Güntekin & Razum 2018; Tezcan-Güntekin 2018a; Tezcan-Güntekin 2018b)

Gründe für geringe Nutzung von Pflegeleistungen

- Unzufriedenheit mit Angeboten, weil sie „nicht alles“ umfassen (z.B. Körperpflege, Haushalt, Behördengänge, Arztbesuche...)
- Pflege wird aus Verantwortung und Angst um den Angehörigen selber übernommen

„Aber das sind wirklich keine passenden Orte, schon gar nicht für unsere Familie. Wenn wir ihr Kopftuch nur berühren, um es erneut umzubinden, hält sie es sofort fest, weil sie Angst hat, dass ich es nehme. Dort achten sie auf so etwas nicht.“ (I 4: 3).

Inanspruchnahme von Unterstützung

- Ambulante Pflege wird von vielen ausprobiert und nicht genutzt
- Passt selten zum gewohnten Alltag
- Behandlungspflege (z.B. Medikamente organisieren, Verband wechseln) wird eher in Anspruch genommen

Der Aspekt der Muttersprachlichkeit professioneller Pflegeeinrichtungen wäre – auch wenn sie sich in räumlicher Entfernung befinden – ein ausschlaggebender Grund für die Inanspruchnahme:

„Wenn es eine türkische Einrichtung wäre, ich meine die Sprache, weil er wird mit den Damen dort immer versuchen türkisch zu sprechen, aber wenn es eine türkische Einrichtung wäre... Wäre es für ihn auch leichter. Vielleicht wird er der Frau sagen: Kannst du mir Wasser geben oder was anderes.“ (Studie 3; Interview 4, Zeile 470).

Angst vor Stigmatisierung

„`Guck mal, XY hat seinen Vater ins Altersheim gesteckt`. (...) Und davor hatte ich Angst. Das habe ich auch erlebt am Anfang. Also davor hatte ich Angst, dass ich ständig angesprochen (werde), guck mal, die sind sechs Geschwister, die sind nicht mal in der Lage, ihren eigenen Vater zu Hause pflegen. Altersheim. Das wird negativ angesehen, durch diesen gesellschaftlichen Druck hatte ich Angst. Aber als das zu viel wurde, haben wir gesagt: `Das geht nicht, das muss man erklären`“ (I 3: 218).

→ Tabuisierung der Erkrankung (Autos von Pflegediensten vor dem Haus wirken stigmatisierend)

Herausforderungen im Zusammenhang mit transnationalen Lebensweisen im Alter

- Gefahr für die Kontinuität medizinischer, medikamentöser und pflegerischer Versorgung
- Studien zeigen auf, dass die Kontinuität der Einnahme von Medikation durch das Pendeln beeinträchtigt wird (Stern et al. 2022 a,b)
- Medikation für chronische Erkrankungen werden bei türkeistämmigen Versicherten im höheren Alter in bestimmten Quartalen seltener verschrieben
- Pflegegeld kann nur sehr beschränkt und Pflegesachleistungen können im Nicht-EU-Ausland gar nicht beansprucht werden
- Aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und Angst der Migrant*innen vor Folgen verhindern transparente Kommunikation mit z.B. Ärzt*innen

Rassismus und Alter

Rassismuserfahrungen von pflegenden Angehörigen I

Was wir wissen:

- Gesellschaftliches Problem, da Rassismus nahezu in allen Lebensbereichen erlebt wird (z.B. Arbeitssuche, Wohnungssuche, Schule, medizinische Versorgung, auf der Straße, beim Einkaufen)
- Vor allem in den Bereichen Medizin und Pflege erleben mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund rassistische Diskriminierung
- Auch Menschen, die nicht selber betroffen sind, beobachten rassistische Diskriminierungen
- Fast alle Menschen, die ihre Rassismuserfahrungen ansprechen, berichten davon, dass ihnen nicht geglaubt wurde (93,7%)

(DeZIM-Institut 2022/23; Afrozensus 2020)

Zentrale Aspekte von Rassismus

- **Entmenschlichung durch Rassismus**
 - Reduktion von Menschen auf rassistisch-markierende Merkmale
- **Dethematisierung**
 - Ausweichbegriffe wie „Ausländer-/Fremdenfeindlichkeit
 - Kultur-Rassismus (in Bezug auf vermeintliche kulturelle Merkmale und Religion)
- **Noch immer verbreitetes biologistisches Verständnis**
- **Manifestiert sich auf individuellen, strukturellen und institutionellen Ebenen**
- **Gesellschaftliche, strukturelle Machtdynamiken reproduzieren Rassismus**

(Quelle: Expertise Aikins 2025)

Benennung von Erlebtem als rassistische Erfahrung I

- Ältere Menschen aus asiatischen Ländern erleben Diskriminierungserfahrungen, benennen diese jedoch nicht explizit als Rassismus
- Bei der Frage nach „Unfreundlichkeit“ entstehen Narrative, die auch die Befragten hinterfragen lassen, ob es sich nicht doch um Rassismus gehandelt hat
- „Diskriminierung bezieht sich auf die Ungleichbehandlung oder Benachteiligung von Menschen oder Gruppen aufgrund ihnen zugeschriebener Eigenschaften, und das individuelle Erleben von Diskriminierung entsteht in der Wahrnehmung des Opfers

(El-Mafaalani et al. 2017; Hansen 2009b, zit. nach Expertise Kim 2024:4).

Benennung von Erlebtem als rassistische Erfahrung II

- *„Ich war einmal zu einem Pflegedienst gegangen, um eine Möglichkeit der Geldleistung [mit dem „Pflegegrad 1“] wegen der Pflege von meinem Mann zu fragen. Der Mitarbeiter dort war sehr unfreundlich, er gab mir vor der Tür nur eine Liste auf die Alltagshilfen und die unfreundliche Antwort: ‚Nein, ich kann ihre Frage nicht beantworten.‘ Dann hätte er mir noch ausführlicher erklären können, z.B. wo ich mich mit meiner Frage hinwenden soll. Da habe ich gedacht, er ist so, weil ich Ausländer bin?“*
- *„[...] Im Kontext von Behörden und Beratungsstellen habe ich aus eigener Erfahrung oftmals Unfreundlichkeit erlebt. Dabei fühlte ich mich hilflos und ausgeliefert. Ich hatte das Gefühl, dass die Berater*innen dort mich [...] nicht als Bürgerin betrachtet haben. [...] Damit Migrant*innen in Würde alt werden können, wünsche ich mir mehr Anerkennung der Kulturen der Herkunftsländer [...]. Konkret fordere ich, interkulturelles Training für das Personal verschiedener staatlicher Institutionen und eine kostenlose sprachliche Unterstützung für ältere Migrant*innen einzuführen [...]“*

(Quelle: Expertise Kim 2025)

Die Situation einer Familie bei der Entscheidung der Pflegegestaltung

Das Paar wandert in den 1980er Jahren aus der Türkei nach Deutschland aus. Im Alter von 52 Jahren wird bei dem Mann eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert.

Die Diagnose ist ein großer Schock für die Familie mit drei Kindern im Teenageralter. Der Mann gibt seinen Beruf auf, die Frau arbeitet in Teilzeit und pflegt den Mann.

Nach mehreren epileptischen Anfällen wird er im Krankenhaus mit Medikamenten behandelt, die Einweisung in ein Pflegeheim wird durch die Ärzt*innen empfohlen.

Nach einem Sturz weigert sich das Krankenhaus, ihn aufzunehmen. Sie nehmen ihn anschließend widerwillig auf.

Nachdem das Krankenhaus immer mehr Druck ausübt, ihn in ein Pflegeheim einzuweisen, stimmt die Frau zu, obwohl sie ihn weiterhin selbst pflegen möchte.

Kurz vor der Einweisung in das Pflegeheim teilt sie dem Krankenhaus mit, dass sie dazu nicht in der Lage ist und ihn weiterhin zu Hause pflegen wird.

(Quelle: Tezcan-Güntekin 2022)

Rassistische Erfahrungen im Krankenhaus I

Draußen (auf dem Gang) sagte er: „Wir sind hier in Deutschland. Sie können nicht entscheiden, wie Sie möchten.“ Wir waren schockiert. (...) Wissen Sie, wie der Mann uns angeschrien hat? Ich kann es Ihnen nicht schildern. Er sagte: „Diesen Patienten nehmen Sie morgen mit.“ Es war Montag, am Donnerstag sollten die Dinge (Pflegehilfsmittel) kommen. (...) In diesem Krankenhaus wurde uns immer gesagt: „Er wird sterben, er wird sterben.“ Im Gang sagten sie zu meinen Kindern „Euer Vater wird sterben.“ Wir wollten eine PEG, sie haben gesagt, dass er sterben wird und sie nichts mehr für ihn tun werden, wir sollten woanders hingehen. Uns wurde dort gar nicht geholfen. (Interview 9, Zeile 375ff)

„Er ging uns anschreiend weg. Er bleibt nicht einmal stehen, um im Stehen mit uns zu sprechen. Wir waren dort mit meiner Tochter und eine Freundin war dabei. Er kam schreiend heraus und ging schreiend weiter. Hier sind ja nur Hunde. Die Hunde sollen zuhören.“ (ebd. Z. 1454-1457)

Rassistische Erfahrungen im Krankenhaus II

Das Erlebte wirkt bei der Ehefrau noch sehr lange intensiv nach. Bis zum Schluss des Interviews greift sie das Erlebte immer wieder auf

„Sie wussten, dass ich Ausländerin bin. Das hätten sie mit einer Deutschen nicht machen können. Eine Deutsche könnten sie mitten auf dem Gang nicht so anschreien. Und dabei kann meine Tochter sehr gut deutsch sprechen. Aber sie konnte nichts antworten. Weil wir so etwas nicht erwartet haben“ (Interview 9, Zeile 441-446)

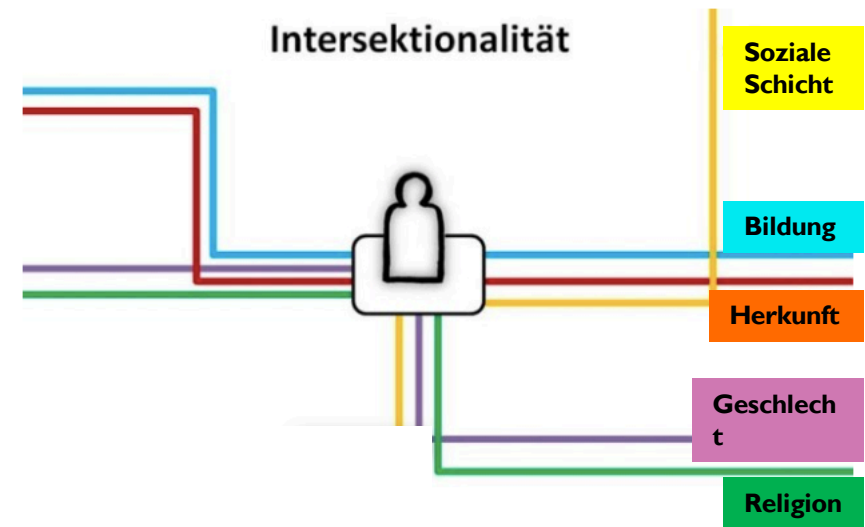
“Mit deutschen Angehörigen wird drinnen (im Arztzimmer) gesprochen. Mit den Türken wird draußen (auf dem Gang) schreiend gesprochen. Sie haben das gemacht, sie haben das wirklich gemacht. Danach hat sich eine Freundin, die bei uns war, darüber beschwert. Ich weiß nicht, was daraus geworden ist. (...) Einen Deutschen hätten sie in dem Zustand nicht wegschicken können, er war sehr krank.“ (Interview 9, Zeile 1438-1442, 1479)

Gefahr der Mehrfachdiskriminierung bei Pflegebedürftigkeit

- Pflegebedürftigkeit kommt zu bereits vorhandenen Lebensumständen DAZU
 - Kann Benachteiligungen verstärken und zu Mehrfachdiskriminierung führen
 - Angehörige und Pflegebedürftige müssen mit all ihren „Päckchen“, die sie im Gepäck haben, wahrgenommen werden
- Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Pflege, die Migration, aber auch andere Besonderheiten des Menschen in den Blick nimmt
- **Wir sprechen hier von Intersektionalität, bzw. einer intersektionalen Perspektive**

Definition „Intersektionalität“

„Unter Intersektionalität wird (...) verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden müssen.“ (Walgenbach 2012: 81).



© kulturshaker.de

- Dieser Ansatz bezieht gesellschaftlich wirkende Machtmechanismen ein
- Hinterfragt, welche Kategorien von wem als relevant konstruiert werden
- Richtet den Blick auf (oft unsichtbare) Mehrfachdiskriminierungen

Folgen der Diskriminierung für Pflegebedürftige/Angehörige

Hengelaar et al. (2024) I

- Befragte fühlen sich „nicht gehört“ und mit ihren Anliegen nicht „ernst genommen“ (Silencing, Gaslighting)
- Sie fühlen sich reduziert auf ihren Migrationsstatus
- Sowohl kontextuelle Faktoren als auch sich überschneidende Diversitätsmerkmale ausschlaggebend
- Es wurde deutlich, dass die Erfahrungen vielschichtig waren und normativ davon geprägt, wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sich in der Pflege verhalten sollen
- Mangel an diversitätsorientierter Pflege in den Pflegeorganisationen

Folgen der Diskriminierung für Pflegebedürftige/Angehörige

Hengelaar et al. (2024) II

- 10 der befragten Personen schildern, dass sie Misstrauen durch Professionelle erfahren, weil sie keine niederländischen Staatsbürger sind
- Sowohl fehlendes Vertrauen gegenüber den Professionellen als auch die Wahrnehmung „es nicht Wert zu sein“ Pflegeleistungen zu erhalten
- In Pflegeeinrichtungen: immer wieder prüfen, ob kein Schweinefleisch oder Alkohol im Essen ist oder zur Kirche mitgenommen werden, weil Ostern ist
- Freude darüber, dass noch eine surinamesische Patient*in auf die Station kam, dann wurden sie aufgefordert, nur niederländisch zu sprechen, weil es die anderen Menschen dort stört, wenn sie die Muttersprache nutzen

Folgen der Diskriminierung für Pflegebedürftige/Angehörige

Hengelaar et al. (2024) III

- *„Mein Sohn ist aufgrund seiner Behinderung im Rollstuhl. Eine Gruppe von Bewohnern wurde nach draußen gerollt, um das schöne Wetter zu genießen, und mein Sohn wurde an den einzigen komplett sonnigen Platz am Tisch gesetzt. Da wir aus Marokko kommen, können wir die Hitze ganz gut ertragen, aber wir genießen die Hitze meistens im Schatten. Er bekam einen so starken Sonnenbrand, dass er Blasen auf der Haut hatte. Als ich mich über diese Situation beschwerte, erhielt ich als Antwort, dass man davon ausging, dass er aufgrund seiner Hautfarbe keinen Sonnenbrand bekommen könne. Es folgte weder eine Entschuldigung noch das Versprechen, dass dies nicht mehr vorkommen würde“ (Frau Sardjoe).*
- Professionelle Pflegekräfte schützen sich gegenseitig, indem sie sagen, dass ihr Kollege es wahrscheinlich nicht so gemeint habe, was die Situation für die betroffenen Angehörigen noch schmerzhafter machte.

GESELLSCHAFTLICH TRADIERTE
MACHTASYMMETRIEN WERDEN IM
GESUNDHEITSWESEN REPRODUZIERT UND
WIRKEN SICH UNMITTELBAR AUF
MENSCHENLEBEN AUS!

Schlussfolgerung

- Medizinische und pflegerische Angebote sind immer noch zu wenig sensibilisiert für Bedürfnisse unterschiedlicher Menschen (z.B. post-/migrantische Menschen)
- Angehörige fühlen sich sehr belastet, erleben Stigmatisierung von Seiten der eigenen Community und teilweise rassistische Diskriminierung durch Professionelle
- Die Ohnmachtserfahrungen, die durch die Pflegebedürftigkeit schon vorhanden sind, steigern sich durch die Diskriminierung und führen zu Rückzug und fehlender Inanspruchnahme

Intersektionale
Perspektive

Diskriminierungs- und
rassismuskritische
Versorgung

Diskriminierungs- und
rassismuskritische
Forschung

Wozu eine diversitätssensible Öffnung, wenn wir bereits mit der Kultursensibilität genug zu tun haben?

- Bevölkerungsgruppen sind in sich sehr unterschiedlich, es gibt z.B. keine „russischen“ oder „türkischen“ Bedürfnisse → „Schubladendenken“
- Kulturalisierung als Gefahr: Konflikte werden mit kulturellen Unterschieden begründet
- Kultur ist nicht nur Religion, Herkunft, Sprache → greift zu kurz
- **Tatsächlich vorhandene Bedürfnisse, Stärken und Diskriminierungen von Menschen werden nicht erkannt, wenn nur ein Diversitätsmerkmal in den Blick genommen wird!**

Es geht um Gesundheitsförderung und Prävention...

- Versuchen Sie, diskriminierungskritische Ansätze in Ihre Einrichtungen zu implementieren (z.B. Kollegiale Beratungen, Fortbildungen, Diversitätssensible Organisationsentwicklung)
- Schaffen Sie Anlaufstellen für diskriminierungs- und rassismusbetroffene Menschen, um die Ohnmacht zu verringern
- Rassistisches und diskriminierendes Verhalten sollte klar festgelegte Konsequenzen haben
- Am Wichtigsten: Stellen Sie die erlebten Erfahrungen nie in Frage oder relativieren diese!

Die folgenden Folien je nach verbliebener Zeit

Was ist notwendig, um die benannten Ungleichheiten zu verringern und Teilhabechancen zu erhöhen?

Auszug aus den Empfehlungen des Neunten Altersberichts I

Handlungsfeld „Individuelle Handlungsspielräume schaffen und Teilhabechancen eröffnen“

Empfehlung 12: Niedrigschwellige Angebote der verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen ausweiten

- Angebote sollten zugehend gestaltet werden
- Räume, in denen sich post-/migrantische Communities bewegen, wie z.B. Glaubensgemeinschaften, Migrantenselbstorganisationen stellen (weitgehend) geschützte Räume dar, in denen Menschen annehmen, weniger Diskriminierung zu erfahren
- Dort ist es einfacher, Neues anzunehmen, weil es einen Vertrauensvorschuss gibt

Was ist notwendig, um die benannten Ungleichheiten zu verringern und Teilhabechancen zu erhöhen?

Auszug aus den Empfehlungen des Neunten Altersberichts II

Handlungsfeld „Vielfalt anerkennen und Ungleichheit bekämpfen“

2. Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von Rassismus verhindern.

Um Benachteiligungen aufgrund von Migrationsgeschichte und verschiedenen (sozio-)kulturellen Merkmalen wirksam zu bekämpfen, muss interpersoneller und struktureller Rassismus systematisch aufgedeckt und kommuniziert werden. Zum Abbau von interpersonellem und strukturellem Rassismus sollten evidenzbasierte Maßnahmen entwickelt werden, die intersektionale Verschränkungen von sozialer Ungleichheit berücksichtigen, dabei sollte das Erfahrungswissen von Betroffenen und Expert*innen aus den Communities und Community-Selbsthilfeorganisationen partizipativ einbezogen und finanziell gewürdigt werden. In diesem Zusammenhang sollten konkrete Indikatoren entwickelt und in altersbezogenen Förderplänen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verankert werden, um eine rassismussensible und diskriminierungskritische Arbeit mit älteren Menschen in öffentlichen Einrichtungen sicherzustellen (wie z. B. im Landesförderplan „Alter und Pflege“ in NRW).

Es sollten rassismuskritische Ansätze zur Sensibilisierung des Personals in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe und der öffentlichen Verwaltung entwickelt und umgesetzt werden. Für ältere Menschen mit Rassismuserfahrungen sollten in diesen Einrichtungen Beschwerdestellen etabliert werden. Vor Ort sollten Maßnahmen zum Empowerment (Selbstbefähigung) durchgeführt werden, um ältere Menschen dafür zu sensibilisieren, erlebten Rassismus zu identifizieren und zu benennen und um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich Gehör zu verschaffen. Hierzu sollten Kommunen oder zivilgesellschaftliche Institutionen (z. B. Träger der freien Wohlfahrtspflege) Räume bereitstellen.

Was ist notwendig, um die benannten Ungleichheiten zu verringern und Teilhabechancen zu erhöhen?

Auszug aus den Empfehlungen des Neunten Altersberichts III

Handlungsfeld „Vielfalt anerkennen und Ungleichheit bekämpfen“

Empfehlung 5: Altenhilfe und Altenhilfestrukturen diversitätssensibel gestalten

- **Personal sollte diversitätssensibel fortgebildet werden – kontinuierlich**
- **Lebensweltorientierte Angebote partizipativ gestalten**
- **An bestehende Strukturen anbinden**

Um für alle älteren Menschen möglichst gleiche Zugangschancen zu Angeboten der Altenhilfe zu schaffen, sollten diese flächendeckend und niedrighschwellig, diskriminierungs- und stigmatisierungsfrei, bedarfs- und ressourcenorientiert, kultur- und differenzsensibel, wertschätzend und partizipativ ausgestaltet sein.

Screenshots aus dem 9. Altersbericht, S. 270ff

Abschluss: Die intersektionale Perspektive ist ausschlaggebend für das Verständnis von Lebenswelten älterer Menschen und Förderung der Teilhabe

- Biografiearbeit hat einen zentralen Stellenwert in der Arbeit mit älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen
- Ungleiche Teilhabechancen sind nicht (nur) ein Resultat der Lebensphase Alter. Diversitätsgerechte Politik ist verantwortlich für den Abbau sozialer Ungleichheit in allen Bereichen der Gesellschaft (Bildung, Zuwanderungsbedingungen...)
- Diversitätsgerechte Politik für Teilhabe im Alter ist nur dann erfolgreich, wenn sie an den im Bericht skizzierten multidimensionalen Ungleichheitsstrukturen ansetzt
- Diskriminierungsstrukturen und Rassismus sind gesellschaftlich tief verankert und können nicht nur auf der Ebene der älteren Menschen bearbeitet werden
- Die intersektionale Perspektive macht deutlich, dass zur wirksamen Verbesserung prekärer Lebenssituationen ein ressortübergreifender Politikansatz notwendig ist

Diversity-On: A Diversity-Sensitive Online Self-Help Program for Family Caregivers—A Protocol for a Mixed Methods Study

Kübra Annac , Mualla Basyigit, Sümeyra Öztürk, Ela Rana Örs, Tugba Aksakal, Christina Kuhn, Anja Rutenkröger, Hürrem Tezcan-Güntekin, Yüce Yilmaz-Aslan, Patrick Brzoska

First published: 10 September 2024 | <https://doi.org/10.1111/jan.16443>

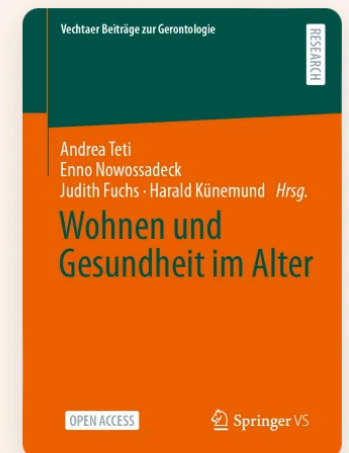
Funding: The study, Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. Entwicklung und Evaluation eines diversitätssensiblen Online-Selbsthilfeangebots zur Stärkung des Selbstmanagements am Beispiel von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (Diversity-On), is funded by the Federal Joint Committee (G-BA) (funding reference 01VSF22048).

[Home](#) > [Wohnen und Gesundheit im Alter](#) > Chapter

Perspektive türkeistämmiger pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz auf Pflege- und Wohnarrangements

Chapter | Open Access | First Online: 24 May 2022

pp 155–174 | [Cite this chapter](#)





healthcare



Article

What Self-Management Skills Do Turkish Caregivers Have in Caring for People with Dementia? Results of a Qualitative Survey

Yüce Yılmaz-Aslan ^{1,2} , Kübra Annac ^{1,2} , Tugba Aksakal ^{1,2} , Hüriyet Yılmaz ³, Sibille Merz ⁴ ,
Diana Wahidie ² , Oliver Razum ^{1,*} , Patrick Brzoska ²  and Hürrem Tezcan-Güntekin ^{1,4} 

Zum Nachlesen II:



Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und -lagen in ihrer Gesundheit und im Umgang mit chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu fördern, verlangt von Gesundheitsfachkräften, Interventionen nicht nur für, sondern auch mit »Nutzer*innen« und ihrem Umfeld zu gestalten. Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich dabei, und wie kann die Förderung der Gesundheit im Kontext von chronischer Krankheit speziell als Aufgabe professioneller Pflege verankert werden?

Kerstin Hämel / Gundula Röhnsch (Hrsg.)
**Förderung von Gesundheit
und Partizipation bei
chronischer Krankheit
und Pflegebedürftigkeit
im Lebensverlauf**

Reihe: Gesundheitsforschung
2022, 264 Seiten
broschiert, € 39,95
ISBN 978-3-7799-6323-3
Auch als [PDF](#) erhältlich

Zum Nachlesen III

Hürrem Tezcan-Güntekin

Diversität und Pflege

Zur Notwendigkeit einer intersektionalen
Perspektive in der Pflege

Erschienen 2020 in:

**Aus Politik und Zeitgeschichte, Edition
"Pflege" der Bundeszentrale für
politische Bildung**

Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft 23. Jg. 2018 H.1

Beiträge

Hürrem Tezcan-Güntekin, Oliver Razum

Pflegende Angehörige türkeistämmiger Menschen mit Demenz – Paradigmenwechsel von Ohnmacht zu Selbstmanagement

Family caregivers of Turkish people with dementia – paradigm shift from
powerlessness to self-management



Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
16.09.2025

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Hürrem Tezcan-Güntekin".

Zum Nachlesen IV

Ethik Med (2018) 30:221–235
<https://doi.org/10.1007/s00481-018-0491-y>



ORIGINALARBEIT

Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethische Konflikte im medizinischen und pflegerischen Alltag

Hürrem Tezcan-Güntekin

Tezcan-Güntekin, H., et al. (2022): Ethical and Methodological Challenges in Research with Hard-to-Reach Groups: Examples from Research on Family Caregivers for Migrant Older Adults Living with Dementia. In: The Gerontologist 62(6)

[Link zur Monographie zu diesem Thema:](#)

Tezcan-Güntekin, H. (2018): Stärkung von Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz. Hochschulschriften der Universität Bielefeld. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2932147>



Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
16.09.2025

Hürrem Tezcan-Güntekin

Vielen Dank für Ihr Interesse an diesem wichtigen Thema!

Alice Salomon Hochschule
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

tezcan@ash-berlin.eu

www.ash-berlin.eu



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences