

Rassistische Diskriminierung – Fokus auf Pflegebedürftige und pflegende Angehörige



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Alice Salomon Hochschule Berlin

Fachveranstaltung „Rassistische Diskriminierung in der Langzeitpflege“, 28.06.2022

Gliederung

- Wer ist eigentlich von Rassismus betroffen?
- Definition Intersektionalität im Kontext des Critical Diversity Diskurses
- Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland
- „Barrieren“ bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen
- Erste Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse „Rassistische Diskriminierungserfahrungen von türkeistämmigen pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen“
- Fazit und Hinweis auf das Schulungsangebot „Vielfalt Pflegen“
- Von Kultursensibilität zu diversitätssensible Pflege – Nicht-Benennung von Rassismus

Wer ist eigentlich von Rassismus betroffen?

ZUSAMMEN-
FASSUNG

Rassistische Realitäten

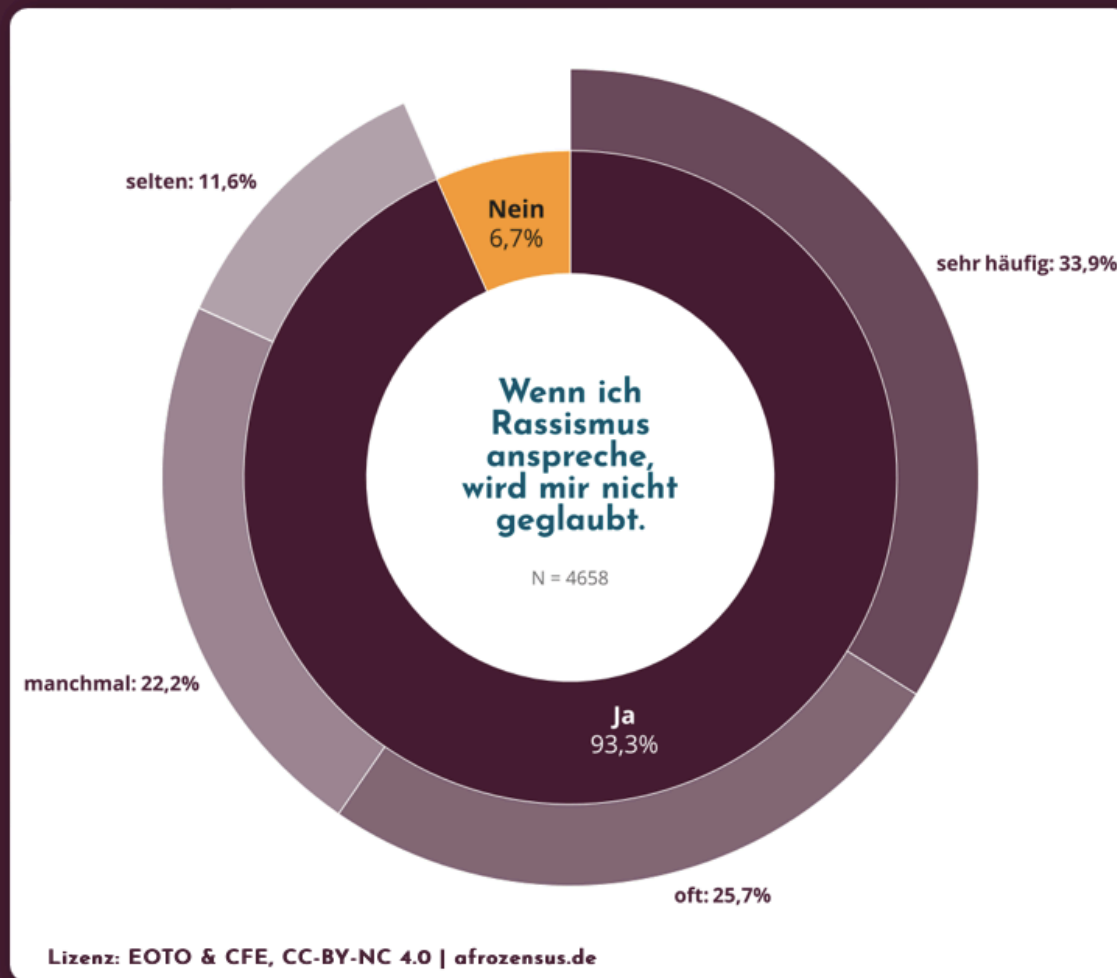
Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander?

Wer ist eigentlich von Rassismus betroffen?

- Rassismus ist ein strukturelles, gesamtgesellschaftliches Problem, das vor allem mit gesellschaftlich tradierten Machtstrukturen zusammenhängt
- 22% der Befragten sind von Rassismus direkt betroffen
- 58% der potentiell rassifzierten Personen geben an, bereits Rassismuserfahrungen gemacht zu
- Indirekt betroffen ist ein großer Teil der Bevölkerung: 49% kennen eine rassifizierte Person, 45% haben bereits einen rassistischen Vorfall beobachtet
- Nur 35% der Bevölkerung gibt an, noch nie direkt oder indirekt von Rassismus betroffen gewesen zu sein
- Fast jede zweite befragte Person ist sich darüber bewusst, dass es nicht nur ein individuelles, sondern auch ein institutionelles/strukturelles Problem ist

Afrozensus 2020

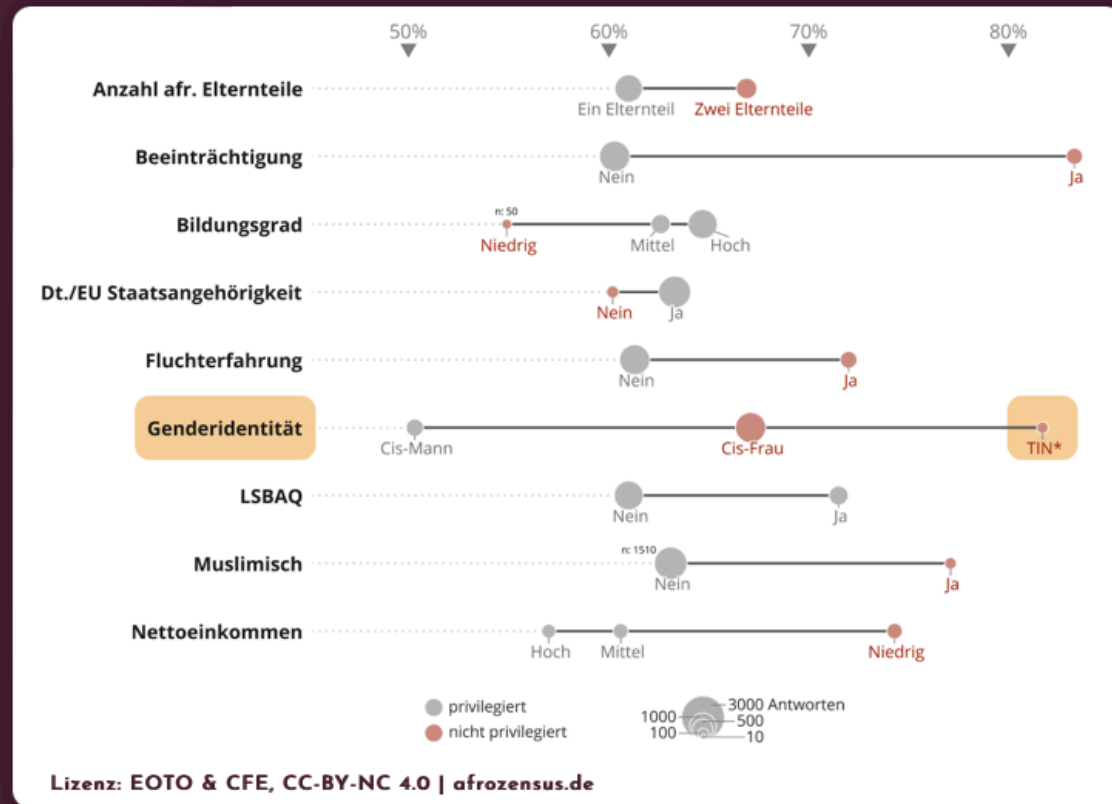
Über 90 % geben an, dass ihnen nicht geglaubt wird, wenn sie Rassismus ansprechen.



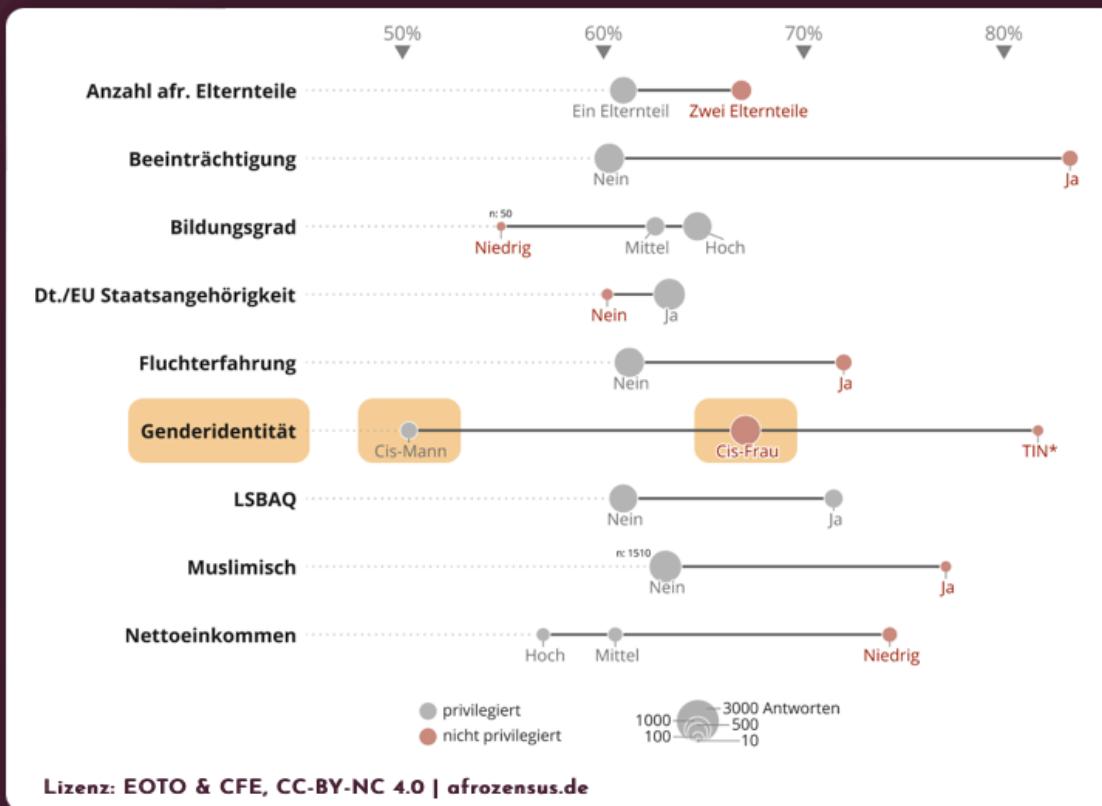
Der Afrozensus 2020

Im Bereich Gesundheit und Pflege erfahren z. B. Schwarze trans*, inter* und nicht-binäre Menschen besonders häufig Diskriminierung.

Im Vergleich zu Cis-Menschen geben sie hier am häufigsten an, Diskriminierung zu erleben (81,7 % von n = 104).



Der Afrozensus 2020

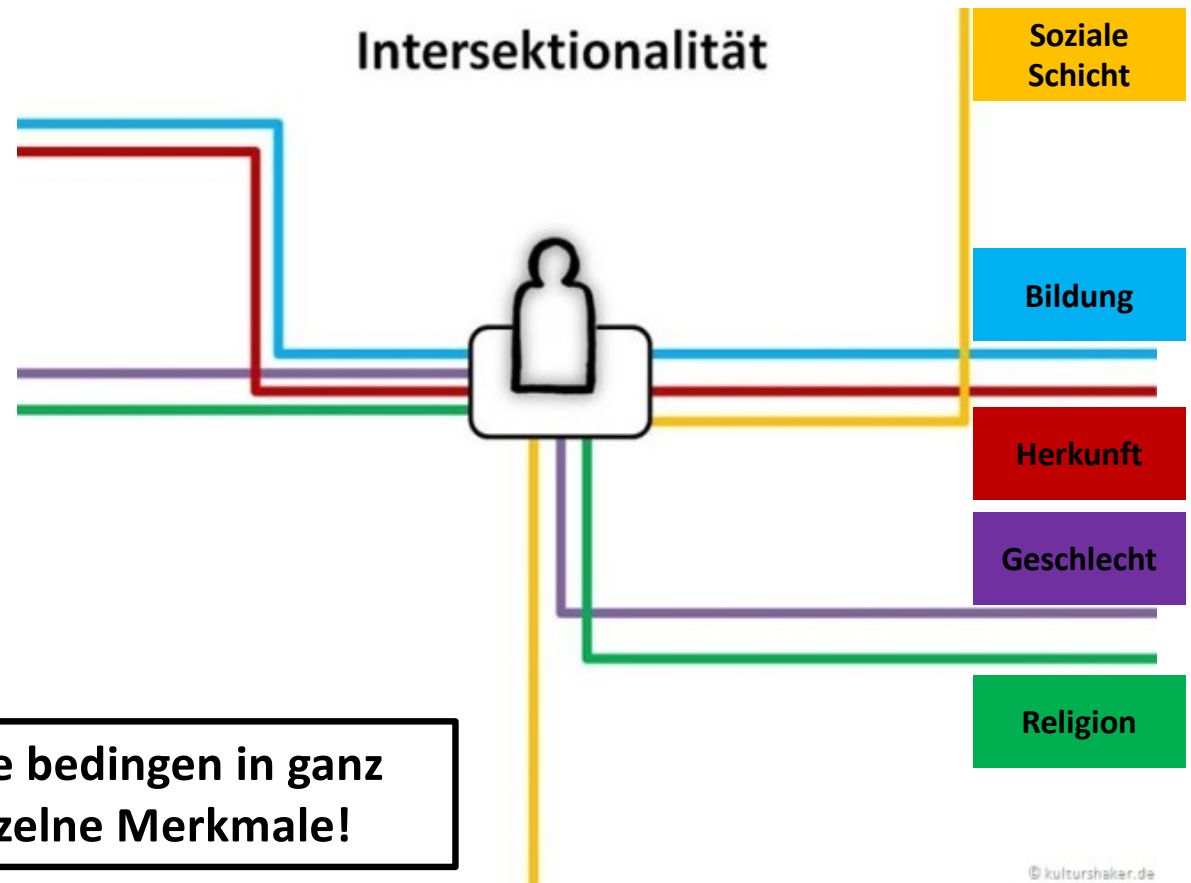


Von den Cis-Männern geben 50,3 % an, in diesem Bereich diskriminiert worden zu sein und von den Cis-Frauen 67,1 %.



Definition „Intersektionalität“

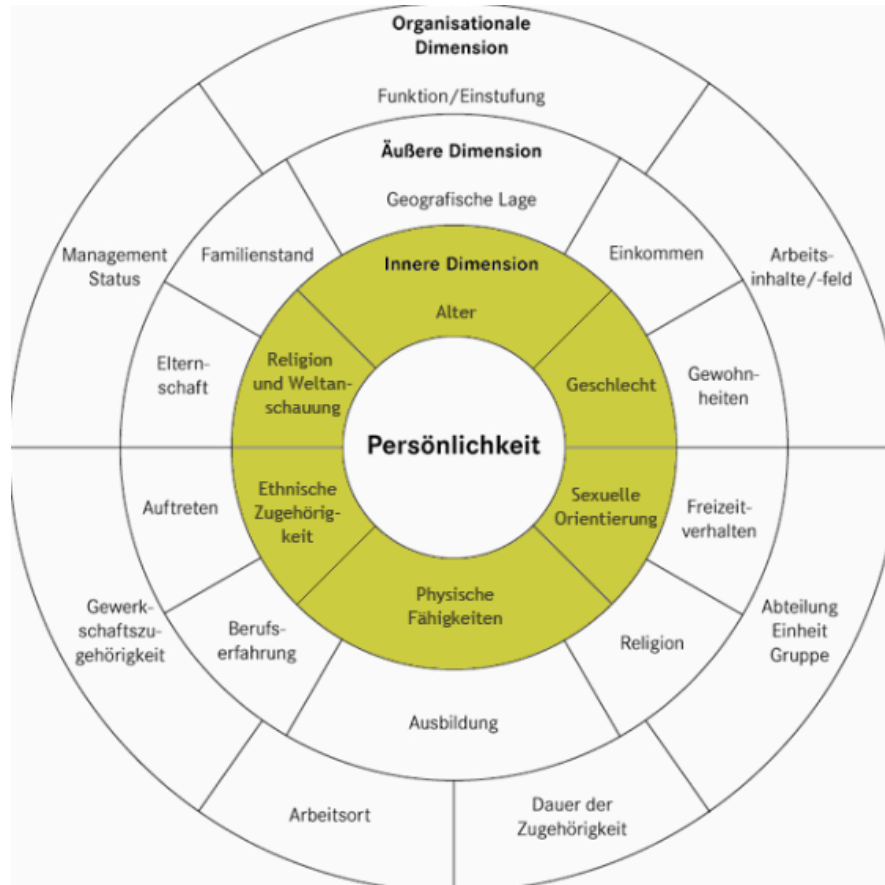
„Unter Intersektionalität wird (...) verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden müssen.“ (Walgenbach 2012: 81).



© kulturshaker.de

→ Sich überschneidende Merkmale bedingen in ganz anderer Weise Ungleichheit als einzelne Merkmale!

Diversity Management vs. Critical Diversity



Kritik am Diversity Management-Ansatz:

- beachtet Machtverhältnisse nicht
- wirkt normativ und ausgrenzend
- lässt die Fluidität von Diversitätsmerkmalen und Identitäten unbeachtet

Critical Diversity fokussiert u.a.

- wie Differenz konstruiert wird und inwiefern das von Machtstrukturen abhängt
- Ungleichheiten und Diskriminierung

(Bildquelle: Techn. Hochschule Mittelhessen in Anlehnung an Gardenswartz et al. 2008, Zanoni et al. 2010)

Migration, Alter, Pflegebedürftigkeit – Um wen geht es dabei in Deutschland?

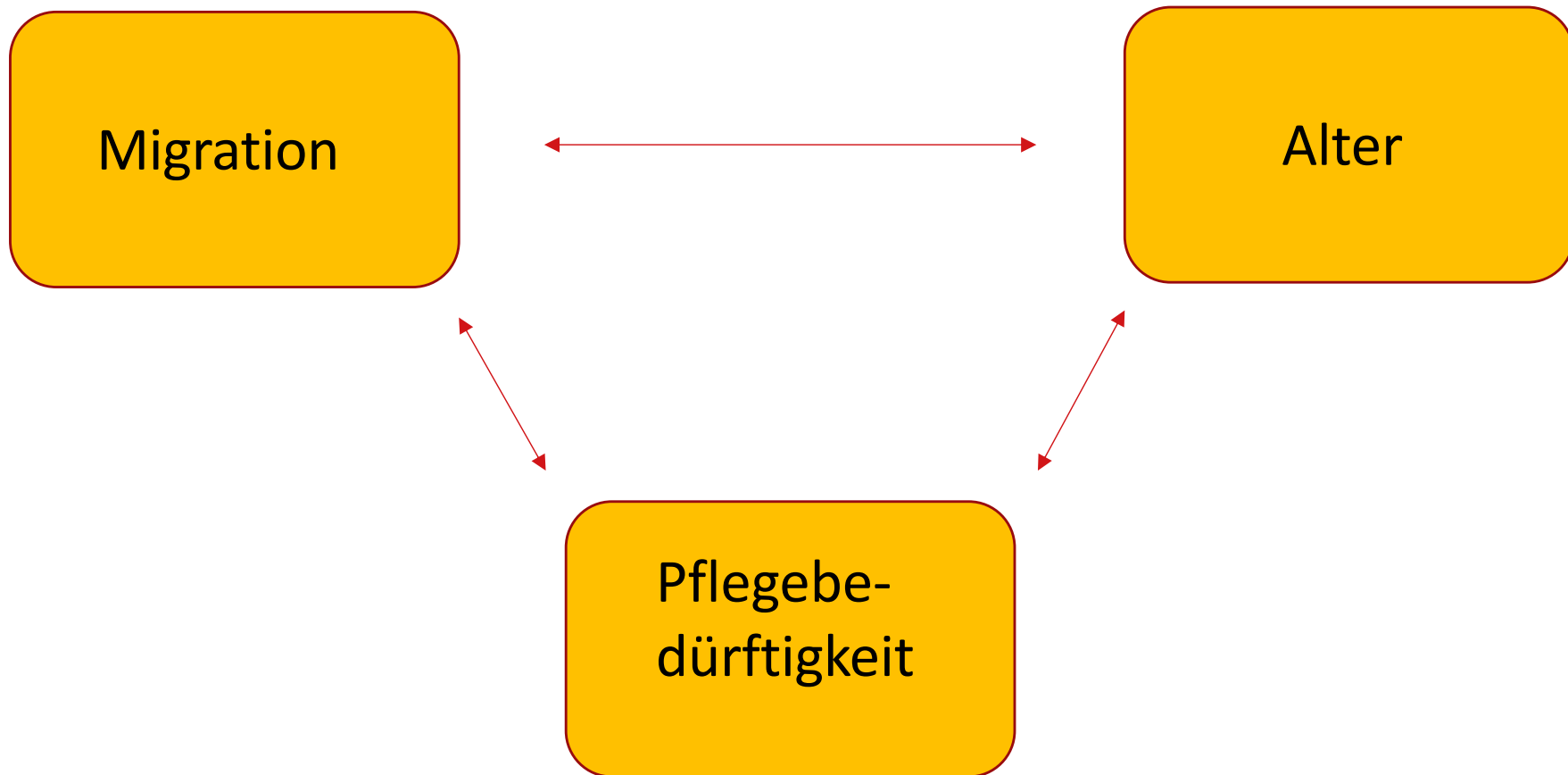


Abbildung: Zusammensetzung der älteren Bevölkerung (65+) mit eigener Migrationserfahrung

18%

Sonstige Migrantinnen und Migranten, u.a. Geflüchtete und Asylsuchende, aus einer großen Zahl von Ländern der übrigen Welt

32%

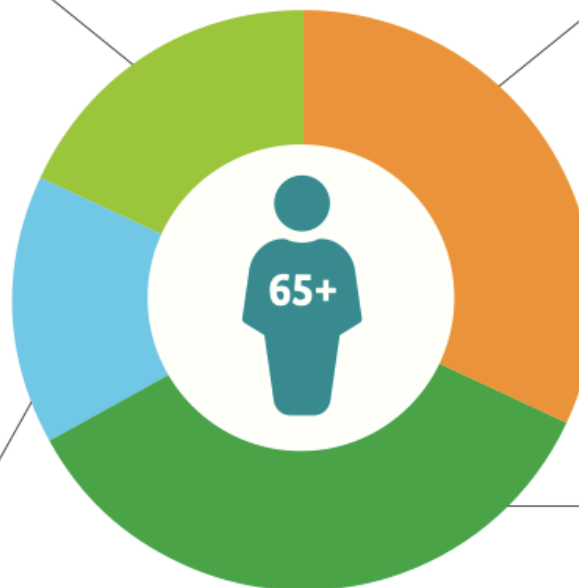
(Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion bzw. ab 1991 aus deren Nachfolgestaaten und aus weiteren osteuropäischen Staaten, insbesondere Polen und Rumänien

15%

Migrantinnen und Migranten aus der EU (ohne die Länder mit früheren Anwerbeabkommen)

35%

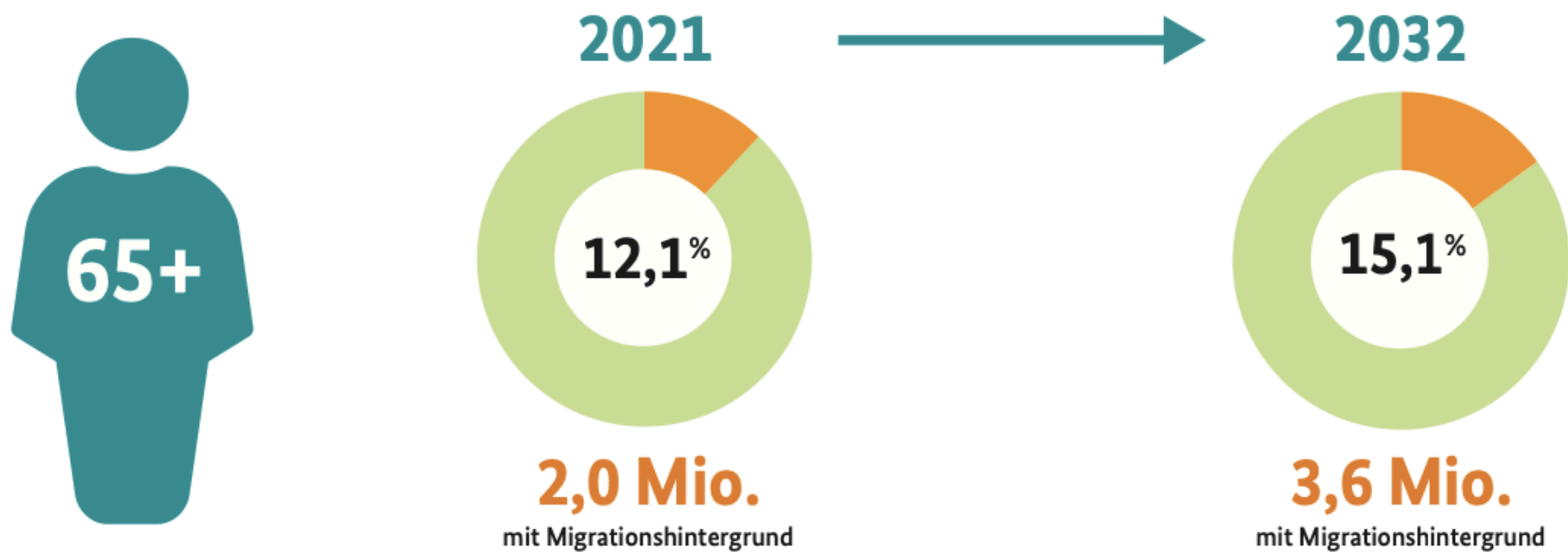
Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus Gastarbeiteranwerbestaaten (Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien, ehem. Jugoslawien und Südkorea)



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen

Bildquelle: Olbermann/BAGSO 2021: 9

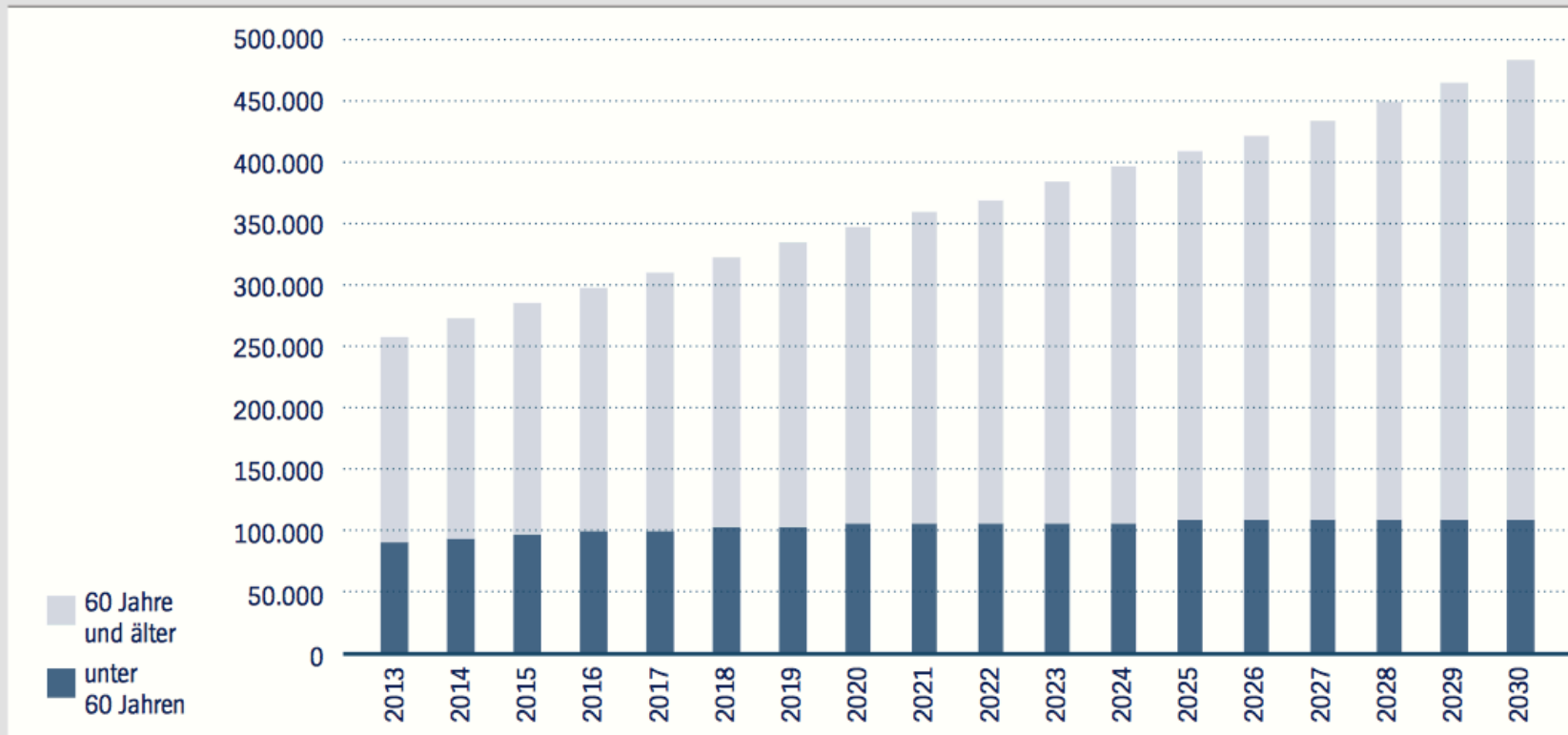
Abbildung: Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund



Bildquelle: Olbermann/BAGSO 2021: 8

Vorausberechnungen: Migration und Pflege

Anzahl pflegebedürftiger Migranten 2013 bis 2030



Die Anzahl pflegebedürftiger Migranten wird in den nächsten Jahren stark steigen. Das betrifft vor allem diejenigen Migranten, die 60 Jahre und älter sind. Wie immer bei Prognosen mussten in der Berechnung Annahmen gemacht werden. Da keine Daten zu Pflegequoten (gemeint ist damit der Anteil der Pflegebedürftigen an der Population) bei Migranten vorlagen, wurden für die Berechnung die Pflegequoten der Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015 und FES 2015; G+G Wissenschaft 2017

→ Neue Herausforderungen für die pflegerische Versorgung einer wachsenden, heterogenen Bevölkerung

Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund



- Durchschnittsalter von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund niedriger als in der Gesamtbevölkerung
- Die Pflegestufe bei Migrant*innen liegt häufiger (15%) bei der Pflegestufe III als bei deutschen Pflegebedürftigen (9%)
- Türkeistämmige Menschen werden zu 98% zu Hause von Angehörigen gepflegt

Barrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

- Wissens- und Informationsdefizite
- Finanzielle Gründe
- Sprachliche und kulturelle Barrieren, z.B. Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit
- Begutachtung durch den MDK als Barriere
- Hemmungen vor deutschen Institutionen
- Fehlendes Verständnis und Unzufriedenheit mit professioneller Pflege
- Angst vor Ausgrenzung, Diskriminierungserfahrungen

(Kurt & Tezcan-Güntekin 2017; Piechotta/Matter 2008; Thiel 2013; Glodny/Yilmaz-Aslan 2014; Strumpfen 2018)



Barrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen – mit Fokus auf rassistische Diskriminierung

- Wissens- und Informationsdefizite
- Finanzielle Gründe
- Sprachliche und kulturelle Barrieren, z.B. Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit
- Begutachtung durch den MDK als Barriere
- Hemmungen vor deutschen Institutionen
- Fehlendes Verständnis für und Unzufriedenheit mit professioneller Pflege
- Angst vor Ausgrenzung, Diskriminierungserfahrungen

(Kurt & Tezcan-Güntekin 2017; Piechotta/Matter 2008; Thiel 2013; Glodny/Yilmaz-Aslan 2014; Strumpfen 2018)



Studie: Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz I

- Durchgeführt an der Universität Bielefeld – gemeinsam mit Prof. Dr. Oliver Razum
- 10 problemzentrierte Interviews mit 12 pflegenden Angehörigen türkeistämmiger Menschen mit Demenz (Witzel 2000)
- 11 Expert*inneninterviews mit Professionellen, die demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund betreuen/versorgen (Gläser & Laudel 2002)
- Analyse der Daten mit der zusammenfassenden und strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015)
- Erste Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse im Hinblick auf rassistische Diskriminierung, qualitative Inhaltsanalyse & Dokumentarische Methode (Bohnsack 2000) (01/2022-09/2022)

Förderung der Primärstudie:
Ministerium für Innovation,
Wissenschaft und Forschung NRW

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
28.06.2022

Handwritten signature

Rassistische Diskriminierung bei der Pflegeberatung

- Eine Angehörige sucht die Pflegeberatung der Stadt auf und berichtet:

„Ich bin zur Stadt gegangen, und habe gesagt „bitte helft mir, ich brauche Unterstützung, finanzielle Unterstützung“. Und dort... ich dachte früher, dass sie sie einfach wegnehmen, weißt Du? Und hatte sofort einen Weinkrampf. Wer wird wen von wem wegnehmen? Aber das realisierst Du in dem Moment nicht. Es ist so, als wenn sie Dein Kind wegnehmen würden“ (Interview 9, Zeile 1407-1413)

Angehörige: „Zum Beispiel gibt es ein neues Gesetz. Das sollten sie einem schön erklären. Ohne einen anzumeckern. (...)“

Interviewerin: „Schätzen sie es nicht wert?“

Angehörige: „Nein, sie schätzen es nicht wert. Wenn Du dahin gehst, behandeln sie Dich von oben herab. Du vergisst, was Du besprechen wolltest. Als wenn ich ihnen Geld aus der Hand nehmen würde. Verstehst Du? Als wenn sie das Geld aus ihrer eigenen Tasche bezahlen müssten. (...) Das ist schlimm. Und dann möchtest Du da nicht mehr hingehen“ (Interview 9, Zeile 793-817)

Unterlassene Inanspruchnahme von Unterstützung aufgrund von Angst vor rassistischer Diskriminierung

- 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).

Biografische Erfahrungen der Pflegebedürftigen

→ *«Weißt Du, was die Deutschen früher sagten? Dass die Lebensversicherung der Türken ihre Kinder sind. Aber wir verlassen dieses System langsam. Vielleicht haben wir es auch schon verlassen.» (Interview 6, Zeile 1252-1254)*

→ *„Mir tut diese Generation leid. Diese Generation wurde schwer ausgenutzt, schlecht behandelt und ist erschöpft. Sie haben in schweren Tätigkeiten gearbeitet, konnten ihre Rechte nicht einfordern. (...) Eine andere Generation, ein anderes Land, etwas ganz anderes. Manche haben ihre Kinder verloren. Manche ihrer Kinder haben sich hier verloren. So ist ihr Leben vergangen. Sie haben viel Leid erfahren. Wir tragen die Spuren davon, aber unsere Kinder wollen das nicht mehr akzeptieren“ (Interview 4, Z. 1203)*

Zusätzliche Inanspruchnahme von Beratung bei einem türkeistämmigen Sozialpädagogen

Angehöriger: „Das ist für mich ein Zeichen, obwohl ich selber 42 Jahre in Deutschland lebe, kein gegenseitiges Vertrauen, kein Wohlfühlen. Es gibt keine andere Erklärung für mich. Misstrauen gegenüber dieser Gesellschaft, nicht Akzeptanz, nicht wahrnehmen, nicht gleichberechtigt behandelt oder handeln. Ja, können Sie sich vorstellen, ich kenne sehr viele, ich will keine Namen nennen, es gibt psychisch kranke Menschen, die Institution gibt es, diese Menschen, die behandeln regelmäßig bzw. sie haben gesetzliche Betreuung, nicht nur gesetzlich, institutionelle Betreuung. Sie kommen, sie gehen heimlich auch woanders hin. Zu mir zum Beispiel. Ich habe vier Personen, die 100 % weiß ich, sie werden psychisch betreut von einer Institution, dafür kriegen sie auch Geld, sie kommen aber parallel auch zu mir.“

Interviewerin: „Weil sie sich vielleicht anders verstanden fühlen.“

Angehöriger: „Ja, Vertrauen. Anders verstehen, ja. Gleichberechtigt handeln. Gleichberechtigt handeln. Das ist, denke ich, A und O, egal wo, ob Türkei oder in Deutschland. Werde ich gleichberechtigt behandelt?“

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

Hürrem Tezcan-Güntekin

Falldarstellung 1⁴: Übergang stationäre Versorgung in Folgeversorgung

Dieser Fall basiert auf der Darstellung aus der Perspektive der Ehefrau.

Ein türkeistämmiger Mann (Herr U.), der in den 1980er Jahren mit seiner Frau (Frau U.) aus der Türkei nach Deutschland migriert ist, erhält mit 52 Jahren eine Demenzdiagnose. Die Diagnose ist für seine Frau und seine drei Kinder ein großer Schock und ein tiefer Einschnitt in das familiäre Leben. Der Mann gibt seine Berufstätigkeit auf, seine Frau arbeitet weiterhin halbtags und übernimmt nach und nach die Pflege ihres Mannes mit voranschreitender Krankheit. Mit steigendem Pflege- und Betreuungsbedarf gestaltet sich die Berufstätigkeit von Frau U. zunehmend schwierig. Nur im äußersten Notfall bezieht sie ihre jugendlichen Kinder in die Pflege ein. Tagespflege wird erst spät in Anspruch genommen und die verschiedenen Tagespflegeeinrichtungen, die nacheinander genutzt wurden, lehnen den Erkrankten nach kurzer Zeit ab, da er nicht am Alltag in der Tagespflege partizipiert. Nach mehreren epileptischen Anfällen wird Herr U. im Krankenhaus medikamentös eingestellt. Aufgrund seines sich verschlechternden Zustandes und der inzwischen starken Pflegebedürftigkeit vertreten die Professionellen im Krankenhaus (Oberarzt, Sozialarbeiterin) die Auffassung, dass der Patient in eine stationäre Pflegeeinrichtung übergeleitet werden sollte. Die Frau jedoch möchte die Pflege selber weiterführen. Trotz wachsenden Drucks von Seiten des Krankenhausarztes, den Erkrankten in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu geben, entscheidet sich die Ehefrau für eine Fortsetzung der Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Sie wird von ihrer Arbeitsstelle für einige Zeit freigestellt, als sie die Krankheit dort kommuniziert. Die häusliche



Pflege gestaltet sich mit dem sehr unruhigen Erkrankten und seiner Nachtaktivität als zunehmend schwierig und Frau U. bezieht die Kinder mit in die Betreuung und Pflege ein. Der Erkrankte wird einige Tage später nach einem Sturz erneut als Notfall in die Klinik eingeliefert, da die Angehörigen ratlos und mit der Pflege überfordert sind. Im Krankenhaus wird der Erkrankte einige Tage behandelt und in die Häuslichkeit entlassen. Initiiert durch die Hilflosigkeit der Familie bei der Pflege veranlasst der ambulant behandelnde Psychiater eine Aufnahme im Krankenhaus, obwohl das Krankenhaus den Patienten nicht mehr aufnehmen möchte – mit der Begründung, dass die Familie sich ja selber für die häusliche Pflege entschieden habe. Herr U. wird im Krankenhaus aufgenommen, hat dann eine Lungenentzündung, die behandelt wird, und es wird erneut eine Folgeversorgung in einem Pflegeheim initiiert. Frau U. stimmt dem aus Ratlosigkeit zu, möchte aber weiterhin die Pflege ihres Mannes selber zu Hause durchführen. Kurz vor der Verlegung entscheidet sie sich gegen das Heim. Daraufhin reagiert der behandelnde Arzt sehr wütend und schreit die Frau und die Kinder im Gang der Station an und beschimpft sie. Diese Situation ist für die Frau sehr verletzend. Sie schildert die Situation folgendermaßen:

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 nur gesagt: „Er wird sterben, er wird sterben.“ Im Gang sagten sie zu meinen Kindern „Euer Vater wird sterben.“ Wir wollten eine PEG (A. d. A.: Perkutane endoskopische Gastrostomie), 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. (I 9: 375 ff)

Der Erkrankte wird noch am selben Tag entlassen, obwohl das für die Häuslichkeit bestellte Pflegebett noch nicht geliefert wurde und eine Entlassung erst drei Tage später geplant war. Die Familie nimmt den Erkrankten mit und improvisiert aus Matratzen ein Pflegebett, aus dem der Erkrankte nicht stürzen kann. Einige Tage später wird der Erkrankte ruhiger, die Angehörigen nehmen ambulante Palliativversorgung in Anspruch, zwei Wochen später verstirbt er zu Hause.

Rassistische Diskriminierung bei der medizinischen Versorgung I

- 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 1, Zeile 441-446)*
- *„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 Diskriminierung bei der medizinischen Versorgung II

- *“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.“ (Interview 9, Zeile 1438-1442)*
- *„Einen Deutschen hätten sie in dem Zustand nicht wegschicken können, er war sehr krank. (ebd. Z. 1479)*

Fazit I

- Bislang wurde der Begriff „Rassismus“ im Kontext der gesundheitswissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Forschung gemieden
- In Public Health und Pflegewissenschaft existiert bislang kaum ein wissenschaftlicher Diskurs um Rassismus in der Gesundheitsversorgung
- Kulturspezifität und –sensibilität sind die Dimensionen, in denen die Öffnungsbestrebungen der Einrichtungen derzeit zu verorten sind
- Diese sind sehr begrüßenswert, wirken aber ebenfalls kulturalisierend
- Bestimmte Merkmalskombinationen wirken sich besonders hemmend oder förderlich auf z.B. Inanspruchnahme aus, ohne intersektionale Analyse verstehen wir dies nicht

Fazit II: Eine Folie des Workshops „Antidiskriminierende Organisationsentwicklung und Antirassismus zur Gesundheitsförderung in Pflege-Settings“ des Projektes „Vielfalt Pflegen“

Input

Ausgewählte Ansätze



- Stärkung der Widerstandspotentiale gegen Rassismuserfahrungen (Castro Varela/Dhawan 2004; Velho 2011)
- Wissen; Sprache; Gehör finden; Anerkennung; soziale Unterstützung; Zugang zu Beratung- und Hilfsangeboten
- Entwicklung einer Anerkennungs- und Willkommenskultur in transkulturellen Pflegeteams (TransCareKult: Gold et al. 2020)
- Gemeinsame Sprache; Zugehörigkeit im Team; gelungene Einarbeitung; Solidarität; Aushandlung des Pflegeverständnisses
- Förderung der transkategorialen Kompetenz (Domenig 2021)
- Selbstreflexion; Hintergrundwissen und Erfahrungen; narrative Empathie

Mit freundlicher Erlaubnis des Teams von Vielfalt Pflegen



Ziel: Entwicklung eines intersektionalen, rassistuskritischen Online-Schulungsprogramms für Pflegefachpersonen und Zertifizierungsprogramms für Pflegeeinrichtungen

- Michael Jochems
 - Amelio Nicotera
 - Mara Kaiser
 - Yola von Rohden
 - Rakiya el Matine
 - Aishamdina Mtanda-Schweda
-
- Möglicher Interessenkonflikt: ich bin ab 1. Juli Teil des Teams



Fazit III – Notwendig sind....

Intersektionale
Perspektive

Rassismuskritische
und
diversitätssensible
Versorgung

Rassismus- und
diversitätssensitive
Forschung

- Möglich wird das erst durch verlässliche Statistiken und Anlaufstellen für Rassismuserfahrungen in der Pflege (und auch anderen Bereichen)
- Gesundheits- und Pflegeberichterstattung sollte das Thema Rassismus aufnehmen
- Fehlerfreundlichkeit (Goel 2016) bei der rassismuskritischen Weiterentwicklung von Pflegeeinrichtungen und -angeboten

Von Kulturspezifität zu Diversitätssensibilität in der Pflege – Nicht-Benennung von Rassismus

- Sunrise-Modell (Leininger 2002)
- Transkulturelle Pflege als „temporäre Diagnose“ (Domenig 1999, 2011; Welsch 1999: 68)
- Kultursensibilität (Zanier 2015)
 - Engführung von “Kultur“ auf Religion, Sprache, Herkunft (Broszka et al. 2017)
- Diversität in der Pflege (Broszka et al. 2017; Tezcan-Güntekin & Strumpfen 2017; Artner 2019)
- Wirkungen von Intersektionalität in der Pflege aus Angehörigenperspektive (Appelt & Fleischer 2014; Auth et al. 2018; Tezcan-Güntekin 2018)
- Transkategoriale Kompetenz (Domenig 2021)
 - **Kulturbasierte Konzepte und Theorien führen weiterhin zur Kulturalisierung in der Praxis**
 - **Rassismus muss als solcher klar benannt werden! Bislang haben wir eine Nicht-Benennung!**

Zum Nachlesen

Hürrem Tezcan-Güntekin

Diversität und Pflege

Zur Notwendigkeit einer intersektionalen
Perspektive in der Pflege

[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>

Erschienen 2020 in:

Aus Politik und Zeitgeschichte, Edition "Pflege"
bei 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

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



Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
28.06.2022

Hürrem Tezcan-Güntekin

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

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

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-
Güntekin
Tel.: +49 (0)30 99 245 - 512
Fax: +49 (0)30 99 245 - 444
tezcan@ash-berlin.eu

www.ash-berlin.eu



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences