
Pflege im Ausland

Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand

GEO 511 Masterarbeit
Geographisches Institut, Universität Zürich

Jill Brütsch
jill_bruetsch@access.uzh.ch
10-724-573

Betreuung: Dr. Karin Schwiter
Fakultätsvertretung: Prof. Dr. Christian Berndt
Zürich, 15. April 2016

Kontakte

Fakultätsvertretung:

Prof. Dr. Christian Berndt
christian.berndt@geo.uzh.ch

Betreuung:

Dr. Karin Schwiter
karin.schwiter@geo.uzh.ch

Wirtschaftsgeographie
Geographisches Institut Universität-Irchel
Winterthurerstrasse 190
CH-8057 Zürich, Schweiz

Verfasserin:

Jill Brütsch
Albisstrasse 27
8800 Thalwil
jill_bruetsch@access.uzh.ch
Matrikelnummer: 10-724-573

Danksagung

Zum Gelingen dieser Arbeit haben verschiedene Personen beigetragen, bei welchen ich mich an dieser Stelle von ganzem Herzen bedanke. Sie haben mich auf unterschiedliche Art und Weise bei der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit unterstützt und somit den Abschluss meines Studiums mitgeprägt.

Ein grosser Dank geht an meine InterviewpartnerInnen, welche mir einen Einblick in ihren Alltag, ihre Tätigkeit und ihr Leben ermöglichten. Vielen Dank für ihre Zeit und ihr Vertrauen. Ich danke den Leitenden der von mir besuchten Demenzzentren für ihre Gastfreundschaft, Auskünfte und Einblicke, die ich vor Ort gewinnen durfte. Gerne blicke ich auf die vielen spannenden und prägenden Begegnungen zurück.

Weiter bedanke ich mich ganz besonders bei Dr. Karin Schwiter für ihr grosses Engagement beim Betreuen dieser Arbeit. Während des ganzen Entwicklungsprozesses stand sie mir mit fachlichem Wissen, Inputs und ansteckender Begeisterung zur Seite. Prof. Dr. Christian Berndt danke ich für die spannenden Anregungen und das Wecken meines Interesses für die Wirtschaftsgeographie.

Grosser Dank geht an meine Familie, welche mich während meines ganzen Studiums unterstützt hat und mir stets zur Seite steht.

Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einführung | 1 |
| 1.1 | Herausforderungen der Betreuung demenzkranker Personen..... | 1 |
| 1.2 | Forschungsstand zur transnationalen Pflegearbeit..... | 2 |
| 1.3 | Forschungsfrage..... | 9 |
| 1.4 | Aufbau der Arbeit..... | 9 |
| 2 | Wissenschaftliche Anknüpfungspunkte – Care Chain Konzept | 11 |
| 3 | Methodik und Forschungsdesign | 16 |
| 3.1 | Diskurstheoretischer Zugang | 16 |
| 3.2 | Datenerhebung..... | 18 |
| 3.2.1 | Medienanalyse | 18 |
| 3.2.2 | Ethnographische Forschung..... | 21 |
| 3.3 | Transkription | 22 |
| 3.4 | Datenauswertung nach Waitt und Jäger & Jäger | 23 |
| 4 | Bedeutung der Sprache | 25 |
| 4.1 | Verstanden werden und Körpersprache – Mediendiskurs | 25 |
| 4.2 | Kommunikationsfähigkeit – Sichtweise der Fachliteratur..... | 27 |
| 4.3 | Erlebte Konsequenzen der Sprache | 29 |
| 4.3.1 | Verbale Kommunikation | 30 |
| 4.3.2 | Nonverbale Kommunikation | 34 |
| 4.3.3 | Gesellschaftliche Interaktion | 36 |
| 4.4 | Reflexion | 37 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | Kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz..... | 40 |
| 5.1 | Demenzverständnis..... | 40 |
| 5.1.1 | “Das Hirn funktioniert nicht mehr richtig“ – Mediendiskurs | 40 |
| 5.1.2 | Kulturgeprägte Pflege – wissenschaftliche Debatte | 41 |
| 5.1.3 | „crazy man“ – vorgefundenes Demenzverständnis | 42 |
| 5.2 | Kulturelle Zuschreibungen in der Demenzpflege..... | 44 |
| 5.2.1 | „The Thai way of caring“ – Betrachtungsweisen in Schweizer Medien | 44 |
| 5.2.2 | „Thais machen das nicht“ – ethnographische Sichtweise..... | 45 |
| 5.3 | Reflexion | 48 |
| | | |
| 6 | Räumliche Distanz..... | 50 |
| 6.1 | In der Ferne – mediale Sichtweise..... | 50 |
| 6.2 | Familienbesuche – wissenschaftliche Diskursebene | 52 |
| 6.3 | Räumliche Orientierung – Sichtweisen vor Ort..... | 53 |
| 6.4 | Reflexion | 60 |
| | | |
| 7 | Diskussion..... | 63 |
| 7.1 | Surplus value und care deficit..... | 63 |
| 7.2 | Ethnisierung – Kulturalisierte Aspekte der Pflege | 65 |
| 7.3 | Trennung der Familie – geographische Distanz | 66 |
| 7.4 | Sprachliche Aspekte | 69 |
| 7.5 | Transnationales Beziehungsnetzwerk..... | 70 |
| | | |
| 8 | Schlussbetrachtung..... | 73 |
| | | |
| 9 | Anhang..... | 78 |
| 9.1 | InterviewpartnerInnen | 78 |
| 9.2 | Transkriptionsregeln..... | 78 |
| 9.3 | Leitfaden..... | 79 |

| | | |
|------------------------------------|--|------------|
| 9.3.1 | Leitfaden: Angehörige | 79 |
| 9.3.2 | Leitfaden: Thailändisches Pflegepersonal | 82 |
| 9.3.3 | Leitfaden: Schweizer Pflegepersonal/ LeiterInnen/ ManagerInnen | 84 |
| 9.3.4 | Leitfaden: Demenzkranke Personen | 87 |
| Literatur | | 89 |
| | Analysierte Medienberichte..... | 100 |
| Persönliche Erklärung | | 107 |

Abbildungen

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Anzahl untersuchter Veröffentlichungen über die Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand im Zeitraum 2003 bis 2015 (eigene Darstellung)..... | 19 |
| Abbildung 2: Anzahl untersuchter Berichterstattungen über die Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand gemessen an den Herausgeberschaften (eigene Darstellung)..... | 20 |
| Abbildung 3: Beziehungsnetzwerk betreuer, demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand (eigene Darstellung). | 73 |

Zusammenfassung

Der steigende Anteil alter und insbesondere demenzkranker Menschen, enorme finanzielle Belastung bei der Betreuung demenzkranker Personen, fehlende Pflege- und Betreuungsplätze und sozioökonomische Veränderungen stellen die Schweizer Gesellschaft vor grosse Herausforderungen (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung, o.J; 2009; 2010a; 2010b; Schweizerische Alzheimervereinigung & Pro Senectute Schweiz, 2002; Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2015). Pflegealternativen, welche eine Lösung für diese Herausforderungen in der Schweiz bieten, werden in der Öffentlichkeit vermehrt diskutiert. Eine dieser Alternativen stellt die Betreuung demenzkranker Personen im Ausland, genauer Thailand dar.

Um dieser Pflegealternative nachzugehen, setzt sich die vorliegende Masterarbeit mit der Pflege demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand auseinander. Fokus bildet die Care Chain (Hochschild, 2000), transnationale Verbindungen und Beziehungen zwischen den Haushalten. Zudem wird untersucht, welche Konsequenzen für einer solchen Migration diskutiert werden und welche Rolle der Krankheit Demenz zugeschrieben wird.

Für die Datenerhebung sind nebst der Untersuchung der medialen Sichtweise (61 deutschsprachige Veröffentlichungen aus Zeitungen, Radio- und Fernsehsendungen) auch Interviews (14 Leitfadenterviews) mit Leitenden der Demenzzentren, Pflegerinnen und Angehörigen der Demenzkranken in Thailand für die Resultate grundlegend. Weiter wird die Sichtweise der Demenzforschung dargelegt und anhand von Einsätzen in einem Schweizer Alterszentrum, die Situation in der Schweiz analysiert. Diese verschiedenen Diskursebenen wurden einander gegenübergestellt und so Kontroversen und Übereinstimmungen illustriert sowie Aspekte, Begründungsmustern und Perspektiven aufgezeigt, welche bis anhin noch nicht diskutiert wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer Diskursanalyse nach Michel Foucault, welche sichtbar macht, wie transnationale Verbindungen demenzkranker Personen thematisiert, konstruiert und erkennbar gemacht werden.

Aufgrund der Analyse der unterschiedlichen Diskursebenen sowie der vorgängigen Diskursanalyse der Medien kristallisieren sich verschiedene Aspekte innerhalb der Migration demenzkranker Menschen mit grossem Diskussionspotential heraus. Diese Aspekte bilden die Konsequenzen einer solchen Migration und werden für diese Arbeit als *Bedeutung der Sprache, kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz* und *räumliche Distanz* festgelegt.

Festgehalten werden kann, dass der *Sprache* eine entscheidende Rolle bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand zukommt, wobei diese Rolle in Bezug auf den

Krankheitsgrad detailliert betrachtet wird. Weiter haben die sprachlichen Herausforderungen Einfluss auf die Beziehung zwischen den thailändischen und den Schweizer PflegerInnen sowie zwischen den Angehörigen und den thailändischen PflegerInnen.

Der Krankheit Demenz kommt nicht nur in Bezug auf die Sprachthematik eine fundamentale Bedeutung zu, auch innerhalb der *räumlichen Distanz* zeigen sich diesbezüglich Herausforderungen. So kann dargestellt werden, dass die räumliche Familientrennung in allen Diskursebenen als Nachteil der Migration besprochen wird. Anhand unterschiedlicher Kommunikationsmedien wird diese räumliche Distanz zu überwinden versucht, um transnationale Verbindungen aufrechtzuerhalten. Zusätzlich kann argumentiert werden, dass demenzkranke Personen im Augenblick leben und Beziehungen ausgehend davon, ab einem gewissen Krankheitsgrad nur noch durch physische Präsenz bestehen. Transnationale Beziehungen werden aufgrund der räumlichen Trennung und der Krankheit Demenz somit massgeblich beeinträchtigt.

Hinsichtlich des *kulturellen Verständnisses von Pflege und Demenz* stehen kulturelle Zuschreibungen im Vordergrund. So lässt sich aufzeigen, dass die von den Medien dargestellte „thailändische Pflege“ als kulturlaisiert betrachtet werden kann. Resultat ist eine Vermarktung „guter Pflege“ bestehend aus einer Mischform kulturalisierter Werte der „Schweizer“ und der „thailändischen“ Pflege.

Wird das transnationale Beziehungsnetzwerk demenzkranker, aus der Schweiz nach Thailand migrierte Personen betrachtet, zeigt sich, dass dieses sowohl aus transnationalen als auch aus lokalen Beziehungen besteht. Das Beziehungsnetzwerk weist vermehrt Verbindungen auf, welche aufgrund der Migration entstanden sind, die migrierte Person jedoch nicht direkt einschliessen. Die verschiedenen Beziehungen, welche das Netzwerk aufspannen, werden innerhalb der Diskursebenen ungleich thematisiert. Dies bezieht sich sowohl auf die Häufigkeit der Nennung, als auch auf die Aufrechterhaltung sowie den Einfluss der Migrationskonsequenzen auf die verschiedenen Beziehungen.

Die ethnographische Sichtweise vermag den Fokus auf Beziehungen zu lenken und Personen eine Stimme zu geben, welche in den Medien und in der Fachliteratur verborgen bleiben, für die analysierte Betreuung aber als essentiell besprochen werden. Anhand der Forschungsschwerpunkte wird diese Arbeit zudem der Aufforderung von Yeates (2012, vgl. auch Liang, 2011) nach einer Öffnung und Diversifizierung des Care Chain Forschungsgebiet gerecht, indem der Blickwinkel von einer Süd-Nord Care Migration mit Fokus auf Kinderbetreuung auf eine Nord-Süd Care Migration in der Altenpflege gelegt wird.

1 Einführung

1.1 Herausforderungen der Betreuung demenzkranker Personen

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung in der Schweiz verdoppelt, während sich die Geburtenrate in der gleichen Zeit halbierte. Resultat dieser Entwicklung ist eine demographische Alterung, welche die Schweiz immer stärker prägt (Botkine & Rausa-de Luca, 2008; santésuisse, 2015; BFS, 2010).

Eine solche Bevölkerungsentwicklung stellt die Gesellschaft vor viele Herausforderungen, welche sowohl die soziale Sicherheit, den Arbeitsmarkt, die Bildung, die Familienpolitik, als auch die Gesundheit und Pflege betreffen (BFS, 2010). So gerät die Pflege von älteren Menschen in der Schweiz immer mehr in den Fokus öffentlicher Debatten, wobei der Gesundheitssektor sowie dessen Finanzierung im Zentrum stehen. Im Hinblick auf die Demenzerkrankung zeichnet sich die Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz wie folgt ab: Die Zahl der heute 116'000 erkrankten Personen, welche rund acht Prozent aller über 65-jährigen Menschen ausmachen, werden im Jahr 2030 auf rund 200'000 Personen und 2050 bereits auf 300'000 geschätzt (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014).

Die Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen ist sehr zeit- und kostenintensiv, weshalb vor allem fehlende Betreuungsplätze und Finanzierung die heutigen und zukünftigen Herausforderungen darstellen. Bereits im Jahr 2006 deckten die verfügbaren Plätze in demenzspezifischen Tagesstätten in der Schweiz nur 12 Prozent des Bedarfs ab. Heute werden rund 60 Prozent der Erkrankten zu Hause gepflegt und 40 Prozent in verschiedenen Institutionen (Schweizerische Alzheimervereinigung & Pro Senectute Schweiz, 2002; Schweizerische Alzheimervereinigung, o.J.; 2009). Des Weiteren verursachte die Krankheit Demenz gemäss der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2010a; 2014) im Jahr 2009 volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 6.9 Milliarden Schweizer Franken – Tendenz steigend. Da die Grundversicherungen der Krankenkassen zwar die Pflege nicht aber die Betreuung demenzkranker Menschen übernimmt, ist diese für die Betroffenen und deren Angehörigen mit einer hohen finanziellen Belastung verbunden (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010a; 2010b).

Angesichts der enormen finanziellen Belastung, fehlenden Pflege- und Betreuungsplätzen, sozio-ökonomischen Veränderungen (steigende Erwerbstätigkeit der Frauen und zunehmende Mobilität auch über weite Distanzen hinweg (Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2015)) sowie der fortschreitenden

Alterung der Schweizer Bevölkerung stellen sich gemäss Hollenstein (2013) folgende Fragen: „Wie umgehen mit den vielen Alten? Wohin mit ihnen?“

Eine in der Öffentlichkeit diskutierte Pflegealternative, welche eine Lösung für die Herausforderungen in der Schweiz bieten soll, ist die Betreuung Demenzkranker im Ausland. Diese Alternative wird mit Schlagzeilen wie: „Demenz-Zentrum in Thailand: Vergessen im Paradies“ (Stormer, 2011), „Exportschlager Demenz?“ (Hollenstein, 2013), „Leben mit Demenz unter Thailands Sonne“ (Jorio, 2014) oder „Ein Paradies zum Vergessen“ (Kessler, 2014) debattiert.

Um dieser Pflegealternative nachzugehen, setzt sich diese Masterarbeit mit der Pflege demenzkranker, Personen aus der Schweiz im Ausland auseinander. Fokus bildet die sogenannte "Care Chain" (Hochschild, 2000), transnationale Verbindungen und Beziehungen zwischen den Haushalten, einer Betreuung fernab der Heimat, hier am Beispiel Thailand. Um einen Überblick über den Diskurs über die transnationalen Verbindungen und Netzwerke geben zu können, werden Schweizer Zeitungsartikel, Fernseh- und Radiosendungen analysiert. Diese Sichtweisen werden den mir geschilderten und selbst erlebten Beziehungen in zwei thailändischen Demenzzentren sowie dem Betrachtungswinkel der Demenz- Fachliteratur gegenübergestellt.

1.2 Forschungsstand zur transnationalen Pflegearbeit

Wie eingangs dargestellt, stellen die Pflege und Betreuung älterer und insbesondere an Demenz erkrankten Personen die Schweizer Gesellschaft vor verschiedene Herausforderungen. Pflegealternativen, welche Entlastung versprechen, rücken immer stärker in den Vordergrund (Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2015; Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014). Fokus der Schweizer Medien innerhalb dieser Debatte bilden folgende zwei Pflegealternativen: Die 24-Stundenbetreuung durch MigrantInnen und die Pflege im Ausland, vorwiegend in Thailand. Obschon letztere Pflegealternative in den Medien bereits seit längerem thematisiert wird, bleiben noch viele Bereiche unerforscht. Durch das stetig wachsende Interesse hat sich die Forschung rasant intensiviert. Das vorliegende Unterkapitel ermöglicht einen Einblick in den Stand der Forschung der transnationalen Pflegearbeit und zeigt Forschungslücken bezüglich der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand auf.

In der transnationalen Migrationsforschung über die Pflegearbeit und Betreuung älterer Menschen entstand in den letzten Jahren eine Debatte um die Kommerzialisierung der Pflegearbeit und die damit einhergehende Migration. Die Wichtigkeit dieser Debatte zeigt sich in der Entstehung des Begriffes Care MigrantInnen, welcher überwiegend durch die Migration von Frauen geprägt ist

(vgl. Karakayali, 2010; Worschech, 2011; Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2011; Oschmiansky, 2010). Neben den trans-nationalen Einbindungen wird die Forschung zur Care Arbeit und die damit verbundene Migration ebenfalls stark durch die Geschlechterforschung geprägt (vgl. Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2011).

Der Begriff des Care Chain Konzeptes (vgl. Hochschild, 2000) wurde im englischsprachigen Raum massgeblich durch die Soziologin Arlie Hochschild geprägt. Das von ihr geschaffene Konzept hat sich auch im deutschsprachigen Raum etabliert und bildet die konzeptionelle Grundlage dieser Masterarbeit. Daher wird das Konzept im folgenden Kapitel erneut aufgegriffen und thematisiert jene Forschungspunkte, welche in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit relevante und aussagekräftige Erkenntnisse liefern (siehe Kapitel 2 „Wissenschaftliche Anknüpfungspunkte“). Das Care Chain Konzept veranschaulicht die im globalen Kontext emergierten personalisierten Beziehungen zwischen Menschen, die unbezahlte oder bezahlte Care Arbeit verrichten. Gegenstand der Analyse sind die Versorgungsketten, welche entstehen, wenn transnationale MigrantInnen die Betreuung und Versorgung von Kindern und alten Menschen im Empfängerland übernehmen (vgl. Hochschild, 2000; 2006; Ehrenreich & Hochschild, 2002). Die Entstehung einer solchen Globalen Care Chain wird von Greenhough et al. (2015) anhand der zentralen Grundsätze des Neoliberalismus (Förderung der individuellen Autonomie, Privatisierung, „Outsourcing“ und „Off-shoring“ von Dienstleistungen sowie Flexibilisierung des Arbeitsmarktes) erklärt. Die genannten neoliberalistischen Forderungen mit dem Ziel der Kostendämmung haben gemäss Greenhough et al. (2015) zur Erleichterung und Legitimation des „Exportes“ von Pflegepersonal aus Ländern mit tiefen und mittleren Einkommen in den wohlhabenderen Norden geführt. Angezogen von der Aussicht auf höhere Entlohnung, bessere Arbeitsbedingungen und/oder der Möglichkeit politischer Instabilitäten und Gewalt zu entfliehen, wurde der Einzug gut geschulter Arbeitskräfte in eine neue globale Care-Ökonomie ermöglicht (vgl. auch Karakayali, 2010). Eine solche Care Chain reflektiert gemäss Yeates (2004a) und Hochschild (2000) „a basic inequality of access to material resources arising from unequal development globally but they also reinforce these inequalities by redistributing care resources from those poorer countries for consumption by those in richer ones“ (Hochschild, 2000: 136; Hochschild, 2000, zit. In: Yeates, 2004a: 81). Generell stellt die Kommerzialisierung der Care Arbeit gemäss Hochschild (2009) eine Kettenreaktion zwischen (relativ) reicheren und ärmeren Ländern dar (vgl. Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2011).

Betrachtet man die Care Chain auf Subjektebene, wird die Situation und das Leben der MigrantInnen verstärkt in den Fokus gerückt. Die Geographin Geraldine Pratt (2012) befasst sich unter anderem mit geschlechtsspezifischen Aspekten der Care Arbeit. Diese Aspekte illustriert sie besonders im Zusammenhang mit philippinischen Migrantinnen. Anhand ihres Buches „families apart“ veranschaulicht Pratt (2012), welche Folgen die weltweiten Verlagerungen der Familienbeziehungen für

die Familien beider Länder haben. Ihre Studien zeigen die Schwierigkeiten einer Trennung sowie die Problematik einer Wiedervereinigung solcher Familien. Dabei beschreibt Pratt (2012) die philippinischen Hausangestellten – oftmals Mütter – als gefangen zwischen der konkurrierenden neoliberalen Politik der Sender- und Aufnahmeländer. Weiter betont sie, dass die Ambitionen der Migrantinnen anstatt zu den erhofften hohen Remissen häufig zu sozialer und wirtschaftlicher Ausgrenzung ihrer Kinder und ihrer selbst führt (Pratt, 2012; vgl. auch Pratt, 1999; Pratt & Yeoh, 2003; Parreñas, 2001; Yeates, 2005). „Families apart“ werden von Pratt (2012) stets durch die Migration der Mütter, welche von einem ärmeren in ein reicheres Land migrieren, definiert, wodurch sich die Frage stellt, inwiefern ihre Erkenntnisse auch für eine Nord-Süd gerichtete Migration gelten.

Die Brücke zwischen transnationalen Familien und der Pflege demenzkranker Personen wird von Brijnath (2009) geschlagen. Sie veranschaulicht in ihrer Arbeit ihre eigene globale Care Chain, in welcher die Pflege ihrer an Demenz erkrankten Grossmutter im Zentrum steht. Die transnationalen Beziehungen charakterisiert Brijnath (2009: 98) als konstante Verhandlungen, Kommunikation und Reziprozität, was dazu führe, dass die Pflegearbeit im transnationalen Kontext von emotionaler Arbeit durchzogen sei. Auch schreibt sie dem kulturellen Hintergrund eine prägende Rolle in der Pflege zu. Mit dem Zitat: „as a result of her dementia, my grandmother has long abandoned us (and herself)“ (Brijnath, 2009: 94) werden erste Herausforderungen der Beziehungen in Bezug auf die Krankheit Demenz besprochen. Diese Aussage lässt vermuten, dass die Krankheit Demenz erschwerende Auswirkungen auf Beziehungen haben kann.

Im deutschsprachigen Raum, in welchem diese Masterarbeit eingebettet ist, erscheint vermehrt Literatur innerhalb des Forschungsfeldes der transnationalen Pflegearbeit. Dabei werden unterschiedliche Bereiche genauer beleuchtet. Die Forschungsbestrebungen konzentrieren sich einerseits auf das Konzept der Care Chain und den Begriff der Care-Ökonomie und andererseits auf die Pflegearbeit in Privathaushalten, Arbeitsbedingungen und Angestelltenverhältnisse. Dabei werden unterschiedliche Perspektiven eingenommen, um Gründe und Herausforderungen der Care Arbeit in einem geschlechterspezifischen Kontext zu besprechen.

Für die Schweiz erweist sich die Arbeit von Madörin (2007) als relevant, da sie auf die Situation der Care Arbeit in der Schweiz eingeht. Madörin (2007) widmet ihre Forschung zum Thema Care-Ökonomie der Zweiteilung der Care Arbeit in bezahlte und unbezahlte Arbeit. Ihr Ziel ist, die Care-Ökonomie in marktökonomische Termini zu fassen. Die Care-Ökonomie beschreibt sie als Theorie „in der das Nebeneinander und die Verflochtenheit der bezahlten und unbezahlten Arbeit und die damit verbundenen Arbeitsverhältnisse und generell Produktionsverhältnisse als Gesamtes analysiert werden“ (Madörin, 2010: 83- 84). Gemäss Worschech (2011) eröffnet die Care-Ökonomie die Möglichkeit unsichtbare Grundlagen, wie die unbezahlte Care Arbeit, sichtbar zu machen und so die Ökonomie als Ganzes in den Blick zu nehmen (Worschech, 2011). Die unbezahlte Care-Arbeit wird

definiert als unentgeltliche Hausarbeit und direkte Sorge für Personen, welche von der Pflege und Betreuung durch andere abhängig sind. Dem gegenüber steht die bezahlte Care Arbeit in Bereichen der Kinderbetreuung, Kranken- und Altenpflege, Bildung und Erziehung. Zu den bezahlten Tätigkeiten gehören auch jene Arbeiten, die anhand der Kommerzialisierung aus dem unbezahlten Bereich ausgelagert werden (Worschech, 2011). Ein Beispiel dafür ist die Anstellung einer haushaltsfremden, bezahlten Person, welche die Haus- und Betreuungsarbeit einer einst unbezahlten Familienarbeit übernimmt (vgl. Truong, 2011). In der Schweiz macht die unbezahlte Care Arbeit gemäss EBG (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, 2010: 7) rund vier Fünftel der gesamten Care Arbeit aus. Der Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Erwachsenen kommt davon rund ein Drittel zu (EBG, 2010: 9; vgl. auch Worschech, 2011). Im Hinblick auf die Demenz ist die unbezahlte Care Arbeit in der Schweiz gemäss Madörin (2007) auffallend gross und könne deshalb als treibende Kraft für die Suche nach einer Alternative, wie jene der Pflege im Ausland, gesehen werden. Ergänzend können der Care-Arbeit gemäss Worschech (2011) weitere Kriterien zugewiesen werden, welche sie von anderen Berufen stark unterscheidet. Die Care-Arbeit beruht auf einem Abhängigkeitsverhältnis von den EmpfängerInnen gegenüber den ErbringerInnen der Dienstleistung, was zu einer Asymmetrie in der Sorgebeziehung führt. Die aufgewendete Zeit wird als Teil der Tätigkeit angesehen. Zudem weist die Sorgearbeit eine emotionale Komponente auf. Diese emotionale Komponente ist ein oft genannter Aspekt in der Care Chain Forschung. Cancian und Oliker (2008, zit. In: Worschech, 2011) lassen diesem Aspekt mit dem Begriff *Caregiving* eine noch stärkere Bedeutung zukommen. Caregiving definieren sie als eine Kombination von Nähe, Gefühlen und Verantwortung mit direktem Subjekt-Subjekt-Handeln, welche auf die Bedürfnisse einer Person und deren Wohlergehen ausgerichtet ist (Worschech, 2011; vgl. auch Parreñas, 2001).

Auf die Hintergründe einer transnationalen Migration im Bereich Care gehen nebst Madörin (2007) auch Schilliger & Greuter (2009) sowie van Holten et al. (2013) ein. Dabei besprechen sie die strukturellen Schwächen der häuslichen Langzeitversorgung in der Schweiz als Entstehungsgrund für eine solche Migration (Schilliger & Greuter, 2009; van Holten et al., 2013). Schilliger & Greuter (2009) werfen bezüglich des globalen Handels der Care Arbeit, der sogenannten „24-Stunden-Betreuung“, welche auch als „Live-ins“ Betreuung oder „Senior-Pair-Arrangements“ bekannt ist, folgende Fragen auf; Inwiefern etablieren sich aufgrund der Care Arrangements neue globale Abhängigkeiten? Welche Konsequenzen ziehen die Abwanderungen von Care Migrantinnen bezüglich der Care-Ökonomie im Herkunftsland nach sich? Diese Frage verdeutlichen gemäss Schilliger & Greuter (2009: 160-161) die Verschiebung und zunehmende Globalisierung der Ausbeutungs- und Abhängigkeitsverhältnisse (vgl. auch van Holten et al., 2013). Truong (2011) untersucht die Situation von osteuropäischen Live-ins-BetreuerInnen im Haushalt pflegebedürftiger Personen in der Schweiz. Truong (2011) Studie ist zu entnehmen, dass sich die Erwerbstätigkeit in Bezug auf das

Geschlecht in den letzten Jahren stark verändert hat, die Fürsorgearbeit aber immer noch an eine geschlechtshierarchische Arbeitsteilung gekoppelt ist (Truong, 2011; vgl. auch Senghaas-Knobloch, 2013).

In Deutschland geht unter anderen Senghaas-Knobloch (2013) auf die Entstehung einer solchen Care-Ökonomie ein. Wie bereits Greenhough et al. (2015) erachtet sie neoliberal geprägte Veränderungen, wie die Flexibilisierung, Privatisierung, Transnationalisierung und (Re-)Kommodifizierung sowie deren Folgen für die Sorgearbeit, als fundamental für die Entstehung der Care-Ökonomie. Senghaas-Knobloch (2013) demonstriert damit, dass der Einbezug der Pflegearbeit in die Ökonomie dazu führt, dass die Pflegearbeit effizient und kostensparend sein muss (vgl. auch Truong, 2011). Die Kosten- beziehungsweise Zeitersparnisse können demgegenüber zu sinkender Pflegequalität und Gesundheitsproblemen der Pflegenden führen. Fehle der entsprechende Handlungs- und Zeitspielraum, erleben beruflich Pflegenden einen Mangel an Anerkennung sowie eine Missachtung ihrer professionsspezifischen Qualitätsmassstäbe, wodurch die Gefahr eines Rückzugs des Engagements, psychischen Erkrankungen oder Verlassen des beruflichen Feldes bestehe. (Senghaas- Knobloch, 2013: 215). Weiter bespricht Senghaas-Knobloch (2013) eingangs geschilderte sozioökonomische Veränderungen, welche die Migration von Pflegepersonal weiter antreiben.

Im Hinblick auf den Forschungsfokus der vorliegenden Arbeit erweist sich die Forschung von Karakayali (2010) als wertvoll. Karakayali (2010) untersucht innerhalb der Care Chain Forschung das transnationale Familienleben und die dadurch entstehenden Beziehungsnetzwerke der MigrantInnen bei einer Süd-Nord Migration. Wie bereits Pratt (2012) veranschaulichen die Analysen von Karakayali (2010) die Anstrengungen einer Aufrechterhaltung plurilokaler Orientierungen. Darunter versteht Karakayali (2010: 291) die Belastungen durch das transnationale Familienleben, weite Reisen aber auch die Unterhaltung von Beziehungen im Herkunftsland. Die Netzwerke, über welche die Frauen ihr Leben an mehreren Orten organisieren, beschreibt Karakayali (2010) als transnational. Das Transnationale¹ besteht somit in der Aktivität der MigrantInnen selbst und beschreibt „ein Beziehungsgeflecht zwischen transnationalen MigrantInnen, ehemaligen MigrantInnen und Nicht-MigrantInnen, über die der Transport von Informationen, Gütern und Menschen organisiert wird und das damit die Migration erleichtert“ (Karakayali, 2010: 24). Für meine Forschung stellt sich ausgehend von der Forschung von Karakayali (2010) die Frage, inwiefern sich die Beziehungsnetzwerke einer Nord-Süd Migration von einer Süd-Nord Migration unterscheiden.

Wie der Literatur zu entnehmen ist, wird das Forschungsfeld der Care Migration weitgehend von der Süd-Nord Migration geprägt. Alle bekannten Themenfelder beziehen sich ausschliesslich auf Kons-

¹ Siehe Kapitel 2 „Wissenschaftliche Anknüpfungspunkte“ für die Definition von Transnationalismus.

tellationen, in welchen die PflegerInnen mobil sind. Die betreuungsbedürftigen Personen werden hingegen als ortsgebunden besprochen. Aufgrund der fehlenden Betrachtung der Nord-Süd Migration in der Pflegearbeit soll in dieser Arbeit ein Perspektivenwechsel vorgenommen werden. Anhand dieses Perspektivenwechsels können bis anhin nicht erforschte Bereiche der Care Migration beleuchtet werden. Dieser Blickwinkel bietet einen weiteren Schritt in Richtung Öffnung der Care Chain Forschung, welche in den letzten Jahren zunehmend gefordert wird (vgl. Yeates, 2012).

Literatur, welche sich mit der Mobilität älterer, pflegebedürftigen oder erkrankten Personen befasst, bezieht sich hauptsächlich auf Altersmigration, Ruhesitzmigration und Care Tourismus. Untersuchungen dieses Forschungsfeldes haben sich gemäss King et al. (1998) erst innerhalb der letzten 25 Jahre in den Bevölkerungsstudien etabliert. Sowohl ÖkonomInnen als auch einige AnthropologInnen und SoziologInnen haben die Motivation und Auswirkungen einer solchen Mobilität untersucht (King et al., 1998). Wobei Schneider (2010) den in den 1950er Jahren einsetzenden Massentourismus als Wegbereiter einer solchen Mobilität bespricht. Schneider (2010) zeigt einen stetigen Anstieg der Anzahl Alters- und Ruhesitzmigrationen. Für Deutschland geht er davon aus, dass im Jahr 1992 rund 115'000 Rentnerzahlungen aus Deutschland ins Ausland flossen. Diese Zahl sei im Jahr 2005 bis auf ca. 170'000 und 2009 weiter bis auf 191'730 angestiegen (Schneider, 2010: 8). Beliebte Destinationen seien sudeuropäische Küsten- und Inselregionen, wie Spanien, Frankreich, Portugal oder Italien. Jüngst seien auch die Türkei, Bulgarien, Ungarn oder Kroatien, sowie Schwellenländer mit erheblich günstigeren Lebensunterhaltskosten zu nennen Schneider (2010). Auch King et al. (1998) verweisen auf die wachsende Migration von Nord- nach Südeuropa. Die Wanderungsströme aus Mittel- und Nordeuropa entspringen gemäss Schneiders (2010) Studie nebst Deutschland vornehmlich der Schweiz, Großbritannien, Skandinavien und den Beneluxstaaten (Schneider, 2010).

In Bezug auf die Migration und deren Einfluss auf verschiedene Beziehungen erweisen sich die Erkenntnisse von Williams et al. (2000) als wegweisend. Williams et al. (2000) fokussieren sich auf die Auswirkungen der Ruhesitzmigration auf verschiedene Beziehungen. Die Familie in der heutigen Gesellschaft beschreiben sie als tendenziell räumlich verteilt, wodurch die Beziehungen fortschreitend räumlich gedehnt werden. Welchen Einfluss die Distanz auf diese Beziehungen habe, sei allerdings schwer absehbar. Um trotzdem Aussagen bezüglich der Beziehungen machen zu können, beziehen sich Williams et al. (2000) auf fünf Typen der sozialen Unterstützung, wobei die persönliche Betreuung und Pflege, das Teilen derselben Räumlichkeiten, die Kinderbetreuung und die praktische Unterstützung von der räumlichen Nähe abhängen. Lediglich die wirtschaftliche Unterstützung und die emotionale und moralische Unterstützung seien teilweise unabhängig von der räumlichen Trennung. Innerhalb ihrer Forschung zeigt sich, dass die meisten migrierten RentnerInnen

Besuch (aus der alten Heimat) erhalten. Nur eine Minderheit erhält keinen Besuch, dies überwiegend in Ländern, welche vergleichsweise hohe Flugtransportkosten aufweisen. Personen, welche gut in ihrer neuen Heimat integriert seien oder Familie vor Ort haben erhalten ebenfalls seltener Besuch aus ihrem Heimatland. Die häufigsten Besuche gehen von FreundInnen aus, gefolgt von Kindern und Enkelkindern (Williams et al., 2000: 15-16). Die Distanz zu den nahen Verwandten und FreundInnen bilde daher einen der einflussreichsten Faktoren bei der Auswahl der Migrationsdestination. Weitere Faktoren, welche Williams et al. (2000) nennen, sind Klima, Distanz zu Metropolen, ländlicher Charakter und gleiche oder geringere Lebenshaltungskosten als am gegenwärtigen Wohnort.

Kaiser (2011) macht die Verknüpfung zwischen Gesundheit und Migration, wie sie bei der Migration demenzkranker Personen im Vordergrund steht. Sie verweist, basierend auf Studien zum Verhältnis von Migration und Gesundheit, auf einen besseren Gesundheitszustand von Migrierenden als von Nicht-Migrierten. Dieser Befund werde vor allem innerhalb der Arbeitsmigration als „healthy-migration-Effekt“ diskutiert. Kaiser (2011: 251) erkennt diesen Effekt auch bei der Altersmigration und Ruhesitzmigration. Begründend durch die Anstrengungen sowie die vielen Vorbereitungen einer solchen Migration sei ein guter Gesundheitszustand von Nöten (Kaiser, 2011). Im Hinblick auf die Migration demenzkranker Personen sind sowohl die Beziehungsnetzwerke und damit einbezogene Personen als auch die Begründung der Migration und der Destinationswahl genauer zu analysieren. Dies zumal Demenzkranke ab einem gewissen Krankheitsgrad nicht mehr eigenständig Entscheidungen treffen können (vgl. Alankuş, 2009).

Alters- und Ruhesitzmigration beinhalten die Entscheidung, den Wohnsitz endgültig oder vorübergehend ins Ausland zu verlegen. Dabei spielt die Pflege sowohl in der Alters- und Ruhesitzmigration als auch im Care Tourismus, welcher sich auf kurzfristige Aufenthalte fokussiert, eine wesentliche meist aber nicht die entscheidende Rolle (vgl. Kaiser, 2011).

Bezüglich der Betreuung demenzkranker Menschen im Ausland und der damit einhergehenden Migration sind bis dato kaum Forschungen vorhanden. Dies obschon das Thema in den Medien präsenter denn je ist. Unterschiede bezüglich der Forschung lassen sich einerseits bei der migrierenden Person und andererseits beim Prozess des Migrationsentscheids festmachen. So bespricht die Care Chain Forschung im Allgemeinen nur die Süd-Nord Migration, wobei die PflegerInnen als mobil betrachtet werden. Zudem steht die Betreuung von Kindern meist im Vordergrund dieser Forschungen. Hingegen scheint die bewusste Entscheidung bei den vorhandenen Untersuchungen zur Migration älterer Menschen wichtig zu sein. An Demenz erkrankte Personen sind ab einem gewissen Erkrankungsgrad oft nicht mehr in der Lage, die Entscheidung zur Migration selbstständig und bewusst zu treffen (vgl. Alankuş, 2009). Somit wird der Migrationsentschluss eine Entschei-

derung ihrer Angehörigen und Verwandten. Auch spielt der Aspekt der Pflege bei einer Migration demenzkranker Personen eine fundamentale Rolle. Aufgrund dieser Unterschiede lassen sich viele der aufgezeigten Forschungsaspekte nicht ohne weiteres auf meine Forschung anwenden. Deshalb müssen Aspekte wie die umgekehrte Migration und die Krankheit Demenz in die Analyse miteinbezogen werden.

1.3 Forschungsfrage

Der steigende Anteil alter und demenzkranker Menschen sowie ein marginales Wissen im Bereich der Migration dieser Personen stellt unsere Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Um die Forschung in der Schweiz weiter voranzutreiben und die Forschungslücke teils schliessen zu können, fokussiert sich diese Masterarbeit auf die Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz. Dies soll mittels Vergleich der deutschsprachigen Schweizer Medien und Demenz-Fachliteratur geschilderten sowie den vor Ort gelebten und produzierten transnationalen Beziehungen erfolgen.

Aus diesem Kontext resultiert folgende Fragestellung: *Welche transnationalen Beziehungsnetzwerke entstehen bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand?*

Damit die Thematik der Care Chains genauer analysiert werden kann, wird die Fragestellung weiter aufgeschlüsselt. Folgende Unterfragen werden demzufolge für eine schrittweise Beantwortung der Fragestellung adressiert:

- (1) Wie werden Konsequenzen der transnationalen Migration dementer Personen diskutiert?
- (2) Wie werden die transnationalen Beziehungsnetzwerke dementer Personen aus der Schweiz, die in Thailand betreut werden, in den deutschsprachigen Schweizer Medien, in der Demenz-Fachliteratur und vor Ort in thailändischen Demenzzentren diskutiert, erlebt und produziert?
- (3) Welche Rolle wird der Krankheit Demenz in der transnationalen Migration zugeschrieben?

1.4 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss werden das Konzept der Care Chain erneut aufgegriffen und Forschungsaspekte und -erkenntnisse aufgeführt, welche relevante und erkenntnisreiche Ergebnisse versprechen. Ausgehend davon werden Fragen aufgeworfen, welche im Diskussionskapitel aufgegriffen und in Bezug auf

meine Forschung analysiert werden. So wird eine Einbettung in den heutigen Forschungsstand ermöglicht. Im Anschluss an die konzeptionelle Grundlage wird auf die methodologischen Überlegungen eingegangen, innerhalb welcher die Diskursanalyse nach Michel Foucault im Fokus steht. Weiter werden die Forschungsschritte und somit die empirische Arbeit genauer ausformuliert und sowohl Datenerhebung als auch deren Auswertung transparent gemacht. In den Kapitel 4, 5 und 6 folgen die Resultate, welche in drei Kapitel unterteilt sind und jeweils eine Konsequenz der Migration demenzkranker Menschen aufgreifen. Ersteres untersucht die *Bedeutung der Sprache* und zeigt den Stellenwert der verbalen und nonverbalen Kommunikation bei der Pflege demenzkranker Personen. Das zweite Kapitel befasst sich mit *kulturellem Verständnis von Demenz und Pflege* und nimmt kulturelle Zuschreibungen in den Blick. Das letzte Resultatkapitel schildert die Auswirkungen der *räumlichen Distanz* zwischen Familienangehörigen und bespricht mögliche Kommunikationsmittel, um diese Distanz zu überwinden. Abschliessend werden im siebten Kapitel die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit gebündelt und mit den besprochenen Aspekten und aufgeworfenen Fragen des Kapitels 2 zusammengeführt. Die Arbeit wird mit einer Schlussbetrachtung, welche sich an den Unterfragen dieser Masterarbeit orientiert, geschlossen.

2 Wissenschaftliche Anknüpfungspunkte – Care Chain Konzept

Die Global Care Chain bildet die theoretische Grundlage für meine Erforschung der Pflege demenzkranker Personen, welche für ihre Betreuung von der Schweiz nach Thailand migrieren. Dieser Zugang ist eine Netzwerkanalyse, welche die transnationalen Verbindungen und Beziehungen der Haushalte ins Zentrum rückt. Das Care Chain Konzept wurde wie erwähnt (siehe Kapitel 1.2) stark von Arlie Hochschild geprägt. Yeates (2004a) entwickelte basierend auf Hochschilds Konzept die „Global Care Chain Analysis“, welche sie als eine detaillierte sozio-geographische Abbildung geschlechterspezifischer Formen der Interaktionen zwischen MigrantInnen versteht. Ein solches Werkzeug soll die Makroebene mit der davon beeinflussten Mikroebene der Menschenleben verbinden (Hochschild, 2000; Yeates, 2004a; Brijnath, 2009).

Ziel meiner Arbeit begründet die weitere Öffnung der Care Chain Forschung und die Diversifizierung des Forschungsfeldes, wodurch Yeates (2012) Aufforderung Folge geleistet werden soll (vgl. auch Liang, 2011: 1819; Brijnath, 2009). Hierzu werden im Besonderen die Verbindungen zwischen den einzelnen, innerhalb der Care Chain agierenden Personen in den Blick genommen. Diese Masterarbeit fokussiert sich nebst der Nord-Süd Migration hauptsächlich auf die subjektbezogene Perspektive des Care Chain Phänomens. Auf diese Weise werden das Leben der MigrantInnen und jenes der Personen, mit welchen sie in Beziehung stehen, betrachtet. Diese Perspektive ist vorherrschend in der Care Chain Forschung und wurde unter anderen bereits von Hochschild (2000; 2006), Pratt (2012), und Parreñas (2001) innerhalb ihrer Forschungen eingenommen.

Yeates (2004a: 80) beschreibt das Global Care Chain Konzept als einen Meilenstein in der theoretischen Konstruktion der Beziehungen zwischen Pflege, Migration und Globalisierung. Gegenstand der Analyse sind die Versorgungsketten, welche entstehen, wenn transnationale MigrantInnen die Betreuung und Versorgung von Kindern und alten Menschen im Ausland übernehmen, wodurch sie in ihrer Herkunftsfamilie eine Versorgungslücke hinterlassen (Yeates, 2004a; Hochschild, 2009). Eine solche Lücke wird von Hochschild am folgenden Beispiel dargestellt: „an older daughter from a poor family in a Third World country cares for her siblings (the first link in the chain) while her mother works as a nanny caring for the children of a nanny migrating to a First World country (the second link) who, in turn, cares for the child of a family in a rich country (the final link)“ (Hochschild, 2009: 35). Diese Definition geht einerseits auf die unterschiedlichen, im Beziehungsnetzwerk eingeschlossenen Personen ein, die dadurch zu einem Teil der Care Chain werden.

Andererseits führt die Definition den vorherrschenden Analysefokus der Süd-Nord Migration vor Augen.

Ein zentraler Bestandteil des Care Chain Konzeptes ist Ungleichheit bezüglich Arbeit und Emotionen. Diese Ungleichheiten oder *Surplus values(s)* entstehen gemäss Hochschild (2000) durch Pflegeoutsourcing. Im Hinblick auf die Kinderbetreuung thematisiert Hochschild (2000) diesen Surplus Value dadurch, dass die Kinder in den Empfängerländern sowohl durch ihre Eltern als auch durch die migrierte Arbeitskraft betreut werden. Diese Kinder erhalten die Ressource „Liebe“ gemäss Hochschild (2000) somit doppelt, während in den Senderländern aufgrund der Abwesenheit der Mutter eine Versorgungslücke – ein „care deficit“ – entsteht. Die Betreuung muss daher von anderen Familienmitgliedern, wie Grosseltern oder älteren Geschwistern übernommen werden. Hochschild (2000) sieht diese Extraktion von Liebe als einen „emotionalen Imperialismus“. In den frühen Phasen des Imperialismus extrahierten die nördlichen Länder unter anderem natürliche Ressourcen (z.B.: Agrarprodukte, Metalle, Zucker und weiteres) aus den kolonialisierten Ländern. In der heutigen Zeit sei die Liebe das neue Gold, welches extrahiert und gehandelt werde. Der Begriff des Surplus Values wird allerdings in allen Debatten kontrovers diskutiert. BefürworterInnen von Hochschilds (2000) Schlüssen verweisen auf die Absenz der Mutterliebe oder auf das „care deficit“, welches sich beispielsweise in schlechten Schulleistungen der Kinder äussere. Sie vertreten die Meinung, dass eine Betreuung durch andere Familienmitglieder unzureichend ist (vgl. Parreñas, 2001; Yeates, 2012; Gamburd, 2000; Phoenix, 2009). KritikerInnen hingegen betonen die Anwesenheit der Väter und kritisieren Hochschild (2000) dahingehend, dass Vaterliebe nicht minderwertig zu beurteilen sei als Mutterliebe (vgl. Murphy, 2014). Murphy stellt diesbezüglich folgende Frage „can we assert that because women migrant care workers are, perhaps, ‘loving’ the people they care for, they are necessarily taking love away from their own kin?“ (Murphy, 2014: 193). Trotz dieser Kritik wird im weiteren Verlauf meiner Arbeit nach einem Äquivalent zu Hochschilds (2000) Mutterliebe als extrahierte Ressource in der Care Chain bei der Pflege von demenzkranken Personen aus der Schweiz in Thailand gesucht

Neben Hochschild (2000) richtet auch Parreñas (2001) ihre Aufmerksamkeit auf die emotionale Ebene der MigrantInnen. Sie betrachtet die transnationalen Familien aus subjektbezogener Perspektive und verweist dabei einerseits auf die Emotionen der PflegerarbeiterInnen gegenüber ihren Pflegekindern, andererseits gegenüber ihren eigenen Kindern und Familien. Parreñas (2001) argumentiert, dass die traditionellen Ideologien des Familienlebens wichtige Rahmenbedingungen sind. Emotionen werden gemäss Parreñas (2001) durch solche Ideologien bestimmt. Ideologien seien hingegen kulturell geprägt und unterscheiden sich grundsätzlich in verschiedenen Gesellschaften. Der Umgang mit Kindern und älteren Menschen unterscheide sich aufgrund dieser Erwartungen und kulturellen Vorstellungen stark zwischen den südlichen und nördlichen Ländern. Diese Erwar-

tungen machen die Beschäftigung von Pflegepersonal aus südlichen Ländern für den Norden attraktiv (Parreñas, 2001). Yeates (2012) begründet, dass viele Arbeitgebende PflegerInnen aus einem bestimmten Land bevorzugen, da sie ihnen bestimmte Verhaltensmuster, kulturelle oder religiöse Eigenschaften zuschreiben. Mexikanische und peruanische Kindermädchen werden gemäss Yeates (2012: 143) als „unterwürfig“ und „natürliche Mütter“ angesehen. Auch Liang (2007; 2011) thematisiert innerhalb ihrer Forschung eine solche Ethnisierung. Gemäss Liang (2011) bespricht das Global Care Chain Konzept kaum nationale Hierarchien, welche die Care Arbeit massgeblich formen. Die Diskussion der Care Arbeit kann gemäss Liang (2011: 1819) aber nicht von der globalen Hierarchie von Klassen, Nationalitäten, Gender und ethnischer Herkunft getrennt werden. Die Stereotypenbildung im Zusammenhang mit Nationalitäten beschreibt sowohl Liang (2007; 2011), als auch Loveband (2004) als essentiell für die Einschleusung von ArbeiterInnen mit spezifischer Nationalität in einen bestimmten Arbeitssektor. Die Bildung von Stereotypen sei essentiell für das „positioning of the product“ (Loveband, 2004: 336). Die Zuschreibung von gewissen Charakterzügen an bestimmte Kulturen ist demzufolge entscheidend bei der Auswahl der migrierten PflegerInnen. Demzufolge kann angenommen werden, dass nicht nur die Auswahl von Care MigrantInnen, sondern auch die Auswahl des Landes, in welches die demenzkranken Menschen migrieren, aufgrund solcher Zuschreibungen und Vorstellungen geprägt wird (vgl. Liang, 2007). Dieser Annahme möchte ich im Hinblick auf Thailand weiter nachgehen, um zu analysieren, ob und in welchem Ausmass eine Ethnisierung stattfindet.

Ferner knüpfe ich bezüglich der Schwierigkeiten und Herausforderungen der Trennung und Wiedervereinigung einer transnationalen Familie an die Forschung von Geraldine Pratt (2012) an. Die getrennten Familien definiert Pratt (2012), wie bereits im Kapitel 1.2 besprochen, als „families apart“. Dabei zeigt sich, dass die Trennung und der damit verbundene Schmerz für die untersuchten transnationalen Familien zum Alltag gehören und diesen massgeblich prägen (Pratt, 2012). In der vorliegenden Arbeit wird darauf eingegangen, wie diese Trennung aber auch die Wiedervereinigung von den PatientInnen und ihren Angehörigen empfunden und thematisiert werden. Basierend auf der Forschung von Karakayali (2010) werden die Beziehungsnetzwerke, deren Aufrechterhaltung und die geographische Distanz untersucht. Der Blick wird ergänzend auf Kommunikationsmittel gerichtet, welche verwendet werden, um die geographische Distanz zu überwinden und die Beziehungen aufrecht zu erhalten (vgl. Karakayali, 2010). Distanzüberbrückende Kommunikationsmittel wie Skype haben in der Forschung an Wichtigkeit gewonnen (vgl. Longhurst, 2013). Wobei solche Technologien von einigen migrierten Müttern als beziehungserleichternd, von anderen als -erschwerend empfunden werden (Longhurst, 2013).

In den thematisierten Forschungsarbeiten wird auf unterschiedliche Konsequenzen der Migration auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen (Miko- / Makroebene) eingegangen. Angesprochen wer-

den die Trennung der Familie oder die Sicherstellung der Pflege der Kinder in den Empfängerländern. Die Konsequenzen werden sowohl als Chancen als auch als Schwierigkeiten der Migration angesehen.

Mit Hilfe der Care Chain Analyse werden nebst dem gesamten Beziehungsnetzwerk auch unterschiedliche Interaktionen innerhalb des Netzwerkes aufgezeigt. Im Unterschied zu den existierenden Forschungsarbeiten fokussiert sich meine Arbeit auf demenzkranke Personen als mobile Subjekte. Untersucht wird, welche Verbindungen und Beziehungen existieren, aufrechterhalten und produziert werden. Herausforderungen, Probleme und Chancen solcher Beziehungen werden erforscht.

Da sich diese Untersuchung auf transnationale Familien, Beziehungen und Beziehungsnetzwerke bezieht, stellt sich die Frage nach der Definition und dem Umfang des Begriffes Transnationalismus. Für den Begriff Transnationalismus sind verschiedene Definitionen vorhanden. Die meisten beziehen sich auf grenzüberschreitende Verbindungen, Aktivitäten und Tausch. Beispielsweise definieren Basch, Glick Schiller und Szanton Blanc den Begriff als: „the process by which immigrants forge and sustain multistranded social relations that link together their societies of origin and of settlement“ (Basch et al., 1994: 6 zit. In: Boccagni, 2010: 186). Eine weitere geläufige Definition ist jene von Portes et al., in welcher Transnationalismus definiert wird als: „occupations and activities that require regular and sustained social contacts over time across national borders for their implementation“ (Portes et al., 1999: 219). Innerhalb der Migrationsforschung galt die Verbindung zu mehreren Orten zur gleichen Zeit oder das „being neither here nor there“ (IOM, 2010: 1) lange Zeit als prägendes Merkmal der transnationalen Migration. Ein Leben als MigrantIn wird demzufolge als ein Leben geschildert, welches zwischen mehreren geographischen Bezugspunkten aufgespannt – transnational – ist, wobei die sozialen Verbindungen und der Austausch über Staatsgrenzen hinaus reichen. Ausgetauscht werden unter anderem sowohl Ideen, Werte, Aktivitäten als auch ökonomische Unterstützung (vgl. IOM, 2010; Faist, 2010; Kaiser, 2011: 11).

Da gemäss Boccagni (2010) beim Begriff Transnationalismus die Gefahr besteht, diesen als allumfassendes Konzept zu verstehen, wird in dieser Arbeit eine weitere Konkretisierung vorgenommen. Innerhalb dieser Arbeit wird vermehrt von „transnationalen Beziehungsnetzwerken“ gesprochen, dieser Begriff soll erweiternd zu den gängigen Definitionen das gesamte Beziehungsnetzwerk einer migrierten Person beleuchten. Anhand dieser Betrachtungsweise werden auch Beziehungen analysiert, welche durch die Migration auf lokaler oder transnationaler Ebene entstehen und wiederum Auswirkungen auf andere Beziehungen des Netzwerkes haben können. Für meine Arbeit wird Transnationalismus demzufolge als eine Betrachtungsweise definiert, welche die Migration auf Subjektebene in den Blick nimmt. Dabei wird das Augenmerk auf die sozialen Verbindungen, wel-

che MigrantInnen zwischen verschiedenen Ländern aber auch national innerhalb eines Landes erschaffen, gelegt. Das Netzwerk als gesamtes kann dabei als transnational betrachtet werden, da dieses über Staatsgrenzen hinaus erschaffen und aufrechterhalten wird. Auch können so Beziehungen fassbar gemacht werden, welche die migrierte Person nicht direkt einschliessen, aber aufgrund deren Migration transnational entstanden sind.

3 Methodik und Forschungsdesign

Für die Beantwortung der Fragestellung: „*Welche transnationalen Beziehungsnetzwerke entstehen bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand?*“ eignet sich ein diskurstheoretischer Zugang, welcher an die Arbeit des französischen Philosophen Michel Foucault anknüpft.

Für mein Forschungsvorhaben wurden nebst der Analyse der Demenzliteratur und ausgewählten deutschsprachigen Schweizer Medien, qualitative Leitfadeninterviews mit Angehörigen, thailändischen und Schweizer Pflegerinnen wie auch Leitenden von Demenzzentren in Thailand geführt. In der Schweiz wurde die Situation anhand von Freiwilligenarbeit in einem demenzspezialisierten Alterszentrum untersucht. Das folgende Kapitel zeigt sowohl die verschiedenen Schritte der empirischen Arbeit als auch den Forschungsprozess meiner Masterarbeit auf.

3.1 Diskurstheoretischer Zugang

Die Diskursanalyse knüpft an die Arbeit des französischen Sozialphilosophen Michel Foucault an. Sie macht sichtbar, wie die transnationalen Verbindungen demenzkranker Personen aus der Schweiz sowohl in den Medien, als auch vor Ort und in der wissenschaftlichen Literatur thematisiert, konstruiert und erkennbar gemacht werden. Die Diskursanalyse ermöglicht die Darstellung und Interpretation, wie über ein Thema gesprochen wird, was als normal, selbstverständlich, als Ausnahme oder Abwandlung gilt und was in der Diskussion verborgen bleibt (vgl. Schwiter, 2011; Waitt, 2010).

Die analysierte Einheit in einer Diskursanalyse bildet der Diskurs, welcher mit unterschiedlichen Konnotationen behaftet ist. Foucault (1981, zit. In: Bormann, 2011: 221) als Vater der Diskursanalyse definiert den Diskurs als einen Ausdruck von Praktiken, welcher in der Lage ist, Wahrheit zu schaffen sowie Wirklichkeit zu begründen. Jäger beschreibt Diskurse als „Flüsse von Wissen durch Zeit und Raum“ (Jäger, 2004: 23, zit. In: Bormann, 2011: 223). Letztere Definition zeigt gemäss Bormann (2011: 224), dass Wissen nicht nur der „Stoff“ ist, aus welchem Diskurse entstehen sondern auch aus den Diskursen hervorgeht. Untersucht wird, wie sich gewisse Sprechweisen und Aussagen wiederholen, erhärten und dadurch für eine bestimmte Zeit eine unhinterfragte Wahrheit begründen (Schwiter, 2011: 46- 47).

Gemäss Bormann (2011) kann die Vielfalt der Diskursbegriffe in zwei Hauptkategorien unterteilt

werden, basierend auf einer Anwesenheits- oder Abwesenheitsgrundlage von AkteurInnen eines Diskurses. Bei ersterer Kategorie gilt der Diskurs als konkretes Sprechereignis, eine Rede oder ein Gespräch unter Anwesenden. Letztere Kategorie bespricht den Diskurs als wissenschaftlich rekonstruierte, inhaltlich-thematisch bestimmte Textproduktion zwischen physisch nicht anwesenden Teilnehmenden. Beide Kategorien sind in der Lage, Wissen zu produzieren und zu transportieren, mit dem Effekt eine kollektive Wirklichkeitsvorstellung zu konstruieren (Bormann, 2011: 197). In meiner Masterarbeit werden beide Kategorien nach Bormann (2011) einbezogen, da sowohl Interviews (Anwesenheitsgrundlage) als auch wissenschaftliche Literatur und Medien (Abwesenheitsgrundlage) analysiert werden. Da gerade Massenmedien bei der Vermittlung von Wissenschaft gemäss Schäfer (2011) eine zentrale Rolle spielen, möchte ich nun genauer auf diese eingehen.

Massenmedien gelten gemäss Bucchi als „ideal stage for intersection, bridging and negotiation“ (Bucchi 1998: 132, zit. In: Schäfer, 2011: 121) zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Schäfer (2011) zufolge wird in den Massenmedien die Wissenschaft in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt und ihre Möglichkeiten, Legitimation und Grenzen ausgehandelt. Der Diskurs wird dabei durch die Äusserungen und Schilderungen der AutorInnen sichtbar. Diese Äusserungen prägen wiederum die Wertvorstellungen der Leserschaft, ZuschauerInnen, ZuhörerInnen und deren Umfeld und können deshalb als Wirklichkeitskonstrukt bezeichnet werden (Gebhards et al., 1998; Schäfer, 2011). Viele Menschen informieren sich hauptsächlich über Massenmedien zu verschiedenen Themen. Deshalb werden „Massenmedien als Ort gesellschaftlicher Auseinandersetzungen verstanden, an dem unterschiedliche AkteurInnen und Inhalte aufeinander treffen und um die Deutungshoheit zu bestimmten Themen ringen“ (Gebhards & Neidhardt 1991: 58, zit. In: Schäfer, 2011: 123). Unterschiedliche AkteurInnen wie Angehörige der Migrierenden, die BetreuerInnen, die ManagerInnen von Pflegezentren in Thailand oder gar die Demenzkranken selbst, werden durch die Berichterstattung charakterisiert. Gleichzeitig werden andere AkteurInnen oder Aspekte nicht angesprochen. Anhand der Diskursanalyse sollen nebst dem gesellschaftlich Tollerierten auch das Verbotene, Tabus, Einschränkungen und Ungesagte sogenannte „blinde Flecken“ aufgedeckt werden (Trültzsch, 2009: 113).

Im Allgemeinen ist die Methodik der Diskursanalyse von Foucault nicht eindeutig dargelegt, weshalb sie auch heute vielmehr als eine methodologische Haltung oder Perspektive angesehen wird (Bormann, 2011). Die Diskursanalyse ist folglich ein Analyse-Verfahren, das sich an der Diskurstheorie von Foucault orientiert, jedoch nicht als abschliessend entwickelte Methode verstanden wird. Foucault äussert sich wie folgt zu diesem Thema: „Das ist nicht eine allgemeine Methode, die für andere oder für mich definitiv gültig wäre. Was ich geschrieben habe, sind keine Rezepte, weder für mich noch für sonst jemand. Es sind bestenfalls Werkzeuge – und Träume“ (Dits et Ecrit, 4: 53, zit. In: Jäger, 2012: 77).

Ein zentraler Aspekt der Diskursanalyse stellen die Machtpositionen dar. Bereits Foucault beschäftigte sich stark mit der Frage, wie Macht und Wissen ineinander verwoben sind. Er betont, dass Wissen nichts objektiv Wahres und subjektiv Verfügbares, sondern vielmehr etwas ist, das in den jeweiligen dynamischen, machtvollen und soziohistorischen Akteurskonstellationen als gültiges Wissen anerkannt und ausgehandelt wird. Diskurse werden also kontrolliert, wodurch verschiedene Menschen oder Positionen ausgeschlossen werden (Trültzsch, 2009: 111). „Jede Gesellschaft hat ihre eigene Ordnung der Wahrheit, ihre „allgemeine Politik“ der Wahrheit; d.h. sie akzeptiert bestimmte Diskurse, die sie als wahre Diskurse funktionieren lässt (...)“ (Foucault, 1978, zit. In: Jäger & Jäger, 2007: 1).

Da die Diskursanalyse darauf abzielt, die Praktiken, welche den Diskurs hervorbringen, in die Analyse einzubeziehen, geht eine solche Analyse über eine Inhaltsanalyse hinaus. Sie fragt nach historischen, institutionellen, sozialen und formalen Bedingungen und Begleiterscheinungen dieser Prozesse (Bormann, 2011). Weiter ermöglicht die Diskursanalyse darzustellen, wie über ein Thema gesprochen wird. Dies ist für die vorliegende Masterarbeit von entscheidender Bedeutung, weil infolge meiner Feldforschung von rund drei Wochen kaum Aussagen darüber getroffen werden können, wie transnationale Beziehungen im Alltag langfristig gelebt werden. Andererseits geht aus der Demenzliteratur hervor, dass demente Personen meist eigene Vorstellungen der Realität haben (vgl. Roth-Brons & Roth, 2013: 10), welche die Diskursanalyse zu erfassen vermag. Insgesamt ist das Ziel dieser Masterarbeit, den Diskurs um die Betreuung und Pflege demenzkranker, aus der Schweiz ausgewanderte Personen in Thailand zu analysieren und Übereinstimmungen, Kontroversen und „blinde Flecken“ der verschiedenen Diskursebenen aufzudecken.

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Medienanalyse

Um den Diskurs in den Schweizer Medien untersuchen und darstellen zu können, wurden 72 deutschsprachige Veröffentlichungen aus Zeitungen, Fernseh- und Radioprogrammen untersucht. Diese Veröffentlichungen sind zeitlich auf die letzten zwölf Jahre beschränkt. Aus diesem Grund ist auch die Analyse der historischen Veränderung des Diskurses zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich. Zu Beginn der Analyse wurden ebenfalls Medien aus Deutschland analysiert. Aufgrund des weitgehend deckungsgleichen Diskurses, habe ich mich für den (relativ) homogenen Kontext der deutschsprachigen Schweizer Medien und somit gegen Deutsche Medien entschieden.

Die Diskursanalyse wurde in zwei Schritten durchgeführt: Für eine möglichst ganzheitliche Abdeckung des Diskurses wurde in einem ersten Schritt allgemein nach deutschsprachigen Veröffentlichungen gesucht, welche sich mit der Thematik der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand auseinandersetzen. Für die Suche der Artikel wurden drei Datenbanken, genauer: Factiva, Swissdox und Lexis Nexis University² verwendet. Die Suche fand fast ausschliesslich im Internet statt, wurde allerdings durch weiterführende Veröffentlichungen gleicher Herausgeberschaften ergänzt. Diese sind in den Datenbanken teilweise nicht vorhanden.

In einem zweiten Schritt wurden diejenigen Reportagen selektiert, welche die transnationalen Beziehungsnetzwerke einer Nord-Süd Migration thematisieren. Von den anfänglichen 72 Artikeln wurden durch die vorgenommene Selektion 61 genauer analysiert (siehe „Analysierte Medienberichte“). Dabei wurde festgestellt, dass die meisten Publikationen im Jahr 2013 veröffentlicht wurden. Für die Jahre 2009 und 2010 konnten keinerlei Veröffentlichungen ausfindig gemacht werden. Die Abbildung 1 zeigt, wie sich die Diskussion um das Thema der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand, gemessen an der Anzahl untersuchten Medienpublikationen der letzten zwölf Jahre, abspielte.

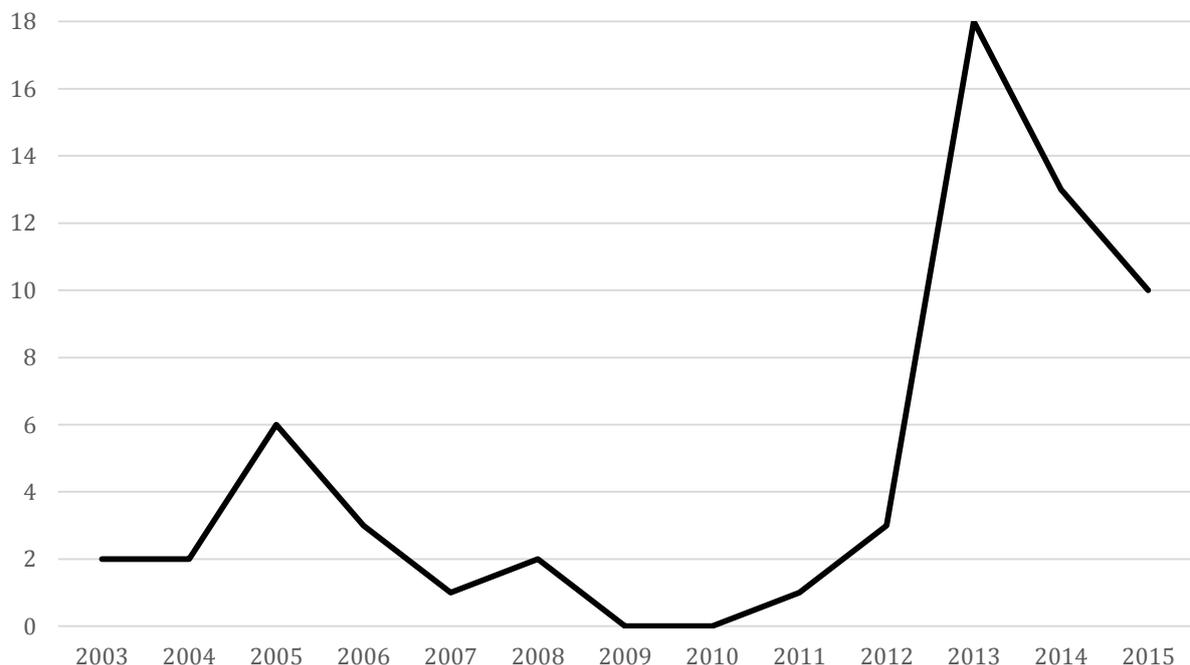


Abbildung 1: Anzahl untersuchter Veröffentlichungen über die Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand im Zeitraum 2003 bis 2015 (eigene Darstellung).

² Internetseiten: www.global.factiva.com; www.lexisnexis.com; www.swissdox.ch

Die Herausgeberschaften der Veröffentlichungen bestehen sowohl aus Tages- (Bsp. Tagesanzeiger) als auch Wochen- und Monatszeitungen (Bsp. Beobachter), Radio- und Fernsehbeiträgen. Aufgrund fehlender Veröffentlichungen sind keine Gratiszeitungen in der Analyse enthalten.

Aufgeteilt auf die verschiedenen Herausgeberschaften zeigt sich, dass der Blick, die Berner Zeitung und das SRF (Schweizer Radio und Fernsehen) am meisten Beiträge zum genannten Thema veröffentlicht haben. In Abbildung 2 wird die Anzahl der untersuchten Publikationen für jede Herausgeberschaft einzeln aufgelistet. Regional sind Unterschiede bezüglich der Quantität der Berichterstattung festzustellen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Medien überregional eingesehen werden können.

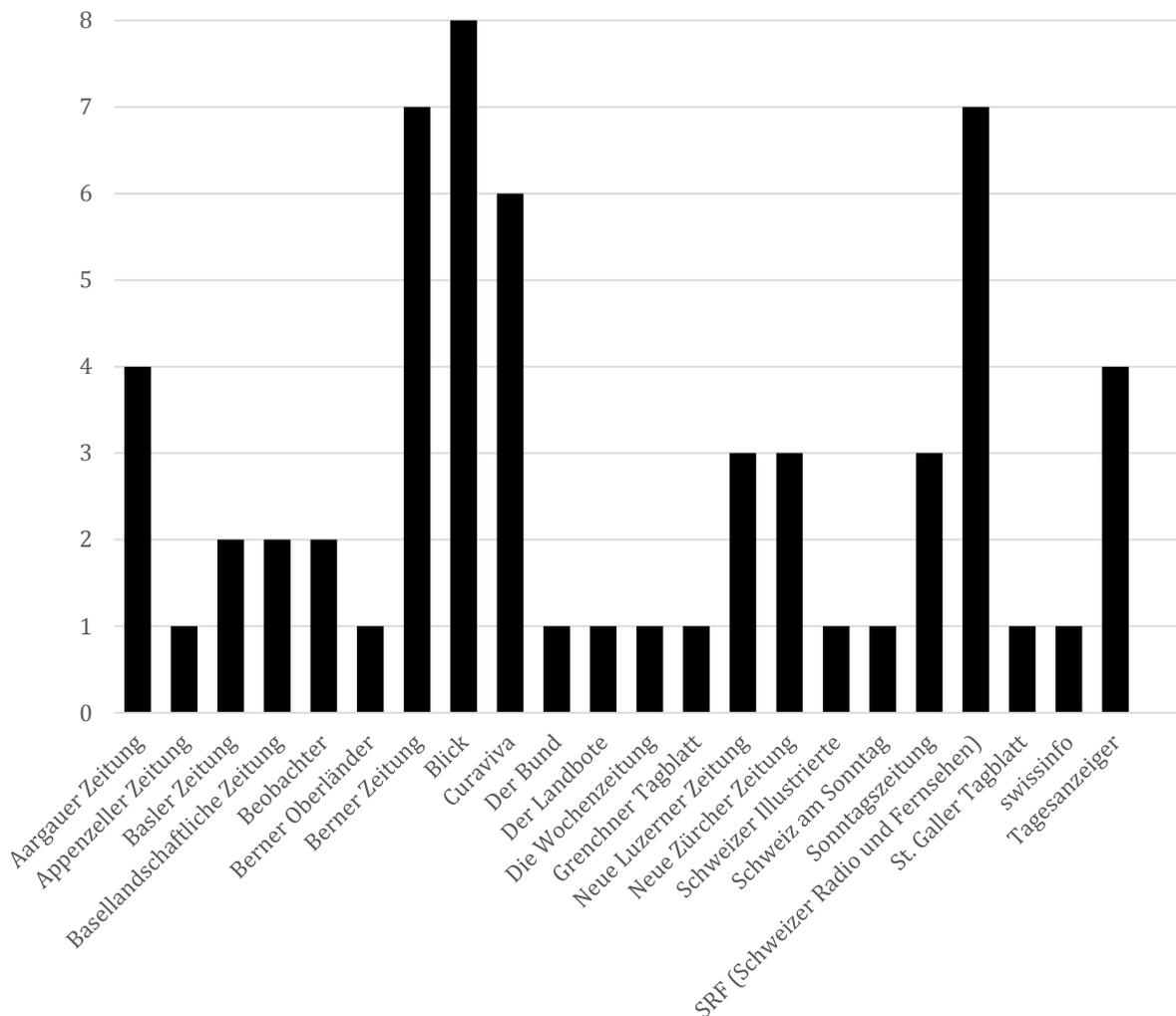


Abbildung 2: Anzahl untersuchter Berichterstattungen über die Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand gemessen an den Herausgeberschaften (eigene Darstellung).

3.2.2 Ethnographische Forschung

Um die Forschungsfrage hinsichtlich der Situation in Thailand beantworten zu können, habe ich zwei Schweizer Demenzzentren in Thailand besucht. Im Pflegezentrum A war ich vom 27.06.2015 bis 10.07.2015, während ich im Pflegezentrum B vom 10.07.2015 bis 12.07.2015 zu Gast war. Der Unterschied der Längen meiner Aufenthalte spiegelt sich in der Anzahl gesammelter Daten wider und wird bei der Analyse berücksichtigt. Für die Untersuchung der Situation in Schweizer Alterszentren habe ich Freiwilligeneinsätze in einem demenzspezialisierten Alterszentrum geleistet, wodurch ich den Alltag der BewohnerInnen miterleben durfte.

Innerhalb der Ethnographie sind verschiedene Strategien zur Datenerhebung möglich. Während meiner Feldforschung habe ich sowohl von der teilnehmenden Beobachtung, als auch von informellen und formellen Interviews Gebrauch gemacht. Auf die beiden verwendeten Methoden, deren Möglichkeiten und Umsetzung möchte ich in den folgenden Abschnitten eingehen.

Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung bezeichnet eine Feldforschungsmethode der Sozialwissenschaften. Mittels dieser Methode sollen Erkenntnisse über Verhalten, Handlung der Untersuchungsobjekte und daraus folgende Auswirkungen gewonnen werden. Definiert wird die teilnehmende Beobachtung von Becker und Geer (1984, zit. In: Roper & Saphira, 2004: 27) als „das Zusammenbringen von Daten durch Teilnahme am Alltag einer Gruppe oder Organisation“. Nicht das Studieren der Menschen ist dabei zentral, sondern das „von-Menschen-Lernen“. Die persönliche Teilnahme der Forschenden ist dabei charakteristisch und reicht von blosser physischer Anwesenheit bis zu vollständigen Interaktionen (Roper & Saphira, 2004; Müntz, 2008). Nach Roper & Saphira (2004: 32-34) ist die Kombination aus teilnehmendem Beobachten und beobachtendem Teilnehmen erstrebenswert, da dies ethnographisch die besten Gelegenheiten bieten, Ergebnisse wahrzunehmen und deren Bedeutung zu verstehen. Diese kombinierte Rolle erlaubt ForscherInnen einen gewissen Abstand von der Situation zu wahren, um ihre Beobachtungen deuten und somit ihre Ergebnisse analysieren zu können (Roper & Saphira, 2004). In den Demenzzentren in Thailand, wie auch im Alterszentrum in der Schweiz, habe ich diese Kombination angewendet und sowohl in der Pflege mitgeholfen, als auch durch Beobachtung Informationen gesammelt.

Interviews

Nebst der teilnehmenden Beobachtung bedient sich meine Masterarbeit der Methode formeller und informeller Interviews. Letztere sind bei der Validierung der Beobachtungen während der Feldforschung zentral. Ausserdem verhelfen Interviews dazu, Daten zu sammeln, welche nicht beobachtbar oder durch Beobachtung nicht fassbar sind wie beispielsweise Gedanken der TeilnehmerInnen

(Roper & Saphira, 2004).

Informelle Interviews werden nicht per se geplant und entstehen aus der Situation heraus. Beispielsweise sind dies Fragen zu einer Beobachtung oder einem Ereignis unmittelbar nach deren Eintreten. Dies ermöglicht die Wahrnehmung der TeilnehmerInnen mit jener der ForscherInnen zu vergleichen (Roper & Saphira, 2004).

Formelle Interviews erfordern eine gewisse Vorbereitung. Für die formellen Interviews wurden Interviewleitfäden erarbeitet, welche eine Reihe von Themen und spezifischen Fragen enthalten. Für die Ausarbeitung und Durchführung der Interviews habe ich mich an den Unterlagen von Cornelia Helfferich (2005) orientiert. Anhand dieser Unterlagen konnten Fragen ausformuliert werden, welche später den entsprechenden InterviewpartnerInnen gestellt wurden. In Anlehnung an Cornelia Helfferich (2005) wurden die Fragen in zwei Gruppen unterteilt. Leitfragen (abgekürzt mit L) werden als Erzählaufforderungen verstanden und sind deshalb so offen wie möglich formuliert. Konkrete Nachfragen (abgekürzt mit K) fragen inhaltliche Aspekte ab, welche im Gespräch noch nicht behandelt wurden. Bei der Erarbeitung des Leitfadens wurde darauf geachtet, dass keine Faktenfragen oder Suggestivfragen verwendet werden, dass die Formulierung zum Redefluss beitragen, nichts gefragt wird, was schon bekannt ist und die Forschungsfrage nicht direkt abgefragt wird (vgl. Helfferich, 2005). Die ausgearbeiteten Leitfäden sind im Anhang beigelegt.

3.3 Transkription

Zwölf der vierzehn geführten, leitfadengestützten Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschliessend wörtlich transkribiert. Die zwei fehlenden Aufnahmen lassen sich dadurch begründen, dass eine der Interviewpartnerinnen nicht aufgenommen werden wollte, während sich das zweite nicht aufgenommene Interview in einem Gespräch ergeben hat. Für beide wurde ein Protokoll angefertigt, welches später ausgewertet wurde. Bei den wörtlichen Transkripten, wie auch bei den Protokollen wurden alle Personen und spezifischen Orte anonymisiert. Auch unterscheide ich in meiner Masterarbeit nicht zwischen Pflege- und Betreuungskraft, da die Qualifizierung der Arbeitskräfte für meine Arbeit keine entscheidende Rolle spielt. Weiter wurde eine Glättung der Texte vorgenommen. Sprachlich geglättet wurde einerseits durch die Transkription von schweizerdeutschen Dialekten ins Schriftdeutsche und andererseits vom Englischen oder Französischen ins Schriftdeutsch. Eine solche Glättung ist für diese Arbeit unproblematisch, da sprachliche Details, wie die Betonung nicht analysiert werden (vgl. Mayring, 2002). Für die Verwendung der Zitate wird darauf aufmerksam gemacht, dass nur weibliche Pflegerinnen interviewt wurden, da entweder keine männlichen Pfleger angestellt waren oder ich aufgrund ihrer Schichten nicht mit ihnen ins Gespräch kam. Als Selektionskriterium für die Interviews sind zudem die Sprachkenntnis-

se zu nennen. Einige PflegerInnen, welche die englische Sprache nicht beherrschten, konnten deshalb nicht interviewt werden. Die Tabelle der anonymisierten InterviewpartnerInnen, sowie der Transkriptionsregeln sind im Anhang aufgeführt.

3.4 Datenauswertung nach Waitt und Jäger & Jäger

Für die Auswertung der Daten wurde, wie bereits besprochen, ein diskursanalytischer Zugang herbeigezogen, welcher nicht als abgeschlossene Methodik sondern als Werkzeug zu betrachten ist (vgl. Jäger, 2012). Für die Erarbeitung einer Diskursanalyse sind verschiedene Vorlagen vorhanden, wie jene von Waitt (2010) oder Jäger & Jäger (2007). Für die vorliegende Diskursanalyse habe ich mich am Vorgehen von Waitt (2010) orientiert. Zudem beziehe ich mich auf das begriffliche Instrumentarium von Jäger & Jäger (2007), welches sich stark auf die Veröffentlichungen von Foucault stützt.

Jäger & Jäger (2007: 25-31) strukturieren verschiedene Begrifflichkeiten, wobei ich hier nur jene aufführe und erkläre, welche für die Bearbeitung meines Materials verwendet wurden.

Texte oder Textteile, welche ein bestimmtes Thema behandeln, werden *Diskursfragmente* genannt. In dieser Masterarbeit bilden Zeitungsartikel, Transkripte von Radio- oder Fernsehsendungen oder Teile davon Diskursfragmente. Verschiedene Diskursfragmente, welche sich mit demselben Thema beschäftigen nennt man *Diskursstränge*. Weiter bilden die verschiedenen untersuchten Medien *Diskursebenen*. Diskursebenen meiner Masterarbeit bilden die untersuchten Schweizer Medien, die Demenzliteratur und die ethnographische Forschung. Die jeweiligen Diskursstränge treten auf verschiedenen Diskursebenen auf. Die Diskursebenen wirken dabei aufeinander ein, beziehen sich aufeinander und sind somit stark miteinander verflochten. Zuletzt ist die *Diskursposition* zu nennen. Diese Kategorie umfasst die spezifische politisch-ideologische Haltung eines Individuums, einer Gruppe oder eines Mediums. Die Diskursposition ist „das Resultat der Verstricktheit in diverse Diskurse, denen das Individuum ausgesetzt war und die es im Verlauf seines Lebens zu einer bestimmten ideologischen bzw. weltanschaulichen Position (...) verarbeitet hat" (Jäger, 1996, zit. In: Jäger & Jäger, 2007: 29). Innerhalb eines herrschenden Diskurses sind die Diskurspositionen homogen. Diskurspositionen, welche davon abweichen bilden den *Gegendiskurs*.

Nach dem zweistufigen Codierungsverfahren von Gordon Waitt (2010: 231ff) wurde das zu analysierende Material in einem ersten Schritt durchgelesen und grob nach Themenblöcken geordnet (deskriptive Codes). Dieser erste Schritt dient der Strukturierung und Orientierung der Aussagen. Daraus wurden drei Konsequenzen der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand herausgearbeitet, nach welchen die Resultate gegliedert sind (*Bedeutung der Sprache*,

kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz und räumliche Distanz). In einem zweiten Schritt wurden die Themenblöcke genauer analysiert und feine Codes eingesetzt (analytische Codes). Somit können die verschiedenen Diskurspositionen innerhalb einer Diskursebene aber auch ebenenübergreifend betrachtet, einander gegenübergestellt und analysiert werden. Der Codierungsprozess nach Waitt (2010: 232) ist als iterativer Prozess zu verstehen. Um diesem iterativen Prozess gerecht zu werden, wurden die Daten mit Hilfe von MAXQDA³ verwaltet, einer Software für qualitative Datenanalyse. Die Interviewtranskripte, -protokolle, Beobachtungen, wissenschaftlichen Texte sowie die 61 Medien wurden so codiert, analysiert und vernetzt.

³ <http://www.maxqda.de/>

4 Bedeutung der Sprache

Im folgenden Teil meiner Arbeit beschäftige ich mich mit den drei Diskursfeldern *Bedeutung der Sprache* (Kapitel 4), *kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz* (Kapitel 5) und *räumliche Distanz* (Kapitel 6), welche anhand vorgängiger Analysen als Konsequenzen der Migration resultieren. Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage, wie in den Diskursebenen über diese Konsequenzen diskutiert wird. Ziel dieser Analysearbeit ist die Illustration von Kontroversen und Übereinstimmungen der verschiedenen Diskursebenen, sowie das Aufzeigen von bis anhin noch nicht diskutierten Aspekten, Begründungsmustern und Perspektiven.

Nebst der Untersuchung der medialen Sichtweise sind Interviews mit Leitenden der Demenzzentren, Pflegerinnen und Angehörigen der Demenzkranken in Thailand für die folgenden Resultatkapitel grundlegend. Jedes der nachfolgenden Kapitel greift je eine Konsequenz auf. In einem ersten Schritt wird die Sichtweise der deutschsprachigen Schweizer Medien und jene der Forschung rund um das Thema Demenz veranschaulicht. In einem zweiten Schritt werde ich die ethnographische Sichtweise aufzeigen, Aussagen interpretieren und deren Bedeutung im Zusammenhang mit den bereits illustrierten Diskursebenen vergleichen.

4.1 Verstanden werden und Körpersprache – Mediendiskurs

Das Thema Sprache und Kommunikation wird in den Schweizer Medien im Kontext der Migration demenzkranker Personen wiederholt aufgegriffen. Die „unbekannte Sprache“ (Jorio, 2014) wird in Gesprächen mit Schweizer Fachpersonen, Angehörigen oder Leitenden von Demenzzentren hervorgehoben und tritt somit überwiegend in Zitatform in Erscheinung. Die Frage „(...) wie fühlt sich der Kranke, wenn sein Schweizerdeutsch nicht verstanden wird?“ (Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 2004) steht hierbei im Fokus dieser Debatte. Sowohl Stimmen, welche sich für die *verbale Kommunikation* als auch solche, die sich für die *nonverbale Kommunikationsform* aussprechen, finden innerhalb dieser Debatte Gehör.

Das Bedürfnis der demenzkranken Menschen in ihrer „Sprache verstanden [zu] werden“ (Sambar, 2013) wird als wichtig und deshalb das Fehlen der Kommunikation in der Muttersprache als problematisch empfunden. Gemäss Michael Schmid Leiter des Demenzzentrums Sonnweid in Wetzikon muss bei einsetzenden Sprachstörungen stets jemand anwesend sein, der die Muttersprache spricht (Hansen, 2005e: 14). Ferner wird im Tagesanzeiger angemerkt, dass die Verständigung zwischen

thailändischen PflegerInnen und PatientInnen aus der Schweiz verbal wie auch nonverbal Schwierigkeiten bereitet (Kessler, 2014).

Andererseits verweisen einige Artikel auf den Bedeutungsverlust der Sprache mit zunehmendem Krankheitsgrad, „anstelle der Sprache werden Gesten, Blicke, Gesichtsausdrücke, Berührungen wichtiger“ (Jorio, 2014). Martin Woodtli, Leiter eines Demenzzentrums in Thailand schreibt der thailändischen Sprache aufgrund ihrer „Weichheit und Sanftheit“ die Fähigkeit zu, „bei Demenzkranken ein Gefühl von Entspannung auszulösen“ (Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 2004). Darüber hinaus sind die fehlenden Sprachkenntnisse laut Martin Woodtli ein Vorteil, da weder auf Behauptungen, noch auf Gehässigkeiten der PatientInnen reagiert werden könne und müsse (Kessler, 2014).

Diese Diskursstränge veranschaulichen zwei gegenüberstehende Thematisierungsweisen der Sprache innerhalb der untersuchten Schweizer Medien. Auffallend ist, dass der Diskurs, welcher die Wichtigkeit der *verbalen Verständigung* bespricht, durch Aussagen einer breiten Vielfalt an Personen mit unterschiedlichen Hintergründen gestützt wird. Der Diskurs mit dem Argument der *nonverbalen Kommunikation* basiert hingegen auf Aussagen von wenigen Personen, welche in den untersuchten Medien wiederkehrend zitiert werden. Die Diskursmacht liegt innerhalb dieser Debatte bei letzterem Diskurs mit Präferenz der nonverbalen Kommunikation. Dies bedeutet, dass die Medienpräsenz gewisser Personen ausgeprägter ist, wodurch ihre Wahrnehmung gefestigt und ihre Aussagen vermehrt zitiert werden. Durch die Wortführung einer Diskursposition wird der Leserschaft innerhalb eines Diskurses ein einseitig verstärktes Bild vermittelt.

Um das Augenmerk mehr auf den Kontext der Aussagen zu legen, wurden die Aussagen auf deren Herkunft und Konnotation geprüft. Dabei ergab sich die auffällige Tendenz der aussenstehenden, Schweizer Fachleute, sich für die *verbale Verständigung* in der Pflege auszusprechen. Hingegen bewerten Fachleute in Thailand die *nonverbale Kommunikationsform* als geeignetere Form der Kommunikation, wodurch die verbale Kommunikation vernachlässigt werden könne.

Trotzdem äussern sich vereinzelt auch Fachpersonen in Thailand entgegen der vorher genannten Tendenzen hinsichtlich der Sprachbarriere mit Bedenken.

Diesen zwei aufgezeigten Diskurssträngen der Schweizer Medien wird im folgenden Kapitel weiter nachgegangen. Das Unterkapitel 4.2 befasst sich mit der Demenzliteratur zum Thema Sprache, wodurch weitere Perspektiven aufgezeigt werden.

4.2 Kommunikationsfähigkeit – Sichtweise der Fachliteratur

„Das Bedürfnis mit Seinesgleichen zu kommunizieren, ist so alt wie der Mensch selbst“ (Paillon, 2010: 46).

Die sich mit zunehmendem Krankheitsgrad verschlechternde Kommunikationsfähigkeit demenzkranker Menschen stellt den zentralen Diskussionspunkt der Demenzliteratur dar. Hütz et al. (2012: 112-113) beschreiben den Verlauf der Krankheit im Hinblick auf die Sprachfähigkeiten wie folgt:

- Frühstadium: geprägt von einer Reduktion des Sprachtempos, Wortfindungs- und Benennungsstörungen, einer Einschränkung im Textverständnis, Schwierigkeiten beim Verstehen von Metaphern sowie dem Verlust des „roten Fadens“. Im Allgemeinen wird von einer Vereinfachung der Sprache gesprochen.
- Mittleres Stadium: Silben, Worte und/oder Satzphrasen werden oftmals wiederholt. Vermehrt treten semantische Wortverwechslungen auf, ausserdem entwickeln sich Wortfindungsstörungen und eine Abnahme der Fähigkeit semantische Hilfen zu nutzen. Weiter treten Fehler bei der Bildung komplexer Sätze auf, was vermehrt zu Satzabbrüchen führt. Das Sprachverständnis ist stark gestört, wodurch auch aussenstehende Personen die sprachlichen Defizite des Patienten/ der Patientin bemerken.
- Spätes Stadium: die Sprache ist nun stark angeschlagen. Aufgrund sehr häufig auftretender phonematischen Paraphasien (Beispiel: Bulme statt Blume) der automatisierten Sprache und der starken Wortfindungsstörungen ist eine Kommunikation kaum noch möglich. Die Literatur spricht hierbei von einer Inhaltsentleerung der Restsprache, bei welcher das Sprachverständnis stark beeinträchtigt und die Wortfindung beinahe restlos zusammengebrochen ist.

Einhergehend mit den geschilderten Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit besprechen Haberstroh et al. (2011) sowohl die Einschränkung des Wohlbefindens als auch der Lebensqualität. Sie erachten die Aufrechterhaltung der Kommunikation für den Erhalt der Lebensqualität demenzkranker Menschen als notwendig. Fühlen sich Demenzkranke unverstanden oder werden ständig unterbrochen, folge eine seelische und soziale Isolation, welche früher oder später zu Verstummung führe. „Menschen mit Demenz können nichts an ihren Kommunikationsschwächen ändern, da diese krankheitsbedingt sind. Aber wir, die Personen in der Umgebung der erkrankten Menschen, können unser Verhalten so ändern, dass es der betroffenen Person hilft“ (Haberstroh et al., 2011: 38).

Ergänzend vertreten Hütz et al. (2012) die Annahme, dass bis zu einem gewissen Grad der Krankheit (ein Krankheitsstadium der progressiven Sprachstörung mit einer leichten bis mittelschweren Benennungsstörung, was einem frühen bis mittleren Stadium (siehe obige Definition) entspricht)

die Kommunikation durch aktives Training gefördert werden kann. Dies bedeutet, dass der oben beschriebene Verlauf durchaus verzögert, nicht aber gestoppt werden kann (Haberstroh et al., 2011; Hütz et al., 2012; Pfeil, 2009). Ein solches Training erfolgt gemäss Hütz et al. (2012) mittels störungsspezifischer Ansätze, welche auf eine gezielte Behandlung von Komponenten des Sprachsystems ausgerichtet sind. Eine Sprachverständnisaufgabe einer solchen Methode sieht beispielsweise vor, einen Begriff dem richtigen Bild oder Symbol zuzuordnen. Hütz et al. (2012) haben in einer Studie eine solche Methode getestet und stellen Leistungssteigerung der sprachlichen Fähigkeiten bei PatientInnen mit Alzheimer-Demenz fest. Nebst langfristigen und effektiven Erfolgen, verweisen sie in dieser Studie darauf, dass Programme dieser Art motivationsfördernd sind, da PatientInnen dem Fortschreiten ihrer Krankheit begrenzt, eigenständig entgegenwirken können (Hütz et al., 2012).

Ein weiteres Augenmerk dieses Diskurses wird auf die Muttersprache gelegt. Die deutsche Alzheimervereinigung e.V. (2015) beschäftigt sich umfangreich mit der Kommunikation demenzkranker Menschen im Hinblick auf deren Muttersprache. Die Vereinigung (2015) geht davon aus, dass Demenzkranke die Fähigkeit sich in ihrer Muttersprache zu verständigen, länger aufrechterhalten können, als in einer erlernten Sprache. Gedächtnisspuren aus kürzer zurückliegenden Lebensabschnitten verblassen gemäss der Vereinigung in der Regel schneller, als jene aus der Kindheit, Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter (Deutsche Alzheimervereinigung e.V., 2015). Auch Paillon (2010) diskutiert in ihrem Buch „Kultursensible Altenpflege – Ideensammlung mit Fokus Demenz“ die Bedeutung der Muttersprache, welche sie als Identitätsmerkmal einer Person definiert. Mit den Worten: „Wir haben ein Recht auf unsere eigene Sprache, und es ist nachvollziehbar, dass wir durch die Erhaltung eines wichtigen Identitätsmerkmals psychisch bedeutend belastbarer sind, denn man nimmt uns nichts weg von dem was uns als Person, als Persönlichkeit, ausmacht“ beschreibt Paillon (2010: 45) ebenfalls die Wichtigkeit der Muttersprache. Ein lediglich einsprachiges Angebot für mehrsprachige MigrantInnen kritisiert sie. Dieses sei eine völlige Vernachlässigung der Herkunftssprache der PatientInnen (Paillon, 2010: 45-47). Die genannten Diskussionspunkte rund um die Muttersprache und die Förderung der Kommunikation zeigen Parallelen zum medialen Diskurs der *verbalen Kommunikation*.

Nebst diesen Parallelen können in der Demenz- Fachliteratur Diskussionspunkte herausgelesen werden, welche die medialen Argumente der *nonverbalen Kommunikation* aufgreifen. Die Demenz-Fachliteratur beschreibt den Verlust der verbalen Sprache in der letzten Phase der Krankheit und das Verstummen oder Bilden von unsinnigen Wortketten, wodurch auf die Körpersprache und die emotionale Ausdrucksweise zurückgegriffen wird. Die Möglichkeit bestehe, dass eine demenzerkrankte Person die gesprochenen Worte nicht mehr verstehe. Eine Kommunikation könne dennoch zustande kommen, wenn dem Gespräch mit der Mimik und dem Tonfall zusätzlich Ausdruck verliehen werde (Haberstroh et al., 2011; Sachweh, 2006). Im Hinblick auf die nonverbale Kommuni-

kation darf gemäss Sachweh (2006) nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch bei dieser Art der Kommunikation einige Veränderungen während des Krankheitsverlaufes erkennbar sind. Zwar seien demente Menschen ExpertInnen für die Deutung nonverbaler Signale, verlieren aber selbst die Fähigkeit, eindeutige körperliche Signale zu senden. Trotz dieser Veränderungen hält Sachweh (2006) die Körpersprache für das wichtigste Kommunikationsmittel demenzerkrankter Menschen.

Beide in den Medien aufgezeigten Diskursstränge – *verbale Kommunikation* und *nonverbale Kommunikation* – werden im Diskurs der gängigen Demenzliteratur aufgegriffen und diskutiert. Wie oben gezeigt, spricht sich die Diskursebene der Demenzliteratur stark für den Diskurs der *verbalen Kommunikation* aus. Die Verwendung der *nonverbalen Kommunikation* wird innerhalb der Demenzliteratur differenzierter diskutiert, als dies in den Medien der Fall ist. Erst in einem späteren Stadium der Demenz wird die nonverbale Kommunikation als wichtigerer Bestandteil der Kommunikation besprochen. Zusammenfassend wird die Sprache in der Diskursebene der Wissenschaft als zentrales Element in der Behandlung von früher Demenz thematisiert. Um Aussagen bezüglich der Situation in Thailand zu treffen, folgen nun persönlich erlebte Eindrücke der Sprachbarriere, wie auch Ausschnitte aus den vor Ort geführten Interviews.

4.3 Erlebte Konsequenzen der Sprache

Vor Ort wurde mir bewusst, dass dem Thema Sprache in der Pflege von Demenzkranken eine viel bedeutungsvollere Rolle zukommt, als aufgrund der vorgängigen Medienanalyse angenommen. Die sprachliche Verständigung wurde immer wieder als „difficult“ geschildert. Aus diesem Grund habe ich ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen der Sprache auf das Beziehungsnetzwerk Dementer gelegt. Dieses Unterkapitel veranschaulicht, diskutiert und hinterfragt die zuvor dargelegten Sichtweisen der Medien und der Demenzliteratur anhand einiger Gedanken, Erkenntnisse und Gespräche vor Ort. Die Erkenntnisse dieser Arbeit basieren auf persönlichen Erfahrungen und vor Ort geführten Interviews. Dies erlaubt sowohl die Kontroversen und Übereinstimmungen zur geltenden Literatur aufzuzeigen, wie auch auf nicht thematisierte Aspekte einzugehen.

Wie bereits im Methodik-Teil angedeutet, wird die Diskursanalyse verwendet, um verschiedene Diskursebenen genauer zu betrachten. Diese Ebenen sind als unterschiedliche Formen der Kommunikation anzusehen, welche ineinanderfliessen und somit nur analytisch getrennt sind (Keller & Truschkat, 2013: 167-168). Beispielsweise sind einige InterviewpartnerInnen dieser Arbeit bereits in den Schweizer Medien vertreten, wodurch ihre Meinungen sowohl in der Analyse der Medien als auch in jener der Interviewtranskripte enthalten sind.

4.3.1 Verbale Kommunikation

Situationen, welche die Bedeutung der Sprache oder Kommunikation untermalen, habe ich in Thailand erlebt. Folgende blieb mir lebhaft in Erinnerung:

Einen ganzen Tag lang habe ich mit dem Patienten Hugo verbracht. Hugo spricht fließend Schweizerdeutsch, wobei mir kaum Sprachstörungen auffielen. Wir redeten über Gott und die Welt, lachten gemeinsam, machten Witze und erzählten uns aus unserem Leben. Auf die Frage, mit wem er spreche, wenn ich nicht anwesend sei, antwortete er mir knapp: „Dann spreche ich halt mit niemandem, versteht mich ja eh niemand“ (mündliche Information).

Die Antwort von Hugo spiegelt das in der Literatur geschilderte „Nicht-verstanden-werden“ deutlich. Lieber stumm zu bleiben, als sich verbal auszutauschen, macht auf die von Haberstroh et al. (2011) angedeutete soziale Isolation aufmerksam. Ein verstärkter Sprachzerfall durch die fehlende Kommunikation konnte ich bei dem Patienten nicht feststellen. Aufgrund des Standpunktes der Demenzliteratur bleibt die Frage offen, ob der Prozess des Sprachabbaus, durch die abnehmende oder geringe Verwendung der eigenen Sprache beschleunigt wird. Weiter zu berücksichtigen bleibt die Aufenthaltsdauer des Patienten in Thailand und seine dadurch resultierende sprachliche Isolation. Der Eindruck des Patienten und seines Stadiums des Sprachzerfalls ist als Momentaufnahme anzusehen, wobei der Sprachzerfall als ein zeitlich fortschreitender Prozess zu betrachten ist. Deshalb ist eine Aussage über den Einfluss von muttersprachlicher Kommunikation oder Isolation durch meine begrenzte Aufenthaltsdauer beim Patienten nicht zu treffen.

Unter der Annahme der Demenzliteratur, dass der Sprachzerfall durch aktive Kommunikation verlangsamt wird, müssten die PflegerInnen die verbale Kommunikation aufrechterhalten. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist das Evaluieren der verbalen Kommunikationsfähigkeiten der PatientInnen unumgänglich. Das folgende Beispiel zeigt die Schwierigkeiten dieser Evaluation bei fremdsprachigen PatientInnen:

Beim Abendessen wurde ich von zwei Pflegerinnen gefragt, was die Patientin Christa, welche den ganzen Tag ununterbrochen spricht, zu erzählen habe. Ich erklärte, dass Christa zwar wenige deutsche Worte, zumeist jedoch eher Laute verwende und ihre Sprache unverständlich und ohne Kontext sei.

Weil der Inhalt der deutschen Sprache durch die thailändischen Pflegerinnen nicht verstanden wird, können sie sich nur am Betonungsmuster und an der Sprachmelodie orientieren, um zu beurteilen, ob eine Person Deutsch spricht oder nicht. Somit wird die verbale Kommunikationsfähigkeit basierend auf dem Sprachklang eingestuft. Die exakte Beurteilung der sprachlichen Kommunikationsfähigkeiten

higkeit ist nicht möglich. Auch im Interview mit Baramée einer thailändischen Pflegerin zeigt sich dieses Phänomen:

B: Hast du Frau Müller gesehen? Kann sie Deutsch sprechen? I: Ja, Ja sehr gut. B: Ja. Frau Müller und Frau Rüti können immer noch Deutsch sprechen. I: Miteinander? B: Nein nein, wir wissen es nicht, wir wissen nicht, ob sie einander verstehen. Wir wissen es nicht, weil wir kein Deutsch sprechen. Aber wenn Markus [Leiter des Demenzzentrums] jemanden findet, eine Pflegekraft, welche Deutsch spräche, ich glaube das würde helfen und wäre gut. (Baramée: 00:25:05-4⁴)

Hier wird das Bewusstsein der thailändischen Pflegerinnen für die Schwierigkeit der sprachlichen Verständigung illustriert. Baramée verweist auf die Wichtigkeit, Pflegepersonal zu haben, welches dieselbe Sprache spricht wie die PatientInnen. Sie selbst schreibt der Sprache also eine essentielle Rolle in der Pflege zu.

Um die Pflege in der Muttersprache gewährleisten zu können, hat das Pflegezentrum A zwei Schweizer Pflegerinnen vor Ort. Sandra, welche durch ihre Tätigkeit in verschiedenen Schweizer Demenzeinrichtungen über jahrelange Erfahrung in der Pflege demenzkranker Menschen verfügt, diskutiert das Sprechen der Muttersprache wie folgt:

S: (...) also das ist wie, irgendwie wie noch Seelenbalsam, noch in der eigenen Sprache drin zu bleiben, ja. Und es ist so bei den Dementen, sie fallen in der Regel immer wieder in die Muttersprache zurück. (Sandra: 00:30:29-1)

Das Sprechen in der eigenen Muttersprache wird in der gängigen Literatur wiederholt angesprochen. Paillon (2010) definiert die Muttersprache gar als identitätsbildender Faktor, wodurch Lebensqualität geschaffen wird. Mit den Worten „Seelenbalsam“ bestätigt Sandra die in der Literatur geäußerte Zuschreibung. Wie in der Demenzliteratur festgehalten, beobachtet Sandra ein „Zurückfallen in die Muttersprache“ und untermauert die Annahme, dass die Muttersprache jene Sprache ist, in welcher die verbale Kommunikation am längsten aufrechterhalten wird (vgl. Deutsche Alzheimervereinigung e.V., 2015).

In den untersuchten Schweizer Medien erhält dieser Aspekt des „Zurückfallens in die Muttersprache“ (vgl. Deutsche Alzheimervereinigung e.V., 2015) im Verlauf der Demenzkrankheit keinerlei Beachtung. Vielmehr werden Sprachdifferenzen und das Bedürfnis in der eigenen Sprache zu kommunizieren thematisiert. Auch aus den Interviews kann dieses Bedürfnis herausgelesen werden, wobei das Vergessen von Fremdsprachen ebenfalls thematisiert wird. Beispielweise wird das Kommunizieren mit anderen Personen in der eigenen Sprache von verschiedenen Gesprächspartne-

⁴ Die Zahlen zu den entsprechenden Zitaten erfolgen aus den Transkripten der Interviews. Sie beziehen sich auf die Zeit (Stunde: Minute: Sekunde-Zehntelsekunde). Die Zeit 00:25:05-4 verweist somit auf die Aussage die vor dem Sprecherwechsel nach 0 Stunden, 25 Minuten, 5 Sekunden und 4 Zehntelsekunden im Interview gemacht wurde.

rinnen mit den Worten „Seelenbalsam“, „makes him very happy“, „brings him to continue to talk“ und „makes him comfortable“ beschrieben. Die fehlende Möglichkeit der verbalen Kommunikation in der Muttersprache wird hingegen als „makes him feel lonely“, „when he cannot speak he gets sometimes aggressive“, „vereinsamen“ oder „angry, because he cannot understand“ geschildert. Um trotz unterschiedlicher Muttersprache verbal kommunizieren zu können, sprechen die thailändischen PflegerInnen Englisch mit ihren PatientInnen. Auch verwenden sie teilweise einige deutsche Worte wie; „Waschen“, „Duschen“, „Essen“, „Bitte“ und „Danke“.

P: Einmal hat er etwas gesagt, was sich wie „buuh“ oder „bluuu“ anhörte. Ich fragte mich dann, was er möchte... ah er braucht „blue“ [Englisch für Blau]. Ich versuche herauszufinden, was blau ist (...). Oh und dann plötzlich wusste ich es, das Cold and Hot Pack, welches Blau ist und Peter schon einmal gebraucht hat, als er Schmerzen im Knie hatte. Ah also hat er Schmerzen. (Priya: 00:26:58-4)

Dieser Interviewausschnitt verdeutlicht die Hürden der sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten. Priya muss zuerst herausfinden, was das Wort bedeutet, bevor sie das dazugehörige Bedürfnis ableiten kann. Die Pflege wird dadurch massgeblich erschwert. Die Äusserung von Priya zeigt die Schwierigkeit ihres Patienten, sich in der englischen Sprache auszudrücken.

J: (...) Wir verstehen einige Worte, wir sprechen ein bisschen Deutsch, aber können keine ganzen Sätze bilden. Aber manchmal macht es den Gast sehr wütend, weil er es nicht versteht und manchmal kann er auch nicht Englisch sprechen, er vergisst es und es ist manchmal schwer, wenn wir nicht wissen, was der Gast denkt, was er will, weil er es teilweise nicht sagen kann ... das ist schwierig für mich. (Juna: 00:04:49-3)

Dieses Zitat zeigt zwei unterschiedliche Aspekte der Sprachbarriere. Mit den Worten „es macht den Gast sehr wütend, weil er es nicht versteht“ weist Juna auf die Reaktion des Patienten im Hinblick auf die fremdsprachige Betreuung hin. Andererseits illustriert die Aussage „er vergisst es [die englische Sprache]“ das Verblässen kürzer zurückliegender Gedächtnisspuren (vgl. Deutsche Alzheimervereinigung e. V., 2015). Zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews fügt sie an:

J: Er [der Patient] mag es sehr ins Front Office zu gehen und mit der Rezeptionistin Französisch zu sprechen, sie kann ein bisschen Französisch, ja. Ich glaube ... er mag es zu sprechen, aber manchmal ... Englisch mag er nicht mehr, aber in Französisch oder Deutsch, das mag er wirklich und dann beruhigt er sich. (Juna: 00:12:40-0)

Auch Priya äussert sich hinsichtlich der verbalen Kommunikation in der englischen Sprache mit ähnlichen Worten:

P: Die Kommunikation mit demenzkranken Menschen ist nicht einfach. Manchmal ist es schwer, weil sie kein Englisch mehr können, er [der Patient] weiss die Worte in Englisch nicht. (Priya: 00:30:43-5)

Die Aussagen „weil sie kein Englisch mehr können“, „Englisch mag er nicht mehr“ und „er vergisst es [die englische Sprache]“ untermauern das von Sandra besprochene „Zurückfallen in die Muttersprache“.

Im Allgemeinen fällt bei den Interviews auf, dass sich alle interviewten thailändischen Pflegerinnen im Hinblick auf die Sprache einig sind. Sie betrachten die unterschiedliche Sprachverständigung als eine Hürde, als eine weitere Schwierigkeit in der Pflege demenzkranker Menschen. Auf die Frage, ob die Pflege einfacher wäre, wenn sie dieselbe Sprache wie die PatientInnen sprechen würden, antworteten acht von neun interviewten Pflegerinnen bejahend.

Obwohl gerade die PflegerInnen die alltägliche Konversation der PatientInnen massgeblich prägen, fehlt die Perspektive der thailändischen PflegerInnen in den analysierten Medien. Die Interviews mit thailändischen Pflegerinnen ermöglichen die Erweiterung des Betrachtungswinkels innerhalb des Sprachthemas. Ausgehend von der Perspektive thailändischer Pflegerinnen ist die Krankheit Demenz durch die abnehmende verbale Kommunikationsfähigkeit entscheidend in der Pflege. Dies wird im nächsten Interview dargelegt. Priya argumentiert ähnlich wie bereits Juna (00:04:49-3), verweist aber zusätzlich auf die Körpersprache als Ausgleich zur verbalen Kommunikation.

P: Ja die Schwierigkeit ist die Bedeutung (...) wir können nicht mit ihnen [PatientInnen] kommunizieren, manchmal verstehen sie [die PatientInnen] die Bedeutung nicht und das gleiche umgekehrt, manchmal verstehen wir [die PflegerInnen] die Bedeutung der Konversation, die wir zusammen führen, nicht. Ich versuche die Körpersprache zu lernen und ihre Lebensgeschichte zu lernen... wir müssen es versuchen ... versuchen herauszufinden was sie uns sagen wollen. (...) Wir wollen sie einfach verstehen, was sie brauchen, was sie sagen wollen. (Priya: 00:03:01-7)

Mit der Aussage „wir müssen es versuchen ... versuchen herauszufinden was sie uns sagen wollen“ schildert Priya, wie die Sprachbarriere die Betreuung erschwert, indem sie mit einem Mehraufwand aktiv herausfinden muss, was der Patient/die Patientin will, da er/sie sich nicht verbal ausdrücken kann, obwohl er/sie noch dazu in der Lage wäre. Für die Bedeutungszuweisung bedient sich Priya nebst der verbalen Sprache auch der Körpersprache – wie Gestik, Mimik, Haltung und Tonlage. Zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews fügt Priya an, dass die sprachlichen Differenzen die Pflege sehr stark erschweren, weshalb die Fluktuation im Pflegeberuf unter beschriebenen Umständen besonders hoch sei. Die Interviews veranschaulichen die Schwierigkeiten der Migration im Hinblick auf die verbale Verständigung sowohl aus Sicht der PatientInnen als auch aus Sicht der befragten Pflegerinnen.

4.3.2 Nonverbale Kommunikation

Gemäss der dargelegten Demenzliteratur wie auch den Aussagen der interviewten Pflegerinnen wird die in den Medien wiederkehrende Argumentation, dass eine nonverbale Kommunikation auch bei fortgeschrittener Krankheit möglich sei, gestützt. Im Hinblick auf die Körpersprache erzählt Laura, eine Schweizer Pflegerin:

L: (...) Wenn die Demenz fortschreitet hat die Sprache nicht mehr die Wichtigkeit wie einst, sie tritt ein bisschen in den Hintergrund. Da treten andere Skills in den Vordergrund. I: wie zum Beispiel? L: Wie zum Beispiel die Haltung, was bringe ich dem Menschen für eine Haltung gegenüber, kann ich seine Bedürfnisse überhaupt erkennen auch wenn dies ohne Worte geschieht. Weil oft sind sie ja dann ohne Worte, weil sie es nicht mehr ausdrücken können. Kann ich die Zeichen, welche er mir mit dem Körper, Mimik, Gestik gibt, verstehen? Und dann entsprechend reagieren und handeln, mit zunehmender Demenz wird diese Kompetenz wichtiger (L: 00:05:05-1)

Für das Ableiten der Bedürfnisse der PatientInnen beschreibt Laura die Körpersprache als wesentlich. Dass die verbale Kommunikation mit fortschreitendem Krankheitsgrad nicht mehr so entscheidend für die Kommunikation ist, kann auch anhand eines Gesprächs zwischen zwei Patientinnen erahnt werden:

Beide Patientinnen waren sehr vertieft in ihre Konversation – ein Wechsel aus Fragen und Antworten. Beim näheren Zuhören wurde mir bewusst, dass die beiden Frauen ein voneinander völlig unabhängiges Gespräch führten. Zwar stellen sie sich Fragen und beantworteten diese, sie sprachen aber von ganz anderen Dingen.

Die geschilderte Situation zeigt die verminderte Wichtigkeit der Sprache. Sich verstanden und unterhalten zu fühlen, erscheint wichtiger als ein sinngemässer Sprachinhalt. Die Wahrnehmung des Sprachklangs ist zentral. Wie im Beispiel mit der Patientin Christa illustriert, orientieren sich die thailändischen PflegerInnen aufgrund fehlender Deutschkenntnisse vorwiegend am Sprachklang, was die obig geschilderte Kommunikation zu einem späteren Krankheitsstadium begünstigt. Trotz dieser Erkenntnis stellt sich die Frage; ob eine nonverbale Kommunikation in jedem Stadium der Krankheit mit einer verbalen gleichgestellt werden kann.

Weder in den Medien noch vor Ort wird die Veränderung der nonverbalen Kommunikation im Verlauf der Krankheit besprochen. Einzig die Demenzliteratur macht dahingehend Aussagen, als dass Demenzkranke zwar Körpersprache anderer sehr gut interpretieren können, die Fähigkeit eindeutige körpersprachliche Signale zu senden aber zunehmend verlieren (vgl. Sachweh, 2006).

Betrachtet man die nonverbale Kommunikation als einen Prozess, innerhalb welchem die KommunikationspartnerInnen die Körpersprache des Gegenübers erlernen, stellt sich die Frage, inwiefern Demenzkranke in der Lage sind diese nonverbale Verständigungsform zu erlernen. Dieser Aspekt

der nonverbalen Kommunikation scheint hinsichtlich der Migration essentiell und würde sicherlich weitere spannende Erkenntnisse bezüglich der Pflege im Ausland liefern. Ferner dürfen bei einer weiterführenden Untersuchung auch Aspekte der kulturspezifischen Körpersprache nicht ausser Acht gelassen werden.

Wenn die verbale Kommunikation aufgrund der Sprachbarriere an ihre Grenzen stösst, wird gemäss Priya (00:03:01-7) die nonverbale Kommunikation zur Hilfe gezogen. Die Verständigung auf Basis der Körpersprache ermöglicht oft nicht eine genügend differenzierte Ausdrucksweise, um komplexere Mitteilungen zu übermitteln. Dies wird in folgendem Zitat deutlich:

P: Das Gleiche passierte letzte Woche. Er [der Patient] hat gesagt, er habe Schmerzen, er möchte gerne einen Termin beim Zahnarzt. Zuerst habe ich das nicht geglaubt, vielleicht vergisst er es wieder oder möchte etwas anderes machen. Aber als er es drei, vier Mal gesagt hat, dachte ich, er hat wirklich ein Problem, er putzte auch seine Zähne nicht mehr...Ich skypte mit seiner Tochter und sagte ihr, dass ich nicht wisse, wieso ihr Vater den Zahnarzt aufsuchen möchte, am Morgen wollte er die Prothese nicht rausnehmen, ich glaube er hat Schmerzen. Ich habe ihn gefragt, aber er hat mir keine Antwort gegeben, kannst du ihn fragen auf Französisch? Sie hat mit ihm französisch gesprochen und mir nachher gesagt, dass sein Zahnfleisch geschwollen sei. (Priya: 00:30:42-5)

Da die Pflegerin den Patienten nicht versteht und seine Körpersprache nicht deuten kann, wird ein Rollenwechsel vorgenommen. Nicht die Pflegerin erklärt der Familie, welche Leiden und Bedürfnisse der Patient hat sondern die Angehörigen der Pflegerin. Die Angehörigen dienen somit als Sprachrohr, als ÜbersetzerInnen für ihr Familienmitglied. Die Grenze der nonverbalen Verständigung führt in diesem Beispiel zurück in die verbale Kommunikation, zurück in die Muttersprache. Das obige Zitat veranschaulicht ergänzend, dass die Kommunikation in der Pflege nicht nur zwischen den PatientInnen und PflegerInnen wesentlich ist. Auch die Kommunikation unter den PflegerInnen sowie jene zwischen den PflegerInnen und den Angehörigen gehören zur Pflegearbeit, weshalb sie in diesem Kapitel ebenfalls thematisiert wird, auch wenn sie oder gerade weil sie in den Medien nicht illustriert werden.

Gehen wir zuerst auf die sprachlichen Konsequenzen zwischen den thailändischen und Schweizer Pflegerinnen ein. Da sie unterschiedliche Sprachen sprechen, versuchen sie sich so gut wie möglich auf Englisch zu unterhalten. Bei der teilnehmenden Beobachtung fiel auf, dass Sätze oder Worte immer wieder wiederholt werden mussten oder teilweise eine andere thailändisch sprechende Pflegerin durch Übersetzen zum Verständnis beitragen musste. Zur Not wurde mit Gestik und Mimik gearbeitet, was die Bedeutung der Körpersprache auch innerhalb dieser Beziehung zu einem tragenden Element macht.

In der Forschung findet man kaum Literatur zur Pflege mit Pflegepersonal mit unterschiedlichen

sprachlichen Hintergründen. Vor Ort ergab sich hingegen eine Situation, in welcher die Sprache Auslöser für ein Missverständnis war:

Wie Laura mir schilderte, war es ein Tag zuvor zu einem Missverständnis aufgrund der Sprache gekommen, da man in der thailändischen Sprache Wasser „isst“ und nicht „trinkt“, wie dies in der deutschen Sprache der Fall ist. Eine thailändische Pflegerin hatte „eat water“ in den Report geschrieben, worauf die Frau eines Patienten dachte, ihr Mann hätte Nahrung zu sich genommen, obwohl dieser seit einigen Tagen nur noch Wasser zu sich nahm.

Dieses Missverständnis untermauert die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen den thailändischen und Schweizer PflegerInnen als auch jene zwischen den PflegerInnen und den Angehörigen. In beiden besuchten Demenzzentren weist, mit Ausnahme eines Patienten, niemand der involvierten Personen Englisch als Muttersprache auf, wodurch die Verständigung auf einer Fremdsprache beruht, welche nicht von allen gleich gut gesprochen wird. Die sprachliche Verständigung ist durch die teilweise vorhandene Möglichkeit Englisch miteinander zu sprechen, zwar kein unüberwindbares Hindernis, jedoch als eine zu überwindende Barriere zu betrachten.

4.3.3 Gesellschaftliche Interaktion

Eine weitere Interaktion, welche in keiner schriftlichen Informationsquelle im Zusammenhang mit der Sprache genannt wird, ist jene mit der Gesellschaft. Im Pflegezentrum A besteht diese Interaktion kaum. Zur Interaktion mit der Gesellschaft dient nur der Austausch im Restaurant des Pflegezentrums, welches öffentlich ist:

J: Ich glaube er [der Patient] möchte mehr Beziehungen, um mit anderen Leuten zu sprechen, welche dieselbe Sprache sprechen wie er [der Patient]. Das macht ihn glücklich. Einmal als wir ins Restaurant gingen, war da ein anderer Gast am Nebentisch. Als er fertig war mit dem Essen, ist er zu ihm rüber gegangen und hat mit ihm gesprochen. Wenn er mit anderen Kommunizieren kann, ist er glücklich, er liebt es. (Juna: 00:12:40-0)

Die Kommunikation mit anderen Menschen ist gemäss dieses Interviewabschnittes für den Patienten Peter von grosser Bedeutung. Dabei ist die Sprache als Kommunikationsmittel essentiell. Im Pflegezentrum B leben die PatientInnen mitten im Dorf und sind somit Teil der Gesellschaft. Da die sprachlichen Barrieren zu gross sind, spielt sich die sprachliche Interaktion weniger zwischen den PatientInnen und den BewohnerInnen als mehr zwischen den PflegerInnen und den BewohnerInnen ab. Trotz dieser Sprachbarriere nehmen die PatientInnen am Dorfleben teil:

Als ich das Pflegezentrum B besuchte, sind wir alle zusammen zum Dorfplatz geschlendert und haben einen Nachmittag mit den Einheimischen verbracht. Es wurde gesungen, getanzt, sich sportlich betätigt, zusammen Teegetrunken und thailändischen Reden zugehört. Auch wenn kein Gespräch zwischen den PatientInnen und den anderen DorfbewohnerInnen zustande kam, wurden sie in das Dorfleben einbezogen. Beispielsweise hat eine Patientin mit den thailändischen Dorfbewohnerinnen getanzt und wurde durch Ges-ten in ihre Mitte aufgenommen.

Die geschilderte Situation zeigt die Möglichkeit einer Interaktion mit der Gesellschaft auf rein körpersprachlicher Basis. Gemeinsame Tätigkeit wie das Tanzen, scheint die Kommunikation zu vereinfachen.

4.4 Reflexion

Wie in den vorangegangenen Seiten illustriert, ist die Sprache ein zentrales Thema bei der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand. Sowohl die untersuchten Schweizer Medien, die spezifische Demenzliteratur, als auch PflegerInnen vor Ort thematisieren sprachliche Herausforderungen.

Ausgehend von der Diskursanalyse kann gezeigt werden, dass die Differenzierung des Krankheitsgrades die Argumentation um das Thema Sprache beeinflusst. Für die soziale Integration, die Lebensqualität und das sprachliche „Verstanden-werden“ ist die verbale Kommunikation von grundlegender Bedeutung. In den Diskursebenen werden die Kommunikationsformen kontrovers diskutiert. In der Analyse der Diskursebenen zeigt sich durch das Verweisen der Mehrheit der AkteurInnen im Diskurs auf die Wichtigkeit verbaler Kommunikation, dass diese der Nonverbalen vorgezogen werden sollte, solange der Krankheitsgrad dies zulässt. Erst in einem späteren Stadium der Demenz verliert die Sprache an Bedeutung, da die verbale Kommunikationsfähigkeit nicht mehr ausreicht und die betroffene Person auf die Körpersprache angewiesen ist. Die nonverbale Kommunikation bietet in einem solchen Stadium die Möglichkeit, sich dennoch zu verständigen, Bedürfnisse und Wünsche zu äussern.

Meine ethnographische Forschung zeigt, dass die Sprache für diverse Beziehungen essentiell ist und die Pflege in einer Fremdsprache als Hürde empfunden wird. Bei der Analyse des medialen Diskursstranges Sprache fällt auf, dass die untersuchten Medien ausschliesslich die Beziehung zwischen PflegerInnen und PatientInnen in den Blick nehmen. Trotz dieser Fokussierung sind die Medien gegenüber der Sichtweise thailändischer PflegerInnen weitgehend blind. Anhand meiner ethnographischen Forschung können Aussagen über die Situation, die Sichtweise und die Meinungen der

thailändischen Pflegerinnen gemacht sowie weitere Beziehungen rund um die Migration demenzkranker Menschen beleuchtet werden. Die Sichtweisen der thailändischen PflegerInnen zeigen, dass die Beziehungen zwischen den PatientInnen und PflegerInnen durch die Verwendung unterschiedlicher Sprachen stark beeinflusst wird. Einerseits verstehen die PatientInnen ihre PflegerInnen unzureichend oder gar nicht, andererseits gilt dies auch in umgekehrter Richtung.

Da Verständigungsprobleme vereinzelt auch im Schweizer Alterszentrum beobachtet wurden, stellt sich die Frage nach der Ursache dieser Verständigungsschwierigkeiten, wie stark diese Schwierigkeiten von der Krankheit Demenz und in welchem Mass von der sprachlichen Verständigung abhängen. Im Schweizer Alterszentrum sind PflegerInnen aus unterschiedlicher Herkunft beschäftigt, wodurch nicht alle die deutsche Sprache als Muttersprache sprechen, wie dies bei der Mehrheit der PatientInnen der Fall ist. Verständigungsschwierigkeiten, welche aufgrund dieses Aspekts entstanden, konnte ich hingegen kaum ausmachen, was auf die arbeitsbedingt vorausgesetzten und getesteten guten Deutschkenntnisse der Mitarbeitenden zurückzuführen sein könnte. Einzig bei der Pflege einer Patientin mit finnischen Wurzeln, welche gemäss der PflegerInnen aufgrund ihrer fortgeschrittenen Krankheit nur noch in der finnischen Sprache kommuniziert, zeigten sich vergleichbare Verständigungsschwierigkeiten wie in Thailand. Diese wurden ähnlich, wie in den Pflegezentren in Thailand, mit verstärkter Verwendung der Körpersprache sowie dem Achten auf die Betonung und Klangfarbe der Patientin, bewältigt.

Mit Blick auf das Thema Sprache ist die Beziehung zwischen den PflegerInnen verschiedensprachlicher Herkunft wichtig. Im Pflegezentrum A, in welchem sowohl thailändische, als auch Schweizer Pflegerinnen beschäftigt sind, konnten solche Konsequenzen der Sprache eruiert werden. Auf der einen Seite hat die Durchmischung der Pflegekräfte positive Auswirkungen auf die Beziehungen mit den PatientInnen, da sich diese in ihrer Muttersprache unterhalten können. Auf der anderen Seite haben die PflegerInnen untereinander Verständigungsprobleme. Man trifft sich in der Fremdsprache Englisch, was zu Missverständnissen führt.

Die Beziehung zwischen den thailändischen PflegerInnen und den Angehörigen der PatientInnen verändert sich aufgrund geschilderter, sprachlicher Aspekte stärker. Teilweise werden Angehörige zum Sprachrohr ihrer Familienmitglieder, wodurch, wie im Kapitel 4.3.2 gezeigt, eine Umkehrung der Beziehung entsteht. Der Literaturdiskurs wie auch die Mediensichtweise gehen kaum auf andere Beziehungen als jene zwischen PflegerInnen und PatientInnen ein. So wird auch die Interaktion der PatientInnen mit der Gesellschaft nicht in den jeweiligen Diskurs aufgenommen. Wie anhand der Interviewausschnitte und Situationsschilderung gezeigt, hängt die Interaktion mit der Gesellschaft nicht per se von der Sprache ab, sie scheint sie aber zu vereinfachen.

Durch die Analyse der ethnographischen Forschung, der Medien und der Demenzforschung wird klar; dass die Sprache gerade bei einer frühen Phase der Demenz eine entscheidende Rolle spielt. „Sich verstanden zu fühlen“ ist als zentrale Komponente in der Kommunikation wie auch bei den Beziehungen demenzkranker Menschen zu betrachten. Ob und wie man verstanden wird, ist hingegen in jedem Stadium der Krankheit und von Person zu Person verschieden. Zusätzlich zu dieser Annahme, erlaubt die ethnographische Forschung die Erweiterung des Blickwinkels auf das Thema Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand. Dies einerseits durch die Aufdeckung der Perspektiven thailändischer Pflegerinnen, andererseits durch das Aufzeigen weiterer Beziehungen, die durch sprachliche Herausforderungen geprägt sind.

5 Kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz

Durch globale, gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Veränderungen und nicht zuletzt auch durch die weltweiten Migrationsprozesse wurde die Vorstellung einer abgeschlossenen und unveränderten Kultur, welche für lange Zeit in den kultur- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen herrschte, immer stärker in Frage gestellt. Forschungen über Kultur(en) haben die Annahme eines geschlossenen, statischen und holistischen⁵ Kulturverständnisses als nicht mehr erklärungskräftig dargelegt. Grund dafür ist das ausser Acht lassen der Dynamik und der Prozesse menschlicher Handlungen (Sarma, 2012). Stattdessen hat sich ein Kulturverständnis durchgesetzt, welches als offen und dynamisch verstanden wird. „Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Menschen nicht nur Geschöpfe von Kultur, sondern ebenso Schöpfer sind, und dass sich insbesondere durch die transnationale Mobilität und ihre Vernetzungen in globalisierten Gesellschaften die Deckungsgleichheit von Mensch, Kultur und Territorium aufgelöst hat“ (Sarma, 2012: 9).

5.1 Demenzverständnis

5.1.1 “Das Hirn funktioniert nicht mehr richtig” – Mediendiskurs

„In Thailand denken viele Menschen, Alzheimer sei ansteckend“ (Doris Knecht zit. In: Jonsdottir, 2015: 2). Mit diesem Zitat aus den untersuchten Medien wurde mein Interesse für das Verständnis für die Demenz in Thailand geweckt. Der betreffende mediale Diskurs ist überschaubar und wird ausschliesslich von Schweizer Fachpersonen in Thailand gestützt. Der Bau eines demenzspezifischen Schweizer Pfleresorts in Thailand hat gemäss untersuchter Medien in der thailändischen Nachbarschaft der Demenzzentren Angst vor Ansteckung mit Demenz geweckt, da die thailändische Bevölkerung wenig Wissen bezüglich der Krankheit aufweist. Dieser Angst wurde durch öffentliche Gespräche mit den InvestorInnen entgegenzuwirken versucht. Laut der Pflegeleiterin Knecht (zit. In: Jonsdottir, 2015) wird aufgrund dieser Angst gegenüber der thailändischen Bevölkerung nicht von der Krankheit Demenz gesprochen, sondern vielmehr davon, „dass das Hirn nicht mehr richtig funktioniert“ (Doris Knecht zit. In: Jonsdottir, 2015: 2).

⁵ versteht die Kultur als Ganzheit (Sarma, 2012)

Ausgehend von diesem Diskurs, wird im folgenden Unterkapitel die Aufmerksamkeit auf die wissenschaftliche Debatte gelenkt.

5.1.2 Kulturgeprägte Pflege – wissenschaftliche Debatte

Brijnath (2009) diskutiert die Demenz in Indien als Teil des Alterungsprozesses. Gemäss Brijnath (2014: 4-5) reflektieren lokale Redensarten bezüglich der Demenz nicht nur wie das Verständnis der Krankheit lokal verwurzelt ist, sondern auch die Lücken des öffentlichen Gesundheitssystems bezüglich der Bewusstseinsbildung und Unterstützung einer frühzeitigen Diagnose. Ein hohes Alter, ein mittleres Alter, die Jugend oder Kindheit seien nie nur als chronologische und biologische Marker des Lebensprozesses zu verstehen, sondern reflektieren kulturspezifische Werte, Praktiken und Überzeugungen sowie das Verhalten gegenüber alten Menschen (Brijnath, 2014: 4-5). Ausgehend von dieser Diskursposition finden sich zahlreiche Forschungen zur Demenzpflege, welche im Kontext Thailand kulturelle und religiöse Aspekte sowie das familiale System in den Blick nehmen.

Traditionelle thailändische Pflege wird in der demenzbezogenen Literatur als familial beschrieben. Kulturelle Einflüsse und die buddhistische Religion werden von Sasat (2001) als Gründe für diese Pflege der Verwandtschaft genannt. Meist seien erwachsene Kinder, welche noch nicht verheiratet sind oder als letzte der Familie heiraten, automatisch dazu verpflichtet, die Eltern bei einer allfälligen Erkrankung zu pflegen. Lääveri (2013) teilt Sasats (2001) Gedankengut und erklärt das buddhistische Konzept der Familie und der Pflege als eine Art Rückzahlung an die Eltern. Burnard & Naiyapatana (2004: 760) verwenden in diesem Zusammenhang den Ausdruck *merit making*, „etwas Gutes tun“, was sich positiv auf das Karma⁶ auswirkt. Die Pflege wird dabei als reines *merit making* beschrieben (Burnard & Naiyapatana, 2004: 760).

Trotz dieser familialen Pflege sei der Beruf der PflegerIn in Thailand, welcher primär in den Spitälern ausgeübt wird, angesehen. Gemäss Burnard & Naiyapatana (2004) wird von thailändischen Pflegekräften erwartet, den globalen Trends nachzukommen und sich thailändisch zu benehmen. Aussagen darüber, was das „thailändischen Benehmen“ beinhalte, werden in der Studie hingegen kaum gemacht. Forschungen von Anne Loveband (2004) und Liang (2007) sind bezüglich „thailändischem Benehmen“ und kulturellen Zuschreibungen aufschlussreich (siehe Kapitel 7.2).

Auf den Aspekt eines multikulturellen Pflegepersonals geht die Forschung nur spärlich ein. Paillon (2010) nimmt Bezug auf die unterschiedlichen Pflegevorstellungen und veranschaulicht die Multikulturalität als eine Bereicherung des Pflegeteams. Einerseits schreibt sie dieser einen Perspekti-

⁶ Karma (wörtlich „Tat“) besagt, dass jede Handlung eine Folge nach sich zieht. Taten werden als positiv oder negativ bewertet und entscheiden über die Wiedergeburt (Ficicchia, o.J.).

venwechsel, andererseits eine neue Form des Umgangs mit alten Menschen zu. Erlernte einseitige Pflegepraktiken werden hinterfragt und Fremdes nicht ausgeschlossen (Paillon, 2010: 183-184).

Im wissenschaftlichen Diskurs werden mit der aufgezeigten Sichtweise von Brijnath (2009; 2014) Übereinstimmungen mit den Aussagen, welche in den Medien gemacht wurden, aufgezeigt. Ein weiterer Diskurspunkt innerhalb der wissenschaftlichen Diskursebene bespricht Religion und kulturelle Hintergründe, welche eine solche Pflege gemäss gängigen Forschungen prägen und begründen (vgl. Burnard & Naiyapatana, 2004; Lääveri, 2013; Sasat, 2001). In der medialen Diskursebene wird dieses Begründungsmuster hingegen kaum angetroffen. Auch wird nur selten auf kulturelle Hintergründe der Pflege eingegangen. Die Betrachtung der ethnographischen Sichtweise erweitert diesbezüglich den Blickwinkel.

5.1.3 „crazy man“ – vorgefundenes Demenzverständnis

Wie bereits erwähnt, wurde mein Interesse für diese Thematik anhand des medialen Diskurses geweckt, wodurch ich das thailändische Demenzverständnis vor Ort speziell in den Blick nahm. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden innerhalb dieses Unterkapitels geschildert.

Angesprochen auf die Wahrnehmung und das Wissen der lokalen Bevölkerung über die Krankheit Demenz antwortete Baramée mit den Worten:

B: Ich glaube, nicht viele Menschen in Thailand sind demenzkrank. Viele Leute verstehen nicht genau, was dies bedeutet. Sie wissen nur, dass man bei Alzheimer vieles vergisst. Aber viele wissen nicht genau..., dass sie [Personen mit Alzheimer] vergessen, wie man sich wäscht oder wie man auf die Toilette geht. Manche wissen nicht einmal mehr wie man Kleider anzieht. Die thailändische Bevölkerung weiss das aber nicht genau, sie wissen nicht genau was Alzheimer ist oder welche Auswirkungen die Krankheit hat. Sie glauben dass sie [Personen mit Alzheimer] vieles vergessen (...) Nicht viele ThailänderInnen haben Alzheimer, denke ich. (Baramée: 00:16:58-3)

Die thailändische Pflegerin Baramée distanziert sich anhand ihrer Aussage „nicht viele ThailänderInnen haben Alzheimer, denke ich“ von ihren Schweizer oder europäischen PatientInnen. Baramée interpretiert die Krankheit Demenz als ein europäisches Phänomen. Die Aussage, dass Personen thailändischer Herkunft kaum an der Krankheit Demenz leiden, kann in verschiedenen Interviews mit thailändischen Pflegerinnen herausgelesen werden. Einige interviewte Pflegerinnen sind mit der Krankheit Demenz erst an ihrem heutigen Arbeitsort in Berührung gekommen, wodurch sie erst im jeweiligen Demenzzentrum gelernt haben, wie PatientInnen mit Demenz gepflegt und betreut werden. Zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews erklärte Baramée, dass sie die genaue Krankheit ihres Patienten im Internet nachgeschlagen habe, um zu verstehen, an welcher spezifischen Krank-

heit er leide. Auch Priya thematisiert das Wissen der lokalen Bevölkerung über die Krankheit Demenz und geht des Weiteren auf ihre Ängste sowie die Benennung der Krankheit in Thailand ein.

P: Als wir das Demenzzentrum eröffneten, hatten alle Angst. Die thailändischen MitarbeiterInnen waren sehr verängstigt, weil sie es nicht verstanden. Sie dachten, es sei dasselbe wie der „crazy man“ oder dasselbe wie ein „psychotic patient“, sie waren verängstigt. (...). Die ÄrztInnen in den Spitälern diagnostizieren Demenz aber die thailändische Bevölkerung weiss nicht, ich denke, sie weiss nicht viel darüber, was Demenz ist, was man machen muss. Manchmal lassen sie ihn [den erkrankten Menschen] einfach ... lassen ihn einfach im Haus in einem Raum... ja. Man spricht von ihnen als „crazy man“ oder psychotische Person. (Priya: 00:34:35-4)

Mit Worten „crazy man“ oder „psychotic person/patient“ können Parallelen zum wissenschaftlichen Diskurs aufgezeigt werden, in welchem Brijnath (2009) auf die Ausdrucksweise als Reflexion des Demenzverständnisses eingeht. Das Zitat zeigt nebst der Angst der Bevölkerung auch die Assoziationen, welche die Krankheit hervorruft. Mit den Worten „lassen ihn einfach im Haus in einem Raum“ verweist Priya ergänzend auf die Pflege und Betreuung älterer Menschen in Thailand, welche sich hauptsächlich im Haus, hinter verschlossenen Türen abspielt. Dies kann wiederum als Grund für die Aussage von Baramée „Ich glaube nicht viele Menschen in Thailand sind demenzkrank“ interpretiert werden, da die thailändische Bevölkerung anhand der Pflege innerhalb der Familie in der Öffentlichkeit kaum mit der Krankheit in Berührung kommt. Die Krankheit Demenz wird deshalb als etwas Fremdes geschildert. Die negativ konnotierten Assoziationen der Krankheit wiederum, welche gemäss Brijnath (2014) das Verständnis in der Bevölkerung widerspiegeln und beeinflussen, tragen möglicherweise zur Pflege innerhalb der Familie und speziell innerhalb des Hauses bei. Dies führt zu einem sich selbst verstärkenden Kreislauf.

J: In Thailand beginnen wir jetzt über die Krankheit zu sprechen, wir sehen jetzt das Problem der Krankheit... aber es ist noch nicht sehr bekannt. Die Tradition ist in Thailand ein grosses, grosses Problem, da die Menschen alt sind aber nicht als krank betrachtet werden (...) aber jetzt, wenn die Leute mehr Wissen haben und mehr darüber lernen, dann fangen sie an, näher hinzuschauen. Sie machen sich Gedanken, weshalb hat meine Grossmutter oder mein Vater diese Symptome, das ist nicht normal... Sie fangen an, genauer hinzuschauen und sehen die Wichtigkeit der Krankheit. (Juna: 00:17:19-3)

Juna ist Mitarbeiterin im Pflegezentrum A, in welchem die Vermittlung des schweizerischen Demenzwissens an thailändischen Pflegeinstitutionen und Schulen eine entscheidende Rolle spielt, wie mir der Marketingchef versichert. Diese Vermittlung von Wissen erachtet Juna als positiv und verweist auf die Wichtigkeit, Demenz als eine Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Sie spricht

von Umdenkprozessen, genauerer Betrachtung der Symptome und somit von der Sensibilisierung der Bevölkerung für die Krankheit Demenz.

Umschrieben werden demente Personen als „crazy man“ und „psychotic person“, was das Verständnis der thailändischen Bevölkerung über die Demenz gemäss Brijnath (2009) widerspiegelt. Einige thailändische Pflegerinnen grenzen sich zudem stark von der Krankheit ab, indem sie diese als eine europäische Krankheit beschreiben, von welcher die thailändische Bevölkerung kaum betroffen sei. Hingegen versteht Juna die heutige Epoche in Thailand als eine Zeit des Umdenkens, des Öffnens im Hinblick auf die Krankheit Demenz, die immer mehr als diagnostizierbare Krankheit anerkannt werde. Anhand des unterschiedlichen Verständnisses in Bezug auf die Krankheit Demenz, wird angenommen, dass sich der Umgang und die Pflege mit Demenzkranken in der Schweiz und in Thailand voneinander unterscheiden. Auf diese Ungleichheit wird im nächsten Kapitel eingegangen, welches die kulturellen Vorstellungen von Pflege näher beleuchtet.

5.2 Kulturelle Zuschreibungen in der Demenzpflege

5.2.1 „The Thai way of caring“ – Betrachtungsweisen in Schweizer Medien

Die untersuchten Medien sind durchzogen mit Ausdrücken und Beschreibungen einer „thailändischen Art der Pflege“ – „*the Thai way of caring*“. Durch die Analyse der Schweizer Medien können folgende Aspekte herausgelesen werden: Einerseits wird in den Medien nur von Pflegerinnen gesprochen. Die thailändische Art der Pflege wird der thailändischen Frau zugeschrieben. Andererseits wird die Art der Pflege mit Worten wie: herzlich, zärtlich, fürsorglich, respektvoll, einfühlsam, fröhlich und geduldig beschrieben. Dabei fällt auf, dass fast ausschliesslich positive Ausdrücke für die Beschreibung verwendet werden.

Argumentationen, welche die „thailändische Pflege“ als positiv beschreiben, bilden den medialen *Chancen* Diskurs und können in drei Themenfelder (1-3) zusammengefasst werden. Ein erstes Themenfeld bespricht den Körperkontakt, die Zärtlichkeit (1), welche als nah beschrieben wird und durch die Nennung von Umarmen, Küsschen, Händchen halten und zärtlichem Streicheln konkretisiert wird. Ein weiterer Themenblock thematisiert den Respekt gegenüber älterer Menschen (2). Angesprochen wird die thailändische Kultur, innerhalb welcher ältere Menschen wertgeschätzt und respektvoll behandelt würden. Das dritte und letzte Themenfeld bespricht die Familie im Allgemeinen (3). Die Pflege wird als familiär erachtet. Den thailändischen PflegerInnen wird nachgesagt, aufgrund der Pflege ihrer Familienangehörigen eine Grundausbildung in der Pflege zu erhalten. Die

Familie wird als wichtigstes Gut in der thailändischen Kultur geschildert, weshalb die PflegerInnen die PatientInnen aus der Schweiz wie Familienmitglieder, geliebte Eltern oder Verwandte pflegen würden.

„Körperliche Berührungen haben hier [in Thailand] keinen sexuellen Hintergrund, sondern gehören zum thailändischen Alltag“ (Martin Woodtli, zit. In: Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 2004). Mit diesen Worten nimmt Martin Woodtli, Leiter eines Demenzzentrums in Thailand, zu der einzigen in den untersuchten Medien angetroffenen Kritik bezüglich der Pflege in den Demenzzentren Stellung. Diese Kritik bildet den Gegendiskurs zum oben beschriebenen *Chancen*-Diskurs. Dieser Gegendiskurs diskutiert beispielsweise das Küssen von PatientInnen und das Schlafen in demselben Zimmer als „Grenzüberschreitung“ und als „absolutes No-Go“ (Kessler, 2014). Innerhalb dieses Gegendiskurses wird die geschilderte Art der Pflege oder zumindest Teile davon als potentielle *Gefahr* einer Grenzüberschreitung und als sexuellen Missbrauch thematisiert.

In den Medien sind demnach sowohl Aussagen vertreten, welche den „Thai way of caring“ in den Demenzzentren in Thailand als *Chance* sehen, sowie Aussagen, welche diesen als *Gefahr* diskutieren. Werden die beiden Diskurspositionen verglichen, zeigt sich die viel stärkere Vertretung des *Chancen*-Diskurses. Dem Leser wird dadurch ein äusserst positives Bild einer solchen Pflege aufgezeigt, welches sowohl von Fachpersonen in der Schweiz als auch von Schweizer Fachpersonen in Thailand gestützt wird. Anhand der medialen Beschreibung der „thailändischen Pflege“ wird ein essentialistisches Kulturverständnis vermittelt. Das heisst, ein Verständnis, welches Kultur als etwas Eindeutiges, Reines, Unveränderliches und Ausschliessliches versteht (Sarma, 2012: 16). Ich verstehe diese „thailändische Pflege“ in der weiteren Betrachtung hingegen als kulturalisiert. Bei einer Kulturalisierung wird der Bezugsrahmen „Kultur“ beziehungsweise „kulturelle Argumente“ für die Durchsetzung eigener Interessen instrumentalisiert (Schönhuth, o.J.). Die Verwendung der Anführungszeichen soll ein solches Verständnis unterstreichen.

5.2.2 „Thais machen das nicht“ – ethnographische Sichtweise

Greifen wir das Zitat von Martin Woodtli noch einmal auf, welches aussagt, dass die Nähe und Zärtlichkeit Teil des thailändischen Alltags sei. Vor Ort zeigte sich mir ein anderes Bild, wie das folgende Zitat einer thailändischen Pflegerin verdeutlicht:

M: Ich denke, manchmal sagt er [der Patient], dass er hier Familie habe, dass er nicht einsam sei, weisst du? Wenn du ihn berührst, dann sagt er „wieso? Wieso so nah?“ (zeigt mir wie sie ihn am Arm berührt). Aber Thais machen das nicht, sie berühren sich nicht... I: Thais machen das nicht? M: Nein, Thais nicht. I: Hast du das hier gelernt? M:

Ja. I: Wieso machen...- M: Ah Thais denken... Ich weiss nicht, wie ich es dir erklären soll...Thais machen das nicht, auch nicht mit dem Ehemann. Ja, wir berühren uns nicht so (zeigt mir wie sie Händchen hält) I: Das machen wir [Personen aus der Schweiz], nicht wahr? M: Ja. Nein, aber im Ausland kannst du deine FreundInnen umarmen und küssen. Thais machen das nicht, machen sie nicht. Und wenn du hier her [ins Pflegezentrum] kommst, musst du dein Leben ändern. Dasselbe gilt für mich. Mir ist es egal was andere denken, ich berühre ihn [Patient] oder umarme ihn [Patient]. I: Und machst du das jetzt auch zu Hause? M: Ja. Ich habe es gelernt und meine Familie muss mich verstehen. Ich habe viele ausländische FreundInnen welche sich teilweise umarmen. Aber Thais machen das nicht. Nicht beim Ehemann, das kann man nicht machen, deine Freundin kannst du hier nicht einfach so berühren, auch deinen Freund nicht (...) das ist der Grund, weshalb Thais und AusländerInnen anders sind. (Minah: 00:10:13-1)

Anhand der Aussage von Minah wird gefolgert, dass die in den Medien beschriebene Nähe und Zärtlichkeit der „thailändischen Pflege“ hinterfragt werden muss. Mit den Worten „das kann man nicht machen, deine Freundin kannst du hier nicht einfach so berühren“ zeigt sich ein anderes Bild der körperlichen Nähe innerhalb welcher die geschilderte Zärtlichkeit nicht stattfindet. Mit Minahs Antwort auf die Frage: „I: Hast du das hier gelernt? M: Ja.“ wird klar, dass Aspekte in die „thailändische“ Demenzpflege einfließen, welche von Personen aus der Schweiz erlernt wurden. Ein Einfluss dieser Art kann im folgenden Zitat herausgelesen werden:

L: (...) es braucht eine Beziehung zwischen dem Ich, Du und Sie aber auf einer professionellen Ebene. Es darf nicht im Du landen aber die Beziehung muss so tief sein, wie bei jemandem mit dem ich per Du bin aber die Professionalität muss trotzdem da sein. Das ist so, weil eben hier [in Thailand] die Betreuung aus der Familie rausgewachsen ist (...). Aber hier ist dann doch, wir sind eine Institution, wir sind ein Hotel, das Resort, welches diese Betreuung von einem professionellen Niveau anbietet und dann muss diese Distanz auch immer wieder sichtbar sein, das ist wichtig. (Laura: 00:31:38-2)

Im anderen Pflegezentrum (A) wird durch das Siezen der PatientInnen beziehungsweise die Anrede der PatientInnen mit dem Wort *Khun* [thailändisch für Frau, Mann] eine gewisse Distanz zwischen PatientIn und PflegerIn geschaffen. Diese Distanz wird von den Schweizer Pflegerinnen als essentiell für die Aufrechterhaltung einer professionellen Distanz zwischen PflegerIn und PatientIn empfunden.

Um der Frage nachzugehen, was die Pflege durch thailändische PflegerInnen auszeichnet, habe ich sowohl thailändische Pflegerinnen als auch Schweizer Pflegerinnen befragt. Seitens der Pflegerinnen aus der Schweiz, welche in Thailand leben und arbeiten, wurde hinsichtlich dieser Pflege wiederholt auf das Zeitgefühl eingegangen. Sie schildern den Ablauf der Pflege und auch den Alltag in Thailand verglichen mit der Schweiz als entschleunigt. Das Leben in Thailand sei ein Leben in der

Gegenwart, was als demenzgerecht verstanden wird. Dies vor allem, weil Demente ebenfalls in der Gegenwart lebten und sich Hektik meist negativ auf sie auswirke. Auf die Frage, welchen Vorteil sie in der Pflege demenzkranker Personen in Thailand sehe, antwortete Laura:

L: Der zeitliche Faktor und zwar jetzt nicht nur weil mehr Personal da ist und die Löhne tiefer sind und du dadurch mehr Zeit zur Verfügung hast. Sondern auch weil die Leute (...) einfach mehr Zeit haben, weil sie einfach im Hier und Jetzt leben, voll in der Gegenwart. Das finde ich den grossen Vorteil. (...) Das zeigt sich überall. In allen Bereichen auch wenn man auf den Feldern schaut, wie die Leute arbeiten, das ist dann eine richtige Augenweide für unsere Leute [PatientInnen], alles langsam und eigentlich in einem demenzgerechten Tempo. Keine Hektik. (Laura: 00:02:25-1)

In den Schweizer Medien wird die Art der „thailändischen Pflege“ nicht per se mit dem Zeitfaktor in Verbindung gebracht. Nur in Bezug auf die 24-Stunden Betreuung scheint die Zeit eine essentielle Rolle zu spielen, nicht aber als entscheidendes Attribut der Pflege.

Im Gegensatz zu den Schweizer Pflegerinnen erwähnen die thailändischen Pflegerinnen den Zeitaspekt kaum. Vielmehr werden Charakterzüge hervorgehoben. Dabei seien die freundliche Art, das Lächeln und die Herzlichkeit wichtige Eigenschaften, welche ihre Pflege ausmache.

B: Thais sind sehr freundlich (...). Ich weiss, dass Thais sehr freundliche Menschen sind und unser Lifestyle familiär ist. Ich denke, dass dies etwas ist, was den PatientInnen helfen kann. Klar vielleicht geht es ihnen nicht besser aber sie werden sich beruhigen, ich meine damit, dass sie stiller werden. Ihr Lebensende kann ganz ruhig und glücklich sein, weil wir sie wie unsere eigenen Eltern behandeln. So sind Thais, denke ich. Die Art der Beziehung, die wir in unserer Familie haben ist näher. (Baramee: 00:18:46-7)

Baramee illustriert die freundliche Art und die familiäre Pflege als Charakterzüge von Personen thailändischer Herkunft. Gerade die familiären Beziehungen beschreibt sie als nah beziehungsweise näher als jene der PatientInnen mit ihrer Familie. Weiter verweist sie auf die Übertragung des familiären Umgangs auf ihre PatientInnen. Auch Maylin verwendet ähnliche Worte:

M: Ich denke Thais haben ein Verständnis für die Pflege, generell ThailänderInnen. (...) In meinem Verständnis müssen wir unsere Familie pflegen. (Maylin: 00:14:49-6)

Die beiden Interviewausschnitte verdeutlichen den Stellenwert der Familie sowie der Pflege der Familienmitglieder durch Angehörige. Hier können Übereinstimmungen mit der medialen und der zuvor besprochenen Sichtweise der Forschung erkannt werden. In allen Diskursebenen wurden die Familie und die Pflege der Familienmitglieder als zentraler Bestandteil und als kulturspezifische Werte der Pflege in Thailand beschrieben.

Nebst der Art der Pflege gehen sowohl thailändische als auch Schweizer PflegerInnen auf die Schwierigkeiten kultureller Aspekte ein. Einerseits lernen die thailändischen Pflegerinnen in den Schweizer Demenzzentren den Umgang mit Demenzkranken von den Schweizer Pflegerinnen, wodurch die Beziehung von den thailändischen Pflegerinnen oftmals als „nicht auf Augenhöhe“ beschrieben wurde. Andererseits ermessen die Schweizer Pflegerinnen das thailändische Schulsystem als problematisch, da gemäss ihnen das Widersprechen und Nachfragen nicht erlaubt ist, wodurch die Zusammenarbeit erschwert wird.

L: (...) wenn in ihrer Kultur etwas tabuisiert wurde, dann ist es schwer zu ändern und ich sehe das dann, wie sie in bestimmten Situationen handeln. Und dann spreche ich dies an und kann fragen, weil wir das Fragen hier in den Vordergrund gestellt haben. Es ist nicht üblich in Thailand zu fragen und zu hinterfragen, aber wir haben das nun gemacht und sie [die thailändischen PflegerInnen] sind mittlerweile richtig wissbegierig und fragen sogar teilweise, ob ich jetzt keine Fragen habe. (Laura: 00:16:54-3)

Laura stellt diese Schwierigkeiten des Nicht-Nachfragens als Hürde der Pflegerinnen-Beziehung dar. Das Nicht-Nachfragen versteht sie als kulturelle Besonderheit Thailands. Weiter erklärt sie, wie die Pflegerinnen gemeinsam versuchen, das Nachfragen als etwas Wünschenswertes anzusehen. Auch hier ist der Schweizer Einfluss auf die Pflege durch thailändische Pflegerinnen sowie die Schwierigkeiten der Zusammenarbeit ersichtlich. Schwierigkeiten dieser Art wurden weder in den untersuchten Medien, noch aus wissenschaftlicher Perspektive untersucht.

Aufgrund der ermittelten Übereinstimmungen und Kontroversen möchte ich im folgenden Kapitel der Diskussion die kulturalisierte Vorstellung der Pflege noch einmal genauer in den Blick nehmen und einige Gedanken und Fragen aufwerfen.

5.3 Reflexion

Wie durch die Analyse der medialen Diskursebene und der Diskursebene der Ethnographie aufgezeigt, wird die Pflege in den Demenzzentren kontrovers diskutiert. Aussagekräftig ist, dass einige Eigenschaften der „thailändischen Pflege“, welche in den Medien geschildert wurden, durch die Forschung vor Ort nicht, beziehungsweise gegenteilig vorgefunden und thematisiert wurden. Das Berühren, die Zärtlichkeit und das Küssen werden von Minah eindeutig als „ausländisch“ beschrieben. Während in den Schweizer Medien gerade diese Eigenschaften als „thailändisch“ illustriert werden. Durch das Interview von Minah und den Beobachtungen in Thailand konnte diese Art der Nähe nicht als kulturell verwurzelt erkannt werden. Erst innerhalb des Demenzzentrums haben die PflegerInnen gelernt diese Art der Nähe auszuleben, was das Bild der Pflege, welches in den

Schweizer Medien illustriert wird bestärkt, jedoch vermuten lässt, dass ein kulturalisiertes Bild der „thailändischen“ Pflege geschaffen wird. Ein weiterer aufschlussgebender Aspekt dieser medial geschilderten Vorstellung ist deren Auswirkung. Indem Minah die gelernte Nähe und Zärtlichkeit mittlerweile auch zu Hause ausübt, haben diese Vorstellungen letztlich Auswirkungen auf den Alltag der PflegerInnen. Weiter ist zu beachten, dass wie bei der vorgängigen Analyse des Demenzverständnisses gezeigt schweizerische Aspekte in die Demenzpflege thailändischer PflegerInnen einfließen, da das Wissen über die Pflege demenzkranker Menschen von Schweizer Leitenden oder PflegerInnen übermittelt wird.

Die Art der Pflege in thailändisch-schweizerischen Pflegezentren durch thailändische PflegerInnen kann als eine Mischung unterschiedlicher kultureller Zuschreibungen und Pflegevorstellungen ausgelegt werden. Sowohl das Pflegezentrum A als auch das Pflegezentrum B kulturalisieren „gute Pflege“. Während das Pflegezentrum A mit professioneller „Schweizer“ Distanz zwischen PflegerInnen und PatientInnen argumentiert, vermarktet das Pflegezentrum B die familiäre und nahe „thailändische“ Pflege. In beiden Pflegezentren werden Mischformen sowohl „thailändischer“ als auch „Schweizer“ Pflegeaspekte oder -vorstellungen ausgemacht.

Die kulturspezifische Perspektive wird nun auf die vorgefundenen und diskutierten Beziehungen angewandt. In den Medien werden wie bereits bei der Sprachthematik ausschliesslich die direkte Pflege und dadurch die Beziehung zwischen den PatientInnen und den PflegerInnen fokussiert. Vor Ort wird diese Beziehung weniger stark thematisiert. Von Seiten der Schweizer, als auch von Seiten der thailändischen Pflegerinnen wurden kulturelle Schwierigkeiten geschildert, welche die Beziehung stark beeinflussen. Eine derartige Belastung wurde in meiner Forschung nur zwischen den thailändischen und Schweizer Pflegerinnen festgestellt, auf andere Beziehungen dieses Beziehungsnetzwerkes wurden diesbezüglich kaum eingegangen.

6 Räumliche Distanz

Im „Lexikon zur Soziologie“ von Fuchs-Heinritz et al. (2007: 430) wird Migration als eine Wanderung oder Bewegung eines Individuums, einer Gruppe oder einer Gesellschaft verstanden, welche im geographischen und sozialen Raum stattfindet und mit einem ständigen oder vorübergehenden Wechsel des Wohnsitzes verbunden ist. Bei der hier untersuchten Migration von der Schweiz nach Thailand handelt es sich dabei um eine Luftlinienentfernung von rund 8'900 Kilometer (luftlinien.org, 2016), welche die migrierenden Personen von ihrem Herkunftsland und ihrer Familie trennen.

6.1 In der Ferne – mediale Sichtweise

Die räumliche Distanz ist ein wesentlicher Aspekt der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand. In den Medien wird die Distanz dennoch sehr selten als Begriff verwendet, viel mehr wird von: „weit weg von zuhause“ (Ramseier, 2013; Hehli, 2015), „Fern der Heimat“ (Hansen, 2005d), „fremdes Milieu“ (Hansen, 2005f), der „Entfernung“ (SRF, 2013b; Hansen, 2005b, e) oder einer „langen Flugreise“ (Hansen, 2005e, f) gesprochen. Ein Grund für die seltene Nennung der räumlichen Distanz kann im Allgemeinen anhand der Definition des Migrationsbegriffs und dessen Verständnis begründet werden. Der Begriff Migration impliziert bereits eine räumliche Trennung vom Heimatsort (vgl. Fuchs-Heinritz et al., 2007: 430). Dieses Unterkapitel befasst sich unter anderem damit, wie in den untersuchten Medien über die Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand gesprochen wird. Diese Analyse soll fassbar machen, welche Auswirkungen die räumliche Distanz aus Sicht der Medien auf die verschiedenen Beziehungen der MigrantInnen hat.

In Bezug auf die Thematik Distanz können zwei Diskurse analysiert werden. Der Diskurs, welcher die Migration *kritisch* bespricht, ist dabei wesentlich stärker vertreten als jener, welcher die Migration *befürwortet*. KritikerInnen diskutieren die Migration unter anderen mit den Worten: „Abschiebung“ (Müller, 2011; Berner Zeitung, 2014a), „Verpflanzung“ (Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 2004), „Entwurzelung“ (Sambar, 2013), „Export“ (Blick, 2013b; Hollenstein, 2013), „Outsourcing“ (Wüthrich, 2015b) und „Zwangsausschaffung“ (Wüthrich, 2015b). Dabei ist die räumliche Komponente bei den meisten Begriffen entscheidend. Im Duden (o.J.) wird der Begriff „entwurzelt“ als „[heimatlos und] bindungslos geworden; ohne sozialen und seelischen Halt“ definiert. Der Begriff

„Entwurzelung“ impliziert demnach nicht nur den Bezug zur Heimat, sondern auch Verlust von soziale Bindungen. Begriffe wie „Outsourcing“ und „Export“ werden häufiger in wirtschaftlichen Belangen verwendet und beziehen sich meist auf Güter und Waren. Durch diese Wortwahl wird die demente Person mit einer „Ware“ assoziiert, wobei der wirtschaftliche Aspekt im Vordergrund steht. Zusätzlich bringen die Nennungen „Abschiebung“ und „Zwangsausweisung“ die Migration demenzkranker Personen mit Vokabular in Verbindung, welches in den gängigen Medien überwiegend im Zusammenhang mit Flüchtlingen verwendet wird. Die verschiedenen Termini beziehen sich auf verschiedene Aspekte und Assoziationen einer solchen Migration. Dieser kritische Diskurs rund um das Thema der Migration dementer Personen aus der Schweiz nach Thailand wird vor allem durch Kommentare der Leserschaft und ExpertInnen aus der Schweiz geformt. Auffällig ist, dass im Hinblick auf die Distanz auch Angehörige, welche ein Familienmitglied in einem thailändischen Pflegezentrum haben, die räumliche Entfernung als „einzigen Nachteil“ (Spörri, 2014) beschreiben.

Innerhalb des Gegendiskurses, welcher die Migration *befürwortet*, wird diese Skepsis und Kritik weitgehend verstanden, akzeptiert und aufgenommen. Immer wieder wird betont, dass eine solche Migration ein Nischenprodukt sei und nur eine kleine Anzahl Personen aus der Schweiz betreffe und anspreche. Weiter wird die Migration einer demenzkranken Person zusammen mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin als Win-Win Situation erörtert, wodurch die Wichtigkeit der sozialen Beziehungen angesprochen wird. Im Allgemeinen wird die Migration oftmals anhand der Demenzkrankheit legitimiert, wie dies die folgenden Zitate zeigen: „Ihre Welt wird ständig kleiner“ (Martin Woodtli, zit. In: Hansen, 2005a) oder „sie lebt [die demenzkranke Mutter] ihre Vergangenheit jetzt in Thailand weiter“ (Martin Woodtli, zit. In: Röcken, 2003). Für Pflegeleiterin Knecht ist selbst die Fremdheit der Umgebung kein Argument gegen eine solche Migration: „Ein Demenzkranker kennt sich an keinem Ort der Welt aus“ (Hehli, 2015). Die Krankheit Demenz wird bei der räumlichen und auch zeitlichen Orientierung folglich als substanziell beschrieben, da sie diese gemäss der Zitate massgeblich beeinflusst. *BefürworterInnen* der Migration schildern zudem die Komponente des Vergessens - teilweise wissen die Betroffenen nicht mehr, wo sie sich aufhalten oder halten die Angestellten für Enkelinnen. Dieser krankheitsbezogene Begründungsdiskurs stösst vor allem bei der Leserschaft auf harte Kritik. „Super Idee, die Dementen merken es ja sowieso nicht“ (Berner Oberländer, 2013). Trotzdem werden einige Begründungen der *BefürworterInnen* von *kritischen* Schweizer ExpertInnen, beispielsweise von Brigitta Martensson (zit. In: Hansen, 2005f) von der Schweizerische Alzheimervereinigung, gestützt. Martensson (zit. In: Hansen, 2005f) deutet an, dass der Ort der Pflege bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz nur noch eine untergeordnete Rolle spiele. Die Demenzkranken würden ihre nächsten Angehörigen nicht mehr erkennen und auch die Erinnerungen verschwinde immer mehr. Gemäss Martensson (zit. In: Hansen, 2005f) bedeutet kei-

ne Erinnerung mehr zu haben aber nicht, dass eine Migration einfacher ist (Hansen, 2005f). Vielmehr könne dies auch bedeuten dass man sich „hier“ fremd fühle. Aus diesem Grund fasst sie zusammen: „Wenn ein Demenzkranker nicht mitentscheiden kann, sollte er nicht weggebracht werden. Das hat nichts mit Demenz zu tun, sondern mit Menschenwürde“ (Brigitta Martensson, zit. In: Hansen, 2005f: 19).

Der mediale Diskurs zeigt die Uneinigkeit verschiedener ExpertInnen im Hinblick auf die Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand. Dabei erscheint die Tatsache, dass die räumliche Distanz, trotz grosser Umstellung für Angehörige und Kranke kaum besprochen wird, erstaunlich. Aufgrund meiner ethnographischen Forschung und dem wissenschaftlichen Diskurs möchte ich dem in den Medien gefundenen Begründungsmuster um das Raumverständnis dementer Personen nachgehen. Auch werden in den Medien die Überwindung der geographischen Distanz und die Aufrechterhaltung von Beziehungen über solche Distanzen hinweg nur sehr knapp besprochen, indem Besuche oder Skype-Anrufe erwähnt werden. Die Überwindung der Distanz und dafür verwendete Kommunikationsmittel werden deshalb genauer in den Blick genommen, da sie für die Aufrechterhaltung transnationaler Beziehungen fundamental sind.

6.2 Familienbesuche – wissenschaftliche Diskursebene

In der Demenzliteratur finden sich kaum vertiefte Forschung in Bezug auf räumliche Orientierung oder Raumverständnis Dementer. Die Wichtigkeit und Auswirkungen der sozialen Kontakte werden hingegen, wenn auch selten, in einigen Forschungen genauer untersucht. Beispielsweise beschreibt Minematsu (2006), dass sich Familienbesuche in einem Pflegeheim nützlich für die Prävention einer Verschlimmerung der Demenz bei PatientInnen, welche sich in einem Anfangsstadium befinden, darstellen können. Weiter schildert Minematsu (2006) die Familienbesuche als „Heilmittel“ für PatientInnen mit einer moderaten Demenz. In seiner Studie thematisiert er die Häufigkeit der Besuche von Familienangehörigen und deren Auswirkungen auf verschiedene sogenannte „behavioral and psychological symptoms of dementia“ (beispielsweise Unruhe, Aggressionen, Umherirren, Wiederholen von Gesagtem, Widerstand gegen die Pflege und weitere). Gemäss ihm vermögen Besuche diese Symptome zu unterdrücken (Minematsu, 2006). Auch Martin-Cook et al. (2001) befassen sich in ihrer Studie mit Familienbesuchen bei Demenzkranken. Dabei beschreiben sie Familienbesuche als beruhigend, wobei kein Unterschied zwischen einem Besuch von EhepartnerInnen oder Kindern zu erkennen sei. Die beruhigende Wirkung klinge zudem rund 30 Minuten nach dem Besuch wieder ab und hänge stark davon ab, ob der Besuch als angenehm oder unangenehm empfunden wurde. Beide Studien beschreiben Familienbesuche als beruhigend, was für einen regelmässigen Besuch der Familienmitglieder spricht. Diese Ergebnisse müssen aber mit Vorsicht

betrachtet werden, da nur Personen mit einer Demenz im frühen oder mittleren Stadium⁷ Teil der Studie waren, wodurch ein Selection Bias vorliegt (Martin-Cook et al., 2001).

Oppikofer et al. (2002) bestätigen die Annahme, dass regelmässige Besuche positive Auswirkungen auf das psychische, physische und soziale Wohlbefinden und die Gesundheit dementer HeimbewohnerInnen haben. Innerhalb der von ihnen durchgeführten „Käferberg-Besucherstudie“ setzten sie bei HeimbewohnerInnen an, welche wenig Besuche von Angehörigen und FreundInnen erhielten. Durch regelmässige emotionale Kontakte in Form von Besuchen durch freiwillige HelferInnen, bestätigten sie den dargestellten positiven Einfluss. Gemäss Oppikofer et al. (2002) weisen einige Untersuchungsergebnisse zudem darauf hin, dass „regemässige Besuche die negativen Auswirkungen des geistigen Abbaus auf die Leistungsfähigkeit der Patienten abschwächen können“ (Oppikofer et al., 2002: 46).

Die fehlende, räumliche Orientierung, welche als Begründungsmuster für MigrationsbefürworterInnen in den Medien gilt, wird im wissenschaftlichen Diskurs spärlich besprochen. Sie werden dahingehend geschildert, als dass sich die räumliche, wie auch die zeitliche und persönliche Orientierung mit fortschreitender Demenz verschlechtert und ihre Realität im Allgemeinen von der Krankheit beeinflusst werde (vgl. Alzheimerinfo.de, 2015). Im Zusammenhang mit der räumlichen Distanz wurde hingegen keine spezifische Literatur in Bezug auf die Demenzkrankheit gefunden. Die Schwierigkeiten einer Familientrennung wird allerdings in der Care Chain Forschung immer wieder aufgegriffen (vgl. Pratt, 2012). Auch die Verwendung unterschiedlicher Kommunikationsmittel zur Aufrechterhaltung transnationaler Beziehungen wird innerhalb dieses Forschungsfeldes thematisiert (vgl. Longhurst, 2013). Eine Verbindung zu diesen beiden Forschungen wird in der Diskussion gelegt.

6.3 Räumliche Orientierung – Sichtweisen vor Ort

Aus den geführten Interviews sowie der teilnehmenden Beobachtung wird ersichtlich, dass die PatientInnen nicht immer wissen, wo sie sich gerade befinden, in Thailand oder doch in der Schweiz? Dies zeigt sich bei den Patienten Hugo und Peter in gleicher Form:

Als ich mit Hugo unterwegs war, sagte er mir immer wieder, dass er jetzt dann nach Hause gehen müsse. Auf die Frage, wo er wohne, antwortete er, in Pfäffikon, seine Frau warte dort schon auf ihn. Deshalb müsse er jetzt dann auch los. Auch Peter verwechselt

⁷ Für die Studie von Martin-Cook et al. (2001) gemessen am Global Deterioration Scale (GDS); Personen mit einem Wert zwischen 5 (frühe Demenz) und 6 (mittlere Demenz). Für die Studie von Minematsu (2006) gemessen mittels Hasegawa's dementia scale (HDS-R); Personen mit einem Resultat bis zu 19 Punkten von maximal 30 Punkten.

bei unseren Gesprächen immer wieder die Orte, manchmal ist er in Thailand, teilweise auch in der Schweiz oder doch in Malaysia, wo er lange Zeit lebte.

Diese Situationen zeigen nebst einer auftretenden räumlichen Desorientierung der Patienten auch die jeweilige Bedeutung unterschiedlicher Orte. Auch Sandra bestätigt diese Annahme, indem sie äussert:

S: Ich weiss nicht, wie viel sie [die PatientInnen] realisieren von den Räumlichkeiten, ob sie jetzt in der Schweiz in einem Heim sind oder da [in Thailand]. Das denke ich mir, ist nicht so massgebend. (Sandra: 00:02:33-3)

Die Räumlichkeiten beziehungsweise in welchem Land die Betreuten sich befinden, spielt gemäss Sandra keine entscheidende Rolle, viel wichtiger sei die liebevolle Betreuung. Generell ist sie sich, wie sie zu einem späteren Zeitpunkt im Interview präzisiert, zu 100 Prozent sicher, dass die PatientInnen nicht genau wissen, wo sie sich befinden. Auch Maylin und Minah sind der Meinung, dass die PatientInnen nur teilweise wissen, an welchem Ort sie sich befinden. Die meisten interviewten Pflegekräfte äussern sich bezüglich der räumlichen Orientierung ihrer PatientInnen nach dem gleichen Muster. Die in der wissenschaftlichen und medialen Sichtweise beschriebene räumliche Desorientierung wird demgemäss vor Ort mit ähnlichen Worten geschildert. Dabei fällt auf, dass vor allem thailändische Pflegerinnen den PatientInnen erklären, wo sie sich zurzeit befinden oder sie diesbezüglich korrigieren. Während die Schweizer Pflegerinnen die PatientInnen in Bezug auf deren Aufenthaltsort nicht korrigieren, sondern deren Scheinrealität bestätigen.

P: Manchmal vergisst Peter wo er ist, er denkt er ist in Malaysia nicht in Thailand. Ich erkläre es ihm dann. Das ist Thailand nicht die Schweiz und nicht Malaysia, nur um ihm die Fakten klar zu machen. Ja es ist wichtig, wichtig, dass sie sich orientieren können. Wir [die PflegerInnen] sollten sie darüber informieren, wo sie sind, dass hier Thailand ist. (...) das ist nicht mehr ihr altes Zuhause wo sie mit ihren Kindern waren, es ist für Demenzkranke nicht einfach sich zu orientieren. Wir korrigieren sie [die PatientInnen] nur und geben ihnen die Informationen über den Ort, an welchem sie sich befinden (atmet tief ein). Manchmal glauben sie es am Anfang gar nicht. Dann sage ich ihnen, dass wir hier nicht in der Schweiz sind, sie sollen sich umschaun, es hat hier keinen Schnee (...) wir müssen ihre Erinnerungen wecken und ihnen zeigen, dass dies nicht die Schweiz ist, sondern Thailand. (Priya: 00:10:22-6)

Priya versucht mit der Beschreibung von Schnee die Erinnerungen der PatientInnen zu wecken und ihnen so zu erklären, dass sie nicht in der Schweiz sind, sondern in Thailand. Das Informieren, „die Fakten klar machen“, ist für sie selbstverständlich und von grosser Bedeutung, da sich die PatientInnen trotz Orientierungsschwierigkeiten ihrer räumlichen Umgebung bewusst sein sollen. Von Schweizer Pflegerinnen in Thailand, wie auch von Angestellten im Schweizer Altersheim wird

hingegen erklärt, dass die Annahme der Scheinrealität der Demenzkranken bei deren Pflege essentiell sei. Dafür verwenden sie den Begriff Validation⁸, welcher das Bestätigen ihrer Realität beinhaltet, um keine Verwirrung bei den PatientInnen zu stiften. Somit lassen sich zwischen den befragten thailändischen und Schweizer Pflegerinnen unterschiedliche Betreuungsmuster mit Bezug auf die räumliche Orientierung erkennen.

Übereinstimmend mit den Medien verwendet Laura für das Raumverständnis der migrierten Personen aus der Schweiz das Begründungsmuster, bei einer Demenz werde der Raum, in welchem sich die Betroffenen gedanklich bewegen, immer kleiner. Auch entgegnet sie der Entwurzelungsthese, mit welcher sie sich durch die Medien konfrontiert fühlt, mit der Reiseerfahrung der PatientInnen: „Wer viel gereist ist in seinem Leben hat die Wurzeln überall auf der Welt“ (Laura: 00:33:42-6). Ausserdem sei die in den Medien genannte Kritik der Entwurzelung auch in der Schweiz zu sehen:

L: Was ist wenn jemand in ein Schweizer Heim geht, ist das dann keine Entwurzelung? Und wie oft besucht man sie [die PatientInnen]? Und eine Entwurzelung ist es ja immer und wenn auch andere SchweizerInnen hier sind und im Kontakt stehen und sein können, dann haben sie ja ihre Kultur auch wieder und diese Kultur wird hier ja auch aufrechterhalten mit all den Aktivitäten die wir machen und den Materialien, die wir aus der Schweiz mitgebracht haben. (Laura: 00:33:42-6)

Gemäss Laura ist eine Entwurzelung nicht durch eine „grosse“ räumliche Entfernung zu definieren. Auch der Umzug vom vertrauten Zuhause in ein Heim in der Schweiz beschreibt sie als eine Art der Entwurzelung. Das Kommunizieren mit weiteren Schweizer Gästen und die Verwendung von Materialien aus der Schweiz sollen deshalb dazu verhelfen die Schweizer Kultur aufrechtzuerhalten. Indem Laura auf die Kritik der Medien eingeht, diese thematisiert und kommentiert, zeigt sich die starke Verflechtung der Diskursebenen, welche bereits in der Methodik besprochen wurde.

Nebst dem Raumverständnis der Dementen habe ich einen weiteren Fokus meiner Feldforschung auf die Trennung der Familien gelegt. Aus den Interviews kann eine negative Konnotation der räumlichen Distanz herausgelesen werden. Diese Skepsis wird von BefürworterInnen der Migration als nachvollziehbar beschrieben, wie das folgende Zitat eines Leiters zeigt:

M: Ja es ist ja nicht unberechtigt [die Skepsis und Kritik], dass man das so sagt... Das Ganze hat ja eine gewisse Unnatürlichkeit, wenn wir uns vorstellen, dass die Person in der Schweiz aufwächst und jetzt, wenn die Person älter, gebrechlich, pflegebedürftig wird, bringt man sie nach Thailand auf einen ganz anderen Kontinenten, das ist ja irgendwo durch eigenartig, sonderbar (Markus: 00:34:34-3)

⁸ Gemäss dem Konzept von Naomi Feil wird die Validation als eine Kommunikationsform und Therapie definiert, welche versucht „die verrückte Welt verwirrter Menschen vorurteilsfrei wahr und ernst zu nehmen“ (Sachweh, 2008: 258).

Die Kritik wird von ExpertInnen in Thailand verstanden und aufgenommen. Indem die Migration hauptsächlich für Personen, welche viel gereist sind, als Option thematisiert wird, wird sie als Nischenprodukt beschrieben. Die Migration stellt demgemäss keine Lösung für die Allgemeinheit dar.

L: Also auswandern an einen solchen Ort kann sowieso nur eine Person, welche gereist ist. Dies muss nicht unbedingt Thailand gewesen sein aber jemand, der Asien kennt und ich denke, auch nur eine solche Person möchte dies. Anderen Patienten kommt das gar nicht in den Sinn. (Laura: 00:05:05-1)

Das Angebot wird gemäss Laura vor allem an Personen gerichtet, welche viel gereist sind und mit der räumlichen Trennung von ihren Angehörigen und FreundInnen, der geographischen Distanz zur Schweiz und mit der asiatischen Kultur vertraut sind. Durch die Verwendung der Worte „anderen Patienten kommt das gar nicht in den Sinn“ suggeriert Laura, dass die PatientInnen selbständig über ihre Migration nach Thailand entscheiden. Die mediale Sichtweise, sowie die teilnehmende Beobachtung und Interviews mit Angehörigen lassen jedoch vermuten, dass diese Möglichkeit nicht für alle PatientInnen besteht.

Eine weitere Strategie, welche mir gegenüber bezüglich der Familientrennung geschildert wurde, ist die Migration der PatientInnen mit ihren jeweiligen, nicht von Demenz betroffenen EhepartnerInnen. Beide Ansätze wurden bereits im medialen Diskurs besprochen und zeigen eine weitere Übereinstimmung dieser Diskursebenen.

L: Ganz klar ist die Schwierigkeit [der Familientrennung] natürlich die Distanz. Jetzt für die Beziehungen finde ich es nicht problematisch, man sieht das mit Skype, ich sehe diese Beziehungen sogar als tiefer, als andere Beziehungen, welche ich erlebt habe, wo man Leute besuchen geht und nicht genau weiss, was reden. Das sehe ich als tiefer. Das andere ist eben die Distanz und dann genügend Ferien zu haben. (...) Was man ganz klar vorher vereinbaren muss ist die Patientenverfügung, das reicht ja nicht, man muss ja auch darüber gesprochen haben, was ist wenn... der Notfall eintritt. Ich meine 15 Stunden brauchen sie [die Angehörigen] immer bis sie da sind, Minimum. Manchmal sogar 20 Stunden und in diesen 20 Stunden kann so viel passieren und dann muss man genau wissen, was gemacht werden muss ... und man muss das auch als Verantwortliche sehen, wann muss man den Angehörigen mitteilen, wenn sich etwas verändert hat, schon viel vorher, bevor der Notfall eintritt. (...) Beispielsweise Stufengehen ist jetzt ein bisschen schwieriger, ist nicht mehr so einfach. Sie [die Angehörigen] müssen den Gesundheitszustand, den Abbau mitbekommen und nicht einfach plötzlich vor vollendete Tatsachen gestellt werden. (...) Genauso ist es mit Informationen, welche nicht so wichtig sind. Zum Beispiel der Urin, wo man nichts machen muss, wenn ich das in die Schweiz weitergebe, dann kann das etwas bei den Angehörigen auslösen, sie beunruhigen und das ist nicht nötig. (Laura: 00:37:55-9)

Die räumliche Trennung der Familie sieht Laura als grösste Herausforderung einer solchen Pflegealternative. Dennoch werde nicht die Beziehung der PatientInnen zur Familie, sondern jene der Angehörigen zu den PflegerInnen durch die Distanz am stärksten beeinflusst. Diese Aussage ist als neuer Aspekt innerhalb dieses Diskurses zu bewerten. Nebst der räumlichen Trennung, bespricht Laura die Weitergabe von Informationen als Herausforderung der Angehörigen-PflegerInnen Beziehung. Mit den Worten: „den Abbau mitbekommen“ und „dann kann das etwas bei den Angehörigen auslösen“ thematisiert sie die Gratwanderung, welcher sie täglich ausgesetzt ist. Einerseits müssen die wichtigsten Informationen weitergegeben werden, damit die Angehörigen den Gesundheitszustand oder dessen Abbau miterleben, ohne physisch dabei zu sein, andererseits dürfen Informationen, welche nicht derart wichtig sind, mit Bedacht geäussert werden, da sie die Angehörigen beunruhigen könnten. Diese können bei Besorgnis nicht wie in der Schweiz einen spontanen Besuch unternehmen, um sich über den Gesundheitszustand ihrer Angehörigen zu vergewissern. Für eine solche Aufgabe der Informationsweitergabe wird ein hohes Mass an pflegerischer Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein benötigt. Generell weist Laura auf die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen PflegerInnen und Angehörigen hin.

L: Es kommt immer auf die Demenzstufe an, wenn die Demenzstufe weiter fortgeschritten ist, ist die Beziehung immer eine Sache der Gegenwart, vom Augenblick. Und das sind sie auf jeden Fall und dann sehr intensiv. Sie sind angewiesen auf den Beziehungsaufbau, dass wir ihnen diesen ermöglichen und oft können sie Beziehungen nicht aufrechterhalten, weil es zu viel Konzentration braucht. Es ist mehr ein Augenblick. (Laura: 00:24:57-5)

Laura beschreibt die Beziehung demenzkranker Personen als „eine Sache der Gegenwart, vom Augenblick“. Demenzkranke sind demzufolge ab einer gewissen Demenzstufe nicht mehr in der Lage Beziehungen aufrechtzuerhalten, welche nicht gegenwärtig sind. Auch seien sie darauf angewiesen, dass ihr Gegenüber den Beziehungsaufbau für sie übernehme. Lauras Sichtweise stellt verschiedene Herausforderungen der Angehörigen-PatientInnen Beziehung dar, welche bezüglich der Demenz bestehen. Die transnationalen Beziehungen der Familien empfindet Laura trotz der räumlichen Trennung und der geschilderten Demenzproblematik als tiefer im Vergleich zu den Beziehungen zwischen PatientInnen und der Familie in Schweizer Heimen.

Die räumliche Trennung wird nicht von jeder betroffenen Person gleich wahrgenommen. Ausgehend von der folgenden Situation, muss die Trennung individuell betrachtet werden.

Eine Pflegerin erzählte mir, dass eine Frau, welche ihren Ehemann im Pflegezentrum B betreuen liess, diesen nach einer Weile wieder nach Hause geholt hat. Dies nicht, weil sie unzufrieden mit der Pflege war, sondern aus Gründen der Distanz. Sie konnte nicht

ohne ihren Mann leben und empfand die räumliche Trennung als so schmerzlich, dass sie ihn wieder nach Hause holte.

Die geschilderte Situation zeigt die Schwierigkeiten einer solchen Trennung seitens der Angehörigen. Der Trennungsschmerz, welcher so gross ist, dass der Betreute wieder nach Hause geholt wird. Dass die Trennung jedoch nicht immer nur als Nachteil empfunden wird, zeigt das Interview mit einer Angehörigen und ihrem Ehemann.

I: Und die Nachteile? Wenn man die Pflege mit der Schweiz vergleicht? K: Die Distanz zur Familie. F: Ich denke, dass die Kinder und alles ein Problem sind, aber es bringt einem auch zum Reisen, was ein Vorteil ist. Es ist ein Nachteil aber auch ein Vorteil. (Katharina & Franz: 00:04:46-2)

Die Distanz wird von den befragten Angehörigen generell als negativ angesehen, hingegen sei das Reisen, welches für persönliche Besuche unumgänglich ist, ein Vorteil. Die räumliche Distanz zur Familie sei kein Argument gegen die Pflege ihres Vaters in Thailand gewesen. Der Entscheid beruhe vielmehr auf der Tatsache, dass ihr Vater in Thailand bessere Lebensqualität genieße und ein erfülltes Leben führen könne. Ein Leben, welches noch soziale Kontakte und Lebensfreude mit sich bringe. Hingegen empfinden sie die Situation in der Schweiz als „kompliziert“ (Katharina & Franz: 00:18:13-9) und „viel teurer“ (Katharina & Franz: 00:21:12-1). Sie beschreiben wie PatientInnen in der Schweiz durch Medikamente ruhiggestellt werden, wodurch sie zu „Gemüse“⁹ würden. Dies sei der Grund, weshalb ein Altersheim in der Schweiz für sie keine Lösung darstelle. Die zentrale Frage, welche man sich stellen muss, ist gemäss Franz folgende: „Wenn sie einmal alt sind, würden sie lieber auf einem Sessel im Altersheim oder am Meer auf den Philippinen verbringen?“ (Franz: 00:24:34-3). Die Antwort falle leicht, ergänzt Franz. Franz und Katharina begründen die Migration mit der höheren Lebensqualität, welche ihr (Schwieger-) Vater in Thailand erfahre. Angesprochen auf die Besuche und den Kontakt, erzählen sie von den vielen Reisen. Zurzeit seien sie in Thailand, die Schwester werde im September zu Besuch kommen. Im Februar kehren sie erneut nach Thailand zurück, was schliesslich rund vier Besuche im Jahr ergebe.

K: (...) die Personen [Angehörige] bleiben länger. In einem Altersheim in der Schweiz bleiben sie vielleicht eine Stunde, sagen „Hallo“, trinken einen Kaffee und „Ciao vielleicht bis nächste Woche“. F: das zählt dann als ein Besuch (lacht). K: Es ist ein Besuch von einer Stunde. Hier ist das viel intensiver, einen Monat, zwei Wochen... F: Und es werden Sachen geteilt. Wie heute Morgen [haben einen gemeinsamer Ausflug gemacht] ich denke das ist...K: Es ist nicht die Quantität die zählt, sondern die Qualität, also ist es besser gewisse Dinge weniger oft zu machen, welche in Erinnerung bleiben, als nur einen Kaffee zu trinken. (Katharina & Franz: 00:28:07-1)

⁹ Genaue Nennung: „légume“

Mit den Worten „es ist nicht die Quantität die zählt, sondern die Qualität“ verweisen sie auf die Wichtigkeit, Erlebnisse zu teilen, welche Erinnerungen schaffen würden, nicht jene, welche unbedeutend seien. Dabei ist der Vergleich mit der Schweiz für ihre Aussage zentral. Wie schon im vorherigen Argument bezüglich des „Gemüses“ wird die Qualität der Beziehung angesprochen. Um die Beziehung aufrechtzuerhalten werden Ferienbesuche organisiert, wobei alle Familienmitglieder zu Besuch kommen. Weiter sind wöchentliche Skype-Video-Telefonate zu nennen, welche meist ein bis zwei Stunden dauern. Trotz dieser visuellen Kommunikationsform unterscheidet sich der Eindruck des Gesundheitszustandes, welcher die Angehörigen bei einem Skype-Gespräch von ihrem demenzkranken Familienmitglied haben, von jenem bei einem persönlichen Besuch.

Die Angehörigen Katharina und Franz fragten bei ihrer Ankunft, ob die Möglichkeit bestehe, am nächsten Tag einen Fahrradausflug mit ihrem (Schwieger-) Vater zu unternehmen. Gemäss einer Pflegerin ist der Patient schon seit längerer Zeit nicht mehr in der Lage Fahrrad zu fahren und auch das Gehen falle ihm immer schwerer.

Das Miterleben des Abbaus, insbesondere bei einer degenerativen Krankheit, scheint durch die Verwendung von Skype-Anrufen nicht im gleichen Ausmass möglich zu sein, wie dies vor Ort der Fall ist. Liegen die Besuche der Angehörigen einige Monate zurück, wird der Abbau anders wahrgenommen, als wenn dieser durch wöchentliche Besuche stetig miterlebt wird.

Die Skype-Telefonate dienen, wie schon im Kapitel zur Bedeutung der Sprache geschildert, nicht nur der Kommunikation mit den Angehörigen, sondern auch zur Kommunikation der Angehörigen mit den PflegerInnen. Skype wird gemäss Markus, Leiter eines Demenzzentrums in Thailand, für viele von der Migration betroffenen Familien für die Kommunikation verwendet. Diese Möglichkeit der Kommunikation werde aber stark durch die Krankheit bestimmt. Ab einem gewissen Grad der Krankheit seien die PatientInnen nicht mehr in Lage, das Bild im Computer wahrzunehmen.

M: Irgendwann das ist wie bei den Fotos oder, dass musst du dir so vorstellen, irgendwann geht der inhaltliche Gehalt von einem Medium wie Skype, das Inhaltliche, was wir eigentlich als entscheidende Information anschauen, verloren. Also es ist dann einfach nur noch das Objekt. Also wenn zum Beispiel, das gibt es manchmal, die Angehörigen haben immer noch das Gefühl, jetzt haben sie ein Foto von früher von ihr oder von ihnen. Dann ist es oft so, dass sie [die Demenzkranken] das Foto nehmen und so schauen (schaut das Objekt an und dreht es), weil sie den Inhalt, die inhaltliche Aussage gar nicht mehr aufnehmen können, sondern das Ding als Materie anschauen. (Markus: 00:28:30-3)

Demgemäss erschwert die Krankheit Demenz (in einem späteren Krankheitsstadium) die Kommunikation und Aufrechterhaltung einer Beziehung durch Skype-Anrufe. Die Verwendung von Skype als visuelles Kommunikationsmittel, welches Räume zu verbinden vermag und somit das Gefühl

von Nähe zu vermitteln versucht, ist vom Krankheitsgrad abhängig.

Das Gefühl der Nähe zur Familie scheint für die thailändischen Pflegerinnen ein wichtiger Aspekt der sozialen Beziehung demenzkranker Personen darzustellen. Sie erläutern, dass die PatientInnen spüren, ob ihre Familie bei ihnen sei oder nicht.

J: Ich denke, dass es nicht gut für sie [die PatientInnen] ist [weit weg von der Familie zu sein], vielleicht können sie sich eines Tages nicht mehr daran erinnern, wer ihre Familie ist aber tief drin spüren sie es noch immer. Vielleicht wissen sie nicht mehr wer ihr Sohn ist aber sie fühlen es. (...) Sie fühlen sich dann nicht alleine, sie fühlen immer noch „oh ich habe Familie, das ist Familie, ich bin nicht alleine“. (Juna: 00:14:53-7)

Hier zeigen sich unterschiedliche Verständnisse der Distanz, während Katharina und Franz die Distanz sowohl als Vorteil als auch als Nachteil empfinden, verweisen die thailändischen Pflegerinnen fast ausschliesslich auf die Nachteile. Sie haben das Gefühl, ihre PatientInnen fühlen sich zeitweise einsam. Für sie sei die Gegenwart der Familie essentiell, auch wenn die Krankheit einen Einfluss auf die sozialen Beziehungen habe. Erklärungsgrund für diese unterschiedliche Wahrnehmung der Familientrennung könnte die Stellung der Familie in der thailändischen Kultur darstellen.

In allen Diskursebenen wurde für die Kommunikation und somit die Überwindung der Distanz die Verwendung von Skype thematisiert. Anrufe mit Video-Funktion stellen eines der wichtigsten Kommunikationsmittel dar. Weiter werden persönliche Besuche und sehr selten Telefonate oder Briefe genannt. Zu beachten ist, dass unterschiedliche Beziehungen unterschiedlich aufrechterhalten werden. Dieser Aspekt wird in der Reflexion genauer analysiert.

6.4 Reflexion

Wie bereits zu Beginn des Kapitels „Räumliche Distanz“ thematisiert, wird der Begriff Distanz in der medialen Sichtweise kaum verwendet, auch wenn die räumliche Trennung in der Argumentation rund um die Migrationsthematik demenzkranker Personen stark vertreten ist. Von Seiten der interviewten Personen wird diese Thematik kaum behandelt, wenn nicht spezifisch danach gefragt wurde. Dies scheint in Anbetracht dessen, dass die räumliche Trennung unumgänglich für eine solche Nord-Süd Migration ist, erstaunlich. Da Besuche der Angehörigen im Voraus geplant werden müssen und für die Hin- und Rückreise sehr viel mehr Zeit eingeplant werden muss, als bei einem Besuch in einem Schweizer Heim, erscheint die Distanz in Bezug auf die räumliche Trennung bei der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand fundamental. Dazu kommt die Problematik der Notfälle, welche von Laura angesprochen wird. Tritt ein Notfall ein, seien die Angehörigen frühestens in 15 bis 20 Stunden vor Ort, was dazu führe, dass vorausschauender ge-

handelt werden müsse. Dies einerseits in Form einer detaillierten Krankenverfügung, andererseits durch die höheren pflegerischen Kompetenzen der Fachperson, welche Informationen an die Angehörigen weiterleitet. Die illustrierten Informationsflüsse sind als Schwierigkeit in der Beziehung zwischen den Angehörigen und PflegerInnen zu nennen und bilden einen neuen Aspekt in Bezug auf die Konsequenz der räumlichen Trennung.

Die Ermöglichung eines besseren Lebens wird vermehrt als Entscheidungsgrund für die Migration genannt, wodurch die Situation in der Schweiz in die Argumentation miteinbezogen wird. Die Situation in der Schweiz beschreiben Katharina und Franz unter anderem durch die Äusserung des Wortes „Gemüse“. Diese Nennung bezieht sich auf das medikamentöse Ruhigstellen der an Demenz erkrankten PatientInnen. Die von Katharina und Franz geschilderte Sedierung konnte im Schweizer Pflegeheim nicht festgestellt werden. Bezüglich der Argumentation von Katharina und Franz stellt sich die Frage, wie weit diese verbreitet ist und inwiefern die medikamentöse Behandlung der PatientInnen sich auf ihr Wohlbefinden auswirkt.

Hinsichtlich der emotionalen Aspekte einer Familientrennung wird gezeigt, dass der damit verbundene seelische Schmerz so gross sein kann, dass PatientInnen wieder nach Hause geholt werden. Die Angehörigen Katharina und Franz beschreiben die Trennung sowohl als Nachteil, als auch als Vorteil. Diese Aussage weicht stark von der wissenschaftlichen Diskursebene ab (vgl. Pratt, 2012). Zudem gehen Katharina und Franz auf die Qualität und Quantität von Besuchen ein, welche in der Literatur gegensätzlich beschrieben werden. Aus Sicht der Fachliteratur wurden regelmässige Besuche als bedeutungsvoll dargestellt, wobei sie die PatientInnen zu beruhigen vermögen. Regelmässige Besuche wirken sich gemäss der Fachliteratur nicht nur positiv auf das Wohlbefinden der PatientInnen aus, sie vermögen auch negative Auswirkungen der Krankheit zu vermindern (vgl. Mine-matsu, 2006; Martin-Cook et al., 2001; Oppikofer et al., 2002). Katharina und Franz appellieren hingegen an die Qualität der Besuche. Sie sind der Meinung, Erinnerungen zu schaffen und eine intensive Zeit zu verbringen, sei von grösserer Bedeutung, als zusammen regelmässig einen Kaffee zu trinken. In Bezug auf das Vergessen stellt sich deshalb die Frage, ob die Betroffenen ihre Familienmitglieder schneller Vergessen, wenn diese unregelmässig zu Besuch kommen. Laura schilderte Beziehungen demenzkranker Menschen als „eine Sache der Gegenwart, vom Augenblick“ (Laura: 00:24:57-5), was die Aussagen der Fachliteratur stützt und somit ebenfalls für regelmässige Besuche spricht.

Anhand der ethnographischen Sichtweise wurden in Bezug auf die Kontaktarten Unterschiede bei verschiedenen Beziehungen ausgemacht. Für die Beziehung zwischen den PatientInnen und deren Angehörigen sind Skype-Anrufe und Besuche, sowie vereinzelt Telefonate typisch. Innerhalb der Beziehungen zwischen Familienmitgliedern und Pflegepersonal oder auch Leitenden wird darüber

hinaus öfters auf Emails verwiesen. Die ethnographische Sichtweise ermöglicht, dass Aufdecken relevanter Kommunikationsmittel und illustriert, welche dieser Mittel für welche Beziehung von Bedeutung ist. Weiter zeigen die mediale und die ethnographische Sichtweise Herausforderungen solcher Kommunikationsmittel.

Nebst diesen Kontroversen und Übereinstimmungen wird durch die vorgenommene Analyse die starke Verflechtung der untersuchten Diskursebenen illustriert, welche bereits von Jäger & Jäger (2007) beschrieben wurde. Diese Verflechtung wird bei Laura aufgezeigt, welche Bezug auf die in den Medien geäußerte Kritik nimmt, wodurch mediale Diskurspositionen in die ethnographische Diskursebene eingebunden werden.

7 Diskussion

Wie eingangs dargestellt, wird die Schweizer Bevölkerung stets älter, was mit einer steigenden Inzidenz an Demenzerkrankungen in der Schweiz einhergeht. Angesichts dieser demographischen Entwicklung, fehlenden Pflege- und Betreuungsplätzen, enormen finanziellen Belastungen aufgrund der hohen Pflege- und Betreuungskosten sowie sozioökonomischen Veränderungen, steht die Pflege demenzkranker Menschen zunehmend im Fokus der öffentlichen Debatte. Um die wachsende Nachfrage decken zu können, treten stets neue kommerzielle Alternativen auf dem Schweizer Pflegemarkt auf, wie die Betreuung rund um die Uhr im Ausland, in Thailand.

In Anbetracht dessen, dass die Pflege demenzkranker, aus der Schweiz emigrierten Personen bislang geographisch an die Schweiz gebunden war, ist Ziel dieser Masterarbeit, mittels eines diskurstheoretischen Ansatzes die Pflege in Thailand als Alternative zu analysieren. Das Augenmerk innerhalb dieser Analyse liegt basierend auf der theoretischen Grundlage des Care Chain Konzeptes auf dem Beziehungsnetzwerk der demenzkranken MigrantInnen. Daraus ergab sich folgende Forschungsfrage: *Welche transnationalen Beziehungsnetzwerke entstehen bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand?* Folgend werden die Ergebnisse der Diskursanalyse wiedergegeben und in Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Theorie gesetzt.

7.1 Surplus value und care deficit

Der im Kapitel 2 „wissenschaftliche Anknüpfungspunkte“ aufgegriffenen Frage nach der zu extrahierenden Ressource der Care Chain, wird innerhalb dieses Unterkapitels nachgegangen. Hochschild (2000) definiert diese Ressource innerhalb ihrer Forschung, bei welcher sie die Migration von Kindermädchen in den Blick nimmt, als Liebe. Im Hinblick auf die Kinderbetreuung bespricht Hochschild (2000) den damit einhergehende Surplus Value dadurch, dass die Kinder in den Empfängerländer der Migrantinnen sowohl durch die eigenen Eltern, als auch durch die migrierte Betreuungskraft Liebe erhalten. In den Sendeländern entstehe aufgrund der Abwesenheit der Mutter eine Versorgungslücke bezüglich der Kinderbetreuung, welche durch andere Familienmitglieder gefüllt werden müsse. Wichtig sei dabei, dass die Liebe extrahiert werde, sprich von den Kindern der Migrantin entzogen und auf die Kinder in den Empfängerländern übertragen. Basierend auf diesen Überlegungen stellt sich die Frage, welche Ressource bei einer Nord-Süd Migration nach der Logik von Hochschild (2000) extrahiert wird. Um diese Ressource definieren zu können, möchte

ich kurz auf die Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen der Forschung von Hochschild (2000) und meiner Studie eingehen. Übereinstimmungen können dahingehend formuliert werden, als dass in beiden Care Chains (hauptsächlich) Eltern migrieren. Die Beziehung zu den Familienmitgliedern und vor allem jene zu den Kindern wird durch die Migration transnational. Im Gegensatz zu Hochschilds (2000) Forschung wird der Migrationsentscheid innerhalb meiner Forschung primär von den Kindern und nicht von den Eltern getroffen. Auch ist diese Art der Migration nicht geschlechterspezifisch, was damit zu erklären ist, dass die Pflegearbeit nicht von der migrierten Person, sondern von einer Person im Empfängerland (Thailand) ausgeübt wird. In Thailand selbst ist die Care Arbeit wiederum stark an das weibliche Geschlecht geknüpft, auch wenn vereinzelt männliche Pfleger vor Ort tätig waren. Hier kristallisiert sich ein weiterer Unterschied zu Hochschilds (2000) Forschung heraus. Bei Hochschild (2000) wird die extrahierte Ressource von den Migrantinnen vom Sender- ins Empfängerland transportiert und somit den Sendeländern entzogen. Innerhalb meiner Forschung migriert die pflegebedürftige Person. Die Ressource wird folglich von thailändischen Pflegekräften in Thailand angeboten, wodurch diese nicht über nationale Grenzen hinweg transportiert wird. Das Argument von Hochschild (2000), dass die Ressource extrahiert wird kann folglich nicht übernommen werden, weshalb nicht von einem „emotionalen Imperialismus“ (Hochschild, 2000) gesprochen wird. Gleichbleibend zu Hochschilds (2000) Forschung wird die Ressource von Personen aus südlichen Ländern von Personen aus nördlichen Ländern konsumiert, da diese in den westlichen Ländern knapp ist.

Bezüglich der Liebe, als Ressource könnte argumentiert werden, dass die demenzerkrankte Person, die Liebe zu ihren Kindern durch die Migration nicht gleich ausleben kann. Da die Kinder aber in den meisten Fällen den Migrationsentscheid fällen, ein sehr viel höheres Alter bei der Migration ihres Elternteils aufweisen als bei Hochschild (2000) und die Krankheit Demenz die Beziehung gemäss Fachliteratur und ethnographischer Sichtweise beeinträchtigt (vgl. Haberstroh et al., 2011), erscheint mir diese Argumentation unzureichend. Vielmehr wird in den Interviews und der Diskursebene der Medien ersichtlich, dass die Migration als eine optionale Lösung betrachtet wird. Die demenzerkrankten MigrantInnen benötigen eine 24-Stunden Betreuung, welche aus verschiedenen Gründen in Schweizer Einrichtungen oder innerhalb der Familie nicht möglich ist. Dadurch rückt der Faktor *Zeit* in den Vordergrund einer solchen Alternative. Innerhalb der Interviews wurde der Zeitfaktor hauptsächlich von Schweizer Pflegerinnen als essentielles Gut dargestellt. Einerseits, weil die PatientInnen die 24-Stunden Betreuung erhalten, welche sie benötigen, andererseits ist das Tempo in Thailand entschleunigt und somit demenzgerecht. Ausgehend von dem Migrationsentscheid, welcher oftmals mit dem zeitlichen Faktor begründet wird, sowie der Entschleunigung als charakteristisches Merkmal der Demenzpflege, scheint mir die Definition von *Zeit* als Ressource naheliegend. Dabei ist sowohl die 24-Stunden Betreuung als auch das Zeitgefühl Bestandteil dieser Ressource.

Ungeachtet der obig genannten Unterschiede zu Hochschilds (2000) Forschungen, erscheint der Aspekt Liebe innerhalb der untersuchten Care Chain dennoch eine entscheidende Rolle zu spielen. Gemeint ist damit nicht spezifisch die Mutter- oder Vaterliebe, sondern vielmehr das *familiäre Gefühl*. Im Pflegezentrum B werden die PatientInnen bewusst mit „Mutter“ und „Vater“, „Tante“ oder „Onkel“ angesprochen, was zu einer familiäre Beziehung führen soll. Das Gefühl innerhalb der Familie betreut zu werden stellt die Basis dieser Betreuungsart dar – eine *familiale* Pflege weit weg von der Familie. Innerhalb des Pflegezentrums B muss die *familiale* Pflege grundsätzlich als eine weitere zu extrahierende Ressource in Betracht gezogen werden.

Zusammenfassend kann der *Zeitfaktor* als Ressource interpretiert werden, welche in den westlichen Ländern knapp ist und aus diesem Grund eingekauft wird, wobei die *familiale* Pflege als weitere Ressource zu betrachten ist.

7.2 Ethnisierung – Kulturalisierte Aspekte der Pflege

Die im Kapitel 5.2 hergeleitete kulturelle Zuschreibung wird innerhalb dieses Diskussionskapitels in den Fokus gerückt und in Verbindung mit der vorgestellten Care Chain Forschung gebracht. Die Ethnisierung, die Bildung nationaler Stereotypen wird unter anderem von Liang (2007; 2011) mit der Care Chain in Verbindung gebracht. Dabei stützt sie sich auf die Forschung von Loveband (2004). Innerhalb ihrer Forschung befasst sich Loveband (2004) mit der Bildung von nationalen Stereotypen über indonesische Care Arbeiterinnen in Taiwan. Sie untersucht unter anderem wie diese Stereotypen von taiwanesischen Arbeitsvermittlungsagenturen bei der Vermarktung von migrierten Haushaltshilfen und Pflegekräften zur Anwendung kommen. Das gängige Bild einer indonesischen Arbeitskraft beschreibt sie in diesem Zusammenhang als gefügig, unterwürfig und loyal aber auch wenig kultiviert. Folgen einer solchen Ethnisierung bespricht Liang (2007) mit den Worten: „Racial and national stereotyping, which creates a hierarchy amongst migrant domestic workers, occurs in various contexts to legitimate different kinds of care labor performed by specific groups of workers” (Liang, 2007: 10). Die Bildung von nationalen Stereotypen diskutieren beide Forscherinnen als eine Vermarktungsstrategie von Pflegepersonal unterschiedlicher Herkunft. Im Resultatkapitel zum Thema Kultur konnte illustriert werden, dass eine solche Ethnisierung auch bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand besteht¹⁰. Die Gegenüberstellung der medialen und ethnographischen Diskursebenen ermöglicht eine Erweiterung des Blickfeldes und somit eine detaillierte Betrachtung der Pflege in den besuchten Demenzzentren in Thailand. In den untersuchten Medien wird die „thailändische Art“ der Pflege vor allem durch Adjektive wie;

¹⁰ Dies gilt für das Pflegezentrum, in welchem Minah angestellt ist.

herzlich, zärtlich, fürsorglich und respektvoll beschrieben. Der Faktor der Zärtlichkeit wird durch die Nennung von Umarmen, Küsschen, Händchen halten sowie zärtlichem Streicheln näher konkretisiert. Diese Art der Zärtlichkeit, welche in den untersuchten Medien als „thailändisch“ illustriert wird, wird innerhalb der ethnographischen Sichtweise kontrovers debattiert. Minah, eine thailändische Pflegerin erläutert im Interview, dass die Nähe und Zärtlichkeit, welche in den Medien als Teil des „thailändischen Alltags“ besprochen wird, so nicht praktiziert werde. „Thais machen das nicht [sich berühren], auch nicht mit dem Ehemann“ (Minah: 00:10:13-1). Vielmehr sei diese Art der Zärtlichkeit und Nähe ein Aspekt, welcher Personen ausländischer Herkunft von Personen thailändischer Herkunft unterscheidet und welcher die PflegerInnen im Pflegezentrum erlernen. Anhand des Interviews mit Minah kann die von Liang (2007) und Loveband (2004) geschilderte Stereotypenbildung dargelegt werden. Den thailändischen PflegerInnen werden in den Schweizer Medien Charakterzüge und kulturelle Attribute zugeschrieben, welche gemäss Minah nicht in der thailändischen Kultur verankert sind. Der in den Medien geschilderten Pflege können sowohl kulturalisierte Vorstellungen und Werte der „thailändischen Kultur“ als auch der „Schweizer Kultur“ zugeschrieben werden. Der Respekt gegenüber älteren Menschen wird als „thailändisch“ beschrieben. Weiter können „schweizerische Aspekte“ anhand des Anspruchs und Angebots eines „schweizerischen Pflegestandards“ aufgezeigt werden. Die Nähe und Zärtlichkeit an sich erscheint hingegen als wünschenswerter Aspekt, welcher einer familiären Pflege zugeschrieben wird. Was resultiert ist ein kulturelles Verständnis einer „guten Pflege“, welches kulturalisierte Vorstellungen und Zuschreibungen der „Schweizer Kultur“ mit der „thailändischen Kultur“ vereint. Gemäss Liang (2007) und Loveband (2004) liegt den gebildeten Stereotypen meist ein idealisiertes Bild einer Pflegerin zu Grunde. Loveband (2004: 343) beschreibt in ihrer Arbeit, dass weder die Pflegerinnen, die VermittlerInnen noch die ArbeitgeberInnen eine solche Stereotypenbildung als problematisch darlegen, wodurch das produzierte Ideal angestrebt und dadurch reproduziert wird. Innerhalb meiner Studie kann dieses Pflegeideal als zärtlich, liebevoll, respektvoll und familiär charakterisiert werden – eine familiäre Betreuung weit weg von der Familie. Weiter ist zu beachten, dass Minah durch die Ausübung der neu erlernten Zärtlichkeit im Pflegezentrum, diese zuhause reproduziert. Die kulturelle Zuschreibung kann in Verbindung mit der Forschung von Loveband (2004) und Liang (2007) also als Bildung nationaler Stereotypen verstanden werden, welche durch die thailändischen PflegerInnen täglich reproduziert werden und auch der Vermarktung dienen.

7.3 Trennung der Familie – geographische Distanz

Die räumliche Trennung, welche als prägend für die Beziehung zwischen den Angehörigen und den PatientInnen dargelegt wurde, wird innerhalb dieses Unterkapitels der Forschung von Geraldine

Pratt (2012) gegenübergestellt. Geraldine Pratt (2012) verweist auf die Schwierigkeiten der Trennung aber auch der Wiedervereinigung einer transnationalen Familie, was sie als „families apart“ definiert. Pratt (2012) zeichnet diese Schwierigkeiten der Wiedervereinigung dahingehend nach, als dass die Vorstellung der Mutter über das weitere Leben der Kinder, vor allem in Bezug auf deren Ausbildung, grösstenteils nicht deckungsgleich mit jenen der Kinder ist. Nebst diesen Vorstellungen spielt auch die meist (zeitlich) lange Abwesenheit der Mutter und die Trennung im frühen Kindesalter eine wesentliche Rolle. Die Kinder erkennen ihre Mutter teilweise kaum wieder, sie ist ihnen über die Jahre fremd geworden. Die Aufopferung der Mutter für die Ermöglichung eines besseren Lebens ihrer Kinder untersucht Pratt (2012) in unterschiedlicher Form und aus verschiedenen Perspektiven.

Da die migrierten, an Demenz leidenden Personen meist bis an ihr Lebensende in Thailand bleiben, ist eine Wiedervereinigung nur durch persönliche Besuche und somit zeitlich begrenzt möglich. Diese Wiedervereinigung wird von den Angehörigen in den geführten Gesprächen als unproblematisch und intensiv besprochen.

Pratt (2012) bespricht die Trennung einerseits aus Sicht der Kinder, welche ihre Mutter vermissen, die Situation wegen ihres jungen Alters aber meist nicht vollständig verstehen. Andererseits nimmt sie die Sicht der Mutter in den Blick, aus welcher die Verbesserung der Lebensqualität ihrer Kinder im Zentrum steht. Auch bei der Migration demenzkranker Menschen kann die Verbesserung der Lebensqualität als ein wesentlicher Faktor einer Migration eingeschätzt werden. So besprechen Katharina und Franz die Migration ihres (Schwieger-) Vaters nach Thailand als Möglichkeit, ihm trotz Demenz eine Lebensqualität zu ermöglichen, welche in der Schweiz nicht möglich wäre. Der Migrationsentscheid als Aussicht auf ein besseres Leben macht die Motivationsgründe der Migration vergleichbar mit jenen aus Pratts (2012) Forschung. Hinsichtlich der Trennung können sowohl Übereinstimmungen als auch Kontroversen zu Pratts (2012) Forschungen illustriert werden. Einerseits schilderte eine interviewte thailändische Pflegerin den Trennungsschmerz einer Ehefrau, welche ihren Mann nach Thailand in die Pflege brachte. Die Trennung wurde als derart schmerzhaft und unerträglich beschrieben, dass die Betroffene ihren Ehemann wieder nach Hause holte. Andererseits veranschaulichen Katharina und Franz die geographische *Distanz* zwar als einzigen Nachteil dieser Pflegealternative, sie sehen aber auch einen Vorteil darin - das Reisen. Pratt (2012) illustriert innerhalb ihrer Forschung keinerlei solche Vorteile. Die angesprochene Qualität der Besuche wird in der Demenzliteratur kontrovers dazu debattiert. Die Demenzliteratur schildert regelmässige Besuche von Familienangehörigen und FreundInnen für die demenzerkrankte Person als steigernd für ihr Wohlbefinden, wobei auch demenzspezifische Symptome gemildert werden (vgl. Mine-matsu, 2006; Martin-Cook et al., 2001; Oppikofer et al., 2002)

Trotz dieser Aussage wurde die räumliche Trennung zur Familie prinzipiell (auch von Katharina und Franz), innerhalb der medialen Diskursebene als auch vor Ort, als Nachteil und Schwierigkeit

dargelegt. Aspekte zur Trennung wurden vor Ort selten thematisiert. Stattdessen wurden vermehrt die Kommunikationsmittel und deren Wichtigkeit diskutiert, welche für die Überwindung der räumlichen Trennung verwendet werden.

Um trotz der räumlichen Trennung Beziehungen aufrechtzuerhalten, wird auf verschiedene Kommunikationsmittel zurückgegriffen. Beispielsweise wurden Skype, persönliche Besuche, Telefonate und Emails wiederholt als Kontaktmittel genannt. Zu beachten ist, dass unterschiedliche Beziehungen jeweils durch verschiedene Kontaktwege aufrechterhalten werden. Auf diesen Aspekt der verschiedenen Beziehungen werde ich zu einem späteren Zeitpunkt genauer eingehen (siehe Kapitel 7.5). Auch in der Care Chain Forschung haben sich diverse Forschungen rund um das Thema der Kommunikationsmittel angesiedelt. Neben Pratt (2012) untersucht auch Longhurst (2013) Kommunikationsmittel innerhalb dieses Forschungsfeldes. Longhurst (2013) befasst sich in ihrer Studie hauptsächlich mit dem Kommunikationsmittel Skype und mit der Bedeutung als Mutter, zeitlich und räumlich von den eigenen Kindern getrennt zu sein. Bei einer Echtzeit-Video-Unterhaltung wie sie bei Skype möglich ist, ist gemäss Longhurst (2013: 665) das Hören und Sehen des lebendigen Körpers einer „echten“ Person aber auch das Beobachten von Ausdruck, Verhalten, Kleidung, Bewegungen, sowie deren Umgebung zentral. Skype wird von Longhurst (2013) als ein Kommunikationsmittel illustriert, welches Räume auf visuelle Art und Weise sowohl „ausdehnt“ als auch „verbindet“. Beachtet werden müsse, dass das Interpretieren von Bildern nur eine Interpretation und nicht das Erfahren ihrer Wahrheit sei. Ein Beispiel für diese Interpretation kann anhand der Annahme von Katharina und Franz, dass Peter noch in der Lage sei, Fahrrad zu fahren, obwohl er bereits Schwierigkeiten beim Gehen hat, illustriert werden. Hier zeigt sich, dass anhand von Skype-Video-Anrufen die Person zwar gesehen, deren Gesundheitszustand aber nicht im gleichen Ausmass eruiert werden kann, wie dies bei einem persönlichen Besuch möglich ist. Trotz dieser Erkenntnisse charakterisiert Longhurst (2013) die Verwendung von Skype für die Hälfte der von ihr interviewten Frauen als effizientes Mittel, welches zur Abnahme des Distanz-Gefühls führe. Auch ermöglicht gemäss der Interviewpartnerinnen das Sehen ihrer Kinder, deren Wohlbefinden akkurater zu beurteilen. Nichtsdestotrotz empfinden einige Befragte die Verwendung von Skype als erschwerend, da durch die Verwendung der Video-Anrufe ein Teil ihrer Privatsphäre (ihr Zuhause) verloren gehe (Longhurst, 2013: 674).

Neben persönlichen Besuchen wird innerhalb der medialen und ethnographischen Diskursebene meiner Studie Skype als ein immer wichtiger werdendes Kommunikationsmittel behandelt. Sein Gegenüber zu sehen, wird als Vereinfachung einer Teilnahme am Leben des anderen wahrgenommen. So versammelt sich regelmässig die ganze Familie von Peter vor dem Computerbildschirm, um Neuigkeiten auszutauschen. Die Verwendung dieser Art der Kommunikation wird gemäss Markus früher oder später durch das Fortschreiten der Demenzerkrankung dennoch unmöglich. Die

Demenz stellt in Bezug auf die Verwendung von Kommunikationsmittel und generell der Kommunikation eine Besonderheit dar. Angesichts der Abnahme der sprachlichen Kommunikationsfähigkeiten wie sie im Sprachkapitel geschildert wurde, werden persönliche Besuche ab einem gewissen Zeitpunkt die einzige Möglichkeit, miteinander in Kontakt zu treten. Diese Schwierigkeiten beziehungsweise deren Auswirkungen auf die transnationalen Beziehungen werden erstaunlicherweise fast nur innerhalb der ethnographischen Sichtweise thematisiert und erläutert.

Wie bereits in der Forschung von Pratt (2012) geschildert, stellt die Familientrennung auch innerhalb dieser Forschung für die Betroffenen einen Nachteil der Migration dar, welchem durch unterschiedliche Kommunikationsmittel entgegengewirkt wird. Die Diskussion veranschaulicht des Weiteren die Rolle der Demenz innerhalb der Thematik der Familientrennung und Aufrechterhaltung der Beziehung.

7.4 Sprachliche Aspekte

Vor Ort sowie in den untersuchten Medien konnte die *Bedeutung der Sprache* als Konsequenz der Migration herausgearbeitet werden, weshalb sie den Diskussionspunkt dieses Unterkapitels darstellt.

Die Sprachkonsequenz wird zwischen aber auch innerhalb der Diskursebenen kontrovers diskutiert. Dies zeigt sich vorwiegend bei der medialen Diskursebene, welche zwei Diskursstränge aufweist. Während der eine Diskursstrang sich für die *verbale Kommunikation* ausspricht und das Unterhalten in der eigenen Sprache hervorhebt, diskutiert der Gegendiskurs die *nonverbale Kommunikation* als entscheidende Kommunikationsart. Aspekte beider Meinungen konnten sowohl in der Demenzliteratur als auch vor Ort herausgelesen werden. Die Gegenüberstellung der verschiedenen Diskursebenen zeigt, wie im Kapitel 4 hergeleitet, dass die Sprache und damit einhergehend die Kommunikationsart differenziert nach dem Krankheitsgrad betrachtet werden muss.

Der Krankheitsverlauf der Demenz spielt eine essentielle Rolle bei der Kommunikation, weshalb ein Vergleich der Migration Demenzkranker mit der Migration von Personen ohne Demenz kaum möglich ist. Wird der Vergleich trotzdem gemacht, fällt auf, dass die sprachlichen Herausforderungen innerhalb der Care Chain Forschung kaum thematisiert werden. Dies obwohl davon auszugehen ist, dass einige Care MigrantInnen die Sprache des Empfängerlandes bei ihrer Migration nicht oder unzureichend beherrschen. Die Fähigkeit der MigrantInnen, diese Sprache erlernen zu können, könnte als Grund für die seltene Nennung interpretiert werden.

Die Bedeutung der Sprache wird primär von thailändischen Pflegerinnen im Hinblick auf die Betreuung Demenzkranker als erschwerend erachtet. Einerseits thematisieren die Pflegerinnen die Schwierigkeit die PatientInnen zu verstehen, weshalb die Bedürfnisse der PatientInnen nur mit

Mehraufwand auszumachen sind. Für die Deutung dieser Bedürfnisse gebrauchen sie die Körpersprache als wesentliches Hilfsmittel. Andererseits diskutieren die thailändischen Pflegerinnen das „Zurückfallen in die Muttersprache“, beziehungsweise das Verblässen der Fremdsprache als Hindernis innerhalb der Pflege. Das Sprechen der gleichen Sprache wird von ihnen als vereinfachend und erleichternd erläutert. Auch sei das Sprechen in der Muttersprache für die PatientInnen essentiell, was die Schweizer Pflegerinnen bestätigen. Die Interviews mit den thailändischen Pflegerinnen ermöglichen nebst dem Aufzeigen der alltäglichen Schwierigkeiten zudem die Beleuchtung ihrer Sichtweise, welche in den Medien bis anhin noch kein Gehör gefunden hat. Die Blindheit für die Sichtweise der thailändischen PflegerInnen erstaunt vor allem deshalb, weil gerade die Beziehung zwischen den PflegerInnen und PatientInnen in den Medien als eine der wichtigsten beschrieben wird.

Diese Masterarbeit macht diese Perspektive sichtbar, wodurch neue und wertvolle Erkenntnisse bezüglich der Sprachthematik aber auch der gesamten Thematik der Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz nach Thailand gewonnen werden. Mit dem Fokus auf das transnationale Beziehungsnetzwerk der PatientInnen, welches durch die Netzwerkanalyse erarbeitet wurde, werden Beziehungen, welche in den Diskursebenen der Medien und Literatur bis anhin unbeachtet blieben, herausgearbeitet und analysiert.

7.5 Transnationales Beziehungsnetzwerk

Die folgende Diskussion macht Aussagen über die Beziehungsnetzwerke demenzkranker MigrantInnen und stellt diese Erkenntnisse in Beziehung mit der gängigen Care Chain Forschung.

Innerhalb der Care Chain Forschung beschäftigen sich viele Arbeiten mit der Situation von MigrantInnen. Der Fokus liegt auf den transnationalen Beziehungen zu ihren Familien. Auch wird die Situation der zurückgelassenen Kinder analysiert, wodurch Beziehungen der Kinder zu den von ihnen betreuenden Personen und zu anderen Familienmitgliedern beleuchtet werden. Ferner wird die Beziehung der MigrantInnen zu Pflegekindern im Empfängerland und zu den Empfängerfamilien thematisiert. Die transnationalen Beziehungen innerhalb dieser Versorgungskette gehen vorwiegend von der migrierten Pflegeperson aus (vgl. Hochschild, 2000; Yeates, 2004b; Karakayali, 2010). Bei der Migration demenzkranker Personen können dagegen auch andere Beziehungen, welche die migrierte Person nicht einschliessen aber zum Beziehungsnetz gezählt werden, transnationaler Natur sein. Beispielsweise stehen die Angehörigen in der Schweiz mit den PflegerInnen und den Leitenden in einer transnationalen Beziehung. Folglich entsteht ein komplexes Netzwerk, welches im Unterschied zu den Netzwerken der Care Chain Forschung auch Beziehungen zwischen der Familie der migrierten Person, den PflegerInnen und LeiterInnen aufweist. In diesem Beziehungsgeflecht

verfügt die migrierte Person selbst meist nur über eine geringe Anzahl transnationaler Verbindungen, welche hauptsächlich zu Familienangehörigen und in einigen Fällen zu FreundInnen bestehen. Hochschild (2000, zit. In: Yeates, 2004b: 373) stellte innerhalb ihrer Forschung fest, dass sich die Anzahl transnationaler Beziehungen der MigrantInnen auf eine, zwei oder drei Verbindungen beschränken, wodurch Parallelen zwischen den demenzkranken MigrantInnen und den Care MigrantInnen gezogen werden können.

Beziehungen, welche aufgrund der unterschiedlichen Diskursebenen für den demenzkranken Menschen als essentiell zu betrachten sind, sind vorwiegend jene mit den Angehörigen und den PflegerInnen. Selten wird das Augenmerk auf Beziehungen der PatientInnen zu FreundInnen oder Leitenden gelegt. Auch Beziehungen unter den PatientInnen sind zu beobachten. Diese Beziehungen bestehen gemäss der ethnographischen Sichtweise sehr individuell. Während einige PatientInnen die Anwesenheit und Kommunikation mit anderen PatientInnen schätzen, fühlten sich andere davon genervt oder gestört.

Als Einflussfaktoren auf verschiedene Beziehungen erweisen sich die *Bedeutung der Sprache* als auch das *kulturelle Verständnis* nebst der besprochenen *Distanz* und deren Überwindung als bedeutsam. Die Analyse hat gezeigt, dass Kommunikationsschwierigkeiten zwischen PflegerInnen und PatientInnen dazu führen, dass Familienmitglieder in der Schweiz zum Sprachrohr der PatientInnen werden. Die Herausforderungen der Sprache prägen demzufolge auch die transnationale Beziehung zwischen den Angehörigen in der Schweiz und den thailändischen PflegerInnen.

Auch *kulturelle Zuschreibungen* können Beziehungen beeinflussen. So wurde von den Schweizer Pflegerinnen immer wieder das „thailändische Verbot“ nachzufragen oder zu hinterfragen aufgegriffen. Die Schweizer Pflegerinnen lehrten den thailändischen Pflegerinnen, die Wichtigkeit des kritischen Hinterfragens in der Pflege, wodurch eine neue Denkkultur in dem Pflegezentrum geschaffen wurde, eine transnationale Durchmischung der Pflegekulturen.

Die genaue Betrachtung der Krankheit Demenz ist für die Untersuchung der Migration demenzkranker Menschen essentiell. Die Sichtweise der Demenzliteratur lässt erahnen, dass die Krankheit einen wesentlichen Einfluss auf die Beziehungen der Betroffenen hat. Befragungen vor Ort zeigen die Problematik, (transnationale) Beziehungen bei dem degenerativen Verlauf der Krankheit aufrecht zu erhalten. Mit zunehmendem Zerfall des Erinnerungsvermögens werden die Beziehungen auf zeitlich beschränkte Abschnitte reduziert und im gegenwärtigen Augenblick gelebt. Beziehungen bestehen folglich überwiegend zwischen PflegerInnen und PatientInnen. Die Beziehungen verschieben sich in diesem Moment von einer transnationalen Ebene (Beziehung zwischen Angehörigen und PatientInnen) zu einer lokalen Ebene. Die Angehörigen können nur noch durch persönliche Besuche (da (Skype-) Anrufe aufgrund der Krankheit nicht mehr richtig gedeutet werden können) Teil einer bewussten Beziehung eines Angehörigen mit Demenz in fortgeschrittenem Stadium blei-

ben. Diese internationalen Besuche sind durch aufwändige Planung, Finanzierung und Reisezeit in ihrer Regelmässigkeit beschränkt. Der transnationale Aspekt der Beziehung äussert sich in diesem Fall nur noch durch die Besuchszeit der Angehörigen. Mit dem Zitat der Pflegerin Maylin wird dieses Momentleben verdeutlicht:

M: (...) sie [die PatientInnen] können sich teilweise nicht daran erinnern [an die Beziehungen]. Teilweise haben sie eine Beziehung mit mir und fünf Minuten später haben sie vergessen, wer ich bin. Zudem vergessen sie ihre Familie und andere Personen. (Maylin: 00:04:50-1)

8 Schlussbetrachtung

Abschliessend soll der Blick auf die Fragestellung gelenkt werden, welche nach den transnationalen Beziehungen ermittelt, die bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand entstehen. Anhand der Unterfragen werden zudem Konsequenzen einer Migration thematisiert und die Rolle der Krankheit Demenz beleuchtet. Der theoretische Zugang des Care Chain Konzeptes ermöglicht einen umfangreichen Überblick über die Migrationssituation, was erlaubt, Anknüpfungspunkte sowie Unterschiede aufzuzeigen und weiterführende Fragen zu stellen. Feststellungen und Antworten bezüglich transnationaler Beziehungen, der Konsequenzen und der Rolle der Demenz, können anhand der Diskursanalyse nach Michel Foucault erarbeitet werden. Orientieren an den Unterfragen wird sich innerhalb dieser Schlussbetrachtung der Fragestellung der vorliegenden Masterarbeit angenommen.

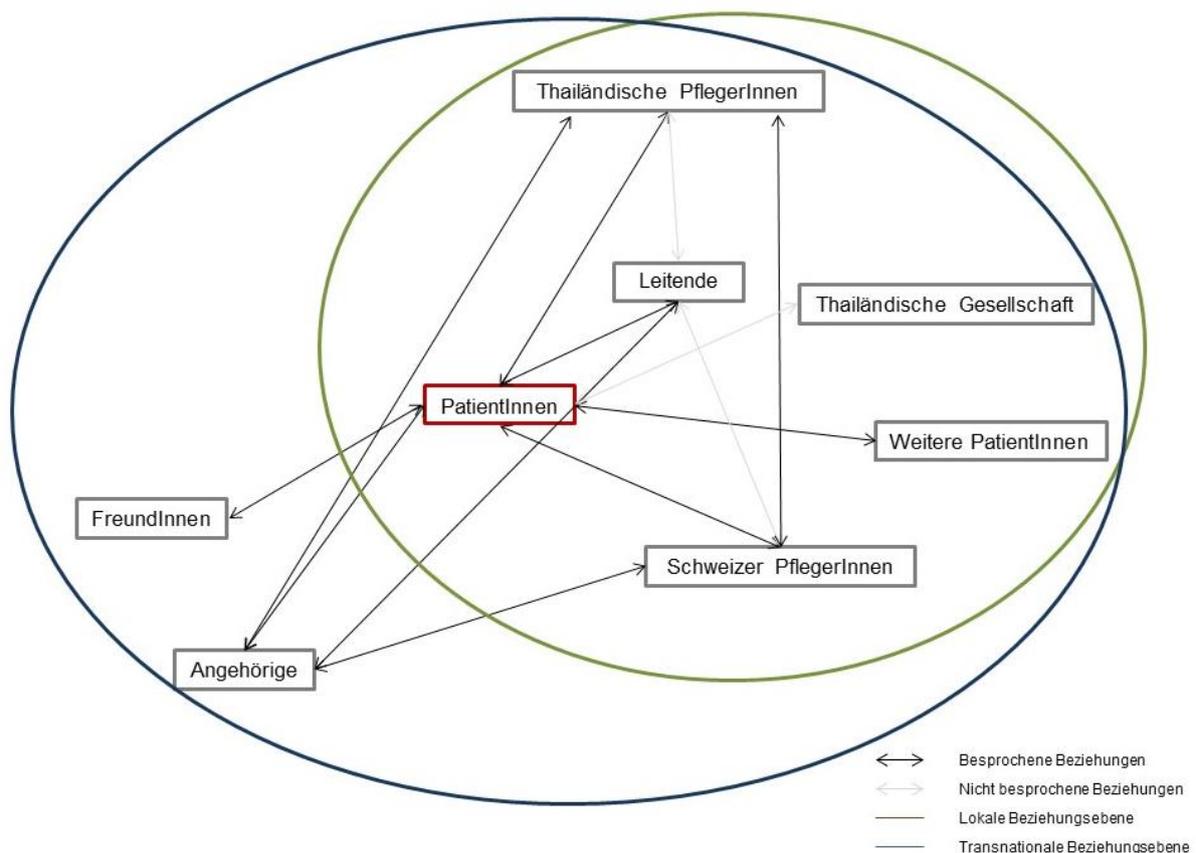


Abbildung 3: Beziehungsnetzwerk betreuender, demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand (eigene Darstellung).

Die Fragestellung dieser Masterarbeit befasst sich mit transnationalen Beziehungsnetzwerken, welche bei der Betreuung demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand entstehen. In Abbildung 3 wurde das Beziehungsnetzwerk, welches in den untersuchten Diskursebenen thematisiert wird, schematisch dargestellt. Die am häufigsten genannte Beziehung ist jene zwischen den PatientInnen und ihren Angehörigen, eine Beziehung, welche meist über Staatsgrenzen hinweg besteht und somit transnationaler Natur ist und in allen Diskursebenen thematisiert wird. Vor Ort wurde überwiegend die Beziehung der PatientInnen zu ihren PflegerInnen genannt. Weitere Beziehungen, welche direkt mit der migrierten Person bestehen und hauptsächlich in der ethnographischen Sichtweise diskutiert werden, sind jene mit der thailändischen Gesellschaft, FreundInnen, Leitenden und anderen PatientInnen des Pflegezentrums. Diese werden nur vereinzelt angesprochen, wobei der Kontakt zu den FreundInnen die einzige der drei genannten Beziehungen transnationaler Natur ist. Weiter spannt sich das Beziehungsnetzwerk durch die Kontakte der Angehörigen mit den PflegerInnen und Leitenden der Pflegezentren auf. Diese transnationalen Beziehungen dienen vorwiegend dem Informationsaustausch bezüglich der Pflege und des Gesundheitszustands der PatientInnen. Im Pflegezentrum A wird zudem die Beziehung zwischen den thailändischen und den Schweizer PflegerInnen genannt. Der Abbildung 3 sind zudem Beziehungen zu entnehmen, welche in keiner Diskursebene besprochen werden, durch die teilnehmende Beobachtung aber erfasst wurden. Dies ist bei der Beziehung der Leitenden zu den angestellten PflegerInnen sowie zu den PatientInnen der Fall. Für diese Masterarbeit werden jene Beziehungen thematisiert, welche in den Diskursebenen am häufigsten angesprochen wurden.

(1) Aufgrund der Analyse der unterschiedlichen Diskursebenen sowie der vorgängigen Diskursanalyse der Medien kristallisieren sich verschiedene Aspekte innerhalb der Migration demenzkranker Menschen mit grossem Diskussionspotential heraus. Diese Aspekte, welche sich auf die erste Unterfrage beziehen, bilden die Konsequenzen einer solchen Migration und werden für diese Arbeit als *Bedeutung der Sprache, kulturelles Verständnis von Pflege und Demenz* und *räumliche Distanz* festgelegt. Aufbauend auf diesen Konsequenzen werden die untersuchten Diskursebenen einander gegenübergestellt und sowohl Kontroversen, Übereinstimmungen und „blinde Flecke“ aufgedeckt. Die Erkenntnisse dieser Diskursanalyse werden in den folgenden Abschnitten orientiert an den weiteren Unterfragen dieser Masterarbeit dargestellt.

(2) Das transnationale Beziehungsnetzwerk wird in den drei analysierten Diskursebenen unterschiedlich diskutiert. Meine zweite Unterfrage befasst sich aus diesem Grund mit der Frage, wie diese Beziehungsnetzwerke der demenzen, aus der Schweiz emigrierten Personen in den analysierten Diskursebenen diskutiert, erlebt und produziert werden. Antwort darauf geben die folgenden Abschnitte.

Innerhalb der medialen Sichtweise wird das transnationale Beziehungsnetzwerk im Vergleich mit

den anderen Diskursebenen am kontroversesten diskutiert. Während der dargestellte nonverbale Kommunikations-Diskurs innerhalb der untersuchten Medien die nonverbale Kommunikation für die Pflege Demenzkranker favorisiert und so die Beziehung durch Körpersprache in den Fokus rückt, spricht sich der Gegendiskurs für die verbale Kommunikation aus und erachtet die Pflegebeziehung in Thailand diesbezüglich als unzureichend (siehe Kapitel 4.1). Beleuchtet man hingegen die Darstellungen und Schilderungen der Pflege in den Demenzzentren in Thailand, so wird ein vorwiegend positives Bild gemalt. Eine solche Demenzpflege wird als respektvoll, zärtlich, freundlich und nah beschrieben, wobei diese Pflegeart als Aushängeschild einer solchen Pflegealternative zur Schweiz dient. Kritik bezüglich dieser Pflegebeziehungen ist nur spärlich vorhanden. KritikerInnen empfinden eine solche Pflege als zu nah und debattierten diese als Grenzüberschreitung der Privatsphäre (vgl Kapitel 5.2.1). Die transnationale Familienbeziehung, welche durch die Migration entsteht, erwies sich als bedeutenderer Streitpunkt. Der Migrationsentscheid wird mit den Worten: Abschiebung, Verpflanzung, Export und Zwangsausschaffung, kritisiert. Von den BefürworterInnen der Migration wird die Migration und die damit einhergehende Familientrennung durch die Eigenschaften der Krankheit Demenz begründet (vgl. Kapitel 6.1). Die mediale Sichtweise bezieht sich hauptsächlich auf die Beziehungen der PatientInnen zu ihren Familienangehörigen und zu den PflegerInnen. Zu anderen Beziehungen werden nur vereinzelt Aussagen gemacht.

Innerhalb der wissenschaftlichen Diskursebene gilt die Annahme, dass die verbale Kommunikation (hauptsächlich in der Muttersprache) für ein frühes bis mittleres Stadium der Demenz (Kapitel 4.2, nach Hütz et al., 2012) das entscheidende Kommunikationsmittel darstellen sollte und für eine Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen essentiell ist. In einem fortgeschrittenen Krankheitsgrad (späte Demenz nach Hütz et al., 2012, Kapitel 4.2) wird hingegen mittels Körpersprache kommuniziert, wobei Demenzkranke zu jedem Zeitpunkt der Krankheit auf den Beziehungsaufbau durch den Kommunikationspartner/ die Kommunikationspartnerin angewiesen sind (vgl. Kapitel 4.2). Die Analyse einzelner Beziehungen des Beziehungsnetzwerkes zeigt, dass die Fachliteratur davon ausgeht, dass die Beziehung der thailändischen PflegerInnen zu ihren PatientInnen durch kulturelle und religiöse Aspekte geprägt ist. Die kulturelle Durchmischung des Pflegepersonals wird als Bereicherung verstanden. Auch die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und Angehörigen wird in den Blick genommen und als essentiell für die Betreuung demenzkranker Personen gewertet (siehe Kapitel 5.1.2). Im Hinblick auf die Beziehung zu den Angehörigen und den damit einhergehenden Besuchen besteht die Diskursposition, dass regelmässige Besuche einerseits das Wohlbefinden der Betroffenen steigern und andererseits krankheitsbedingte Symptome zu mindern vermögen (siehe Kapitel 6.2). Die Forschung nennt also vorwiegend die Beziehungen der PatientInnen zu ihren Angehörigen sowie zum Pflegepersonal, macht Aussagen darüber, welche Auswirkungen die Beziehung des Pflegepersonals unterschiedlicher Herkunft untereinander hat und verweist auf die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegepersonal.

Innerhalb der ethnographischen Sichtweise äussern sich die befragten Personen sowohl durch Argumente, welche eine verbale Kommunikation als auch durch Argumente, welche eine nonverbale Kommunikation stützen. Der Fokus der verbalen Kommunikation liegt bei den pflegerischen Erschwernissen. Die sprachlichen Herausforderungen werden aus Sicht der thailändischen Pflegerinnen als Belastung empfunden, was Auswirkungen auf die Pflegebeziehung hat. Sprachliche Schwierigkeiten werden bei der Beziehung zwischen den thailändischen und Schweizer PflegerInnen (für das Pflegezentrum A) als auch zwischen den thailändischen PflegerInnen und den Angehörigen thematisiert (siehe Kapitel 4.3). Ausgehend von den Schilderungen thailändischer Pflegerinnen wird ihre Beziehung zu den PatientInnen (im Pflegezentrum B) durch die erlernte Zärtlichkeit sowie durch kulturelle Hintergründe geprägt (vgl. Kapitel 5.2). Nebst der genannten Beziehung wird auch die Verbindung der PatientInnen zu ihren Angehörigen und teilweise FreundInnen hervorgehoben. Dabei wird die räumliche Trennung als grösster Nachteil der Migration angesehen. Sie wird erschwerend für die Beziehung zwischen Angehörigen und PflegerInnen genannt. Zusammenfassend erweitert die ethnographische Sichtweise das Beziehungsnetzwerk durch die Verbindung der PatientInnen zu FreundInnen, Leitenden und anderen PatientInnen im Pflegeheim. Auch die Beziehung zwischen den Angehörigen und Leitenden sowie jene zu den PflegerInnen wird angeführt.

Aufgrund meiner ethnographischen Forschung konnte festgestellt werden, dass die Stimme der thailändischen PflegerInnen innerhalb des Mediendiskurses zur Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz, welche in Thailand betreut werden, weitgehend fehlt. Dies obschon die thailändischen PflegerInnen eine entscheidende Rolle in der alltäglichen Pflege sowie für die Beziehung der PatientInnen spielen. Diese Masterarbeit ermöglicht somit die Sichtbarmachung dieser Perspektive. Forschungen, welche sich im Kontext meiner Arbeit bewegen müssen sich dieser Tatsache bewusst sein und den Blick diesbezüglich erweitern.

(3) Die dritte Unterfrage nach der Rolle der Demenz in der transnationalen Migration kann durch die Diskursanalyse der Konsequenzen untersucht werden. Durch seine degenerative Charakteristik nimmt der Einfluss der Demenz eine breitere Rolle in der transnationalen Migration und den einhergehenden Beziehungen ein, als ursprünglich angenommen. Der Krankheitsgrad hat sich als entscheidender Faktor herauskristallisiert.

Beginnend mit der *Bedeutung der Sprache*, kann die Unterfrage folgendermassen beantwortet werden: Eine Gliederung der Krankheit in ein Stadium der verbalen (verbales Stadium) (frühes und mittleres Stadium in Kapitel 4.2 nach Hütz et al., 2012) und ein Stadium der nonverbalen (nonverbales Stadium) (spätes Stadium in Kapitel 4.2 nach Hütz et al., 2012) Kommunikation macht bei der Untersuchung der *sprachlichen Verständigung* Sinn. Durch diese Gliederung können die Vor- und Nachteile bezüglich der sprachlichen Verständigung nach einer Migration eruiert werden.

Im Stadium der verbalen Kommunikation zeigt sich wie im Kapitel 4 hergeleitet, die Muttersprache

als entscheidender Träger für den weiteren Krankheitsverlauf, das Wohlbefinden, die soziale Integration des Patienten/der Patientin und die Pflegequalität. Während des verbalen Stadiums macht innerhalb des Sprachdiskurses die Pflege in der Schweiz oder durch Schweizer Personal folglich Sinn.

Im nonverbalen Stadium rückt die auf der Körpersprache basierende Kommunikation ins Zentrum. Die Deutung der individuellen Körpersprache von PatientInnen kann unabhängig der jeweiligen Muttersprache durch zeitintensive Betreuung seitens der PflegerIn erlernt werden. Im nonverbalen Stadium rückt somit der Zeitaspekt, beziehungsweise die Eins-zu-Eins-Betreuung in den Vordergrund. Eine Betreuung dieser Art ist in den besuchten, thailändischen Pflegezentren gegeben. Deshalb ist während des nonverbalen Stadiums im Sprachdiskurs die Pflege in Thailand schlüssig.

Die Rolle der Demenz wird für die Konsequenz der *räumlichen Distanz* folgendermassen formuliert: Der degenerative Verlauf der Krankheit erschwert die Aufrechterhaltung (transnationaler) Beziehungen, da Beziehungen aufgrund des Zerfalls des Erinnerungsvermögens im gegenwärtigen Augenblick gelebt werden. Das Aufrechterhalten einer transnationalen Beziehung wird nur durch persönliche Besuche und (Skype-) Anrufe ermöglicht. Da Skype-Anrufe bei einer fortgeschrittenen Demenz von den PatientInnen nicht mehr richtig gedeutet werden können, stellt diese Kommunikationsart im Verlauf der Krankheit keine Option für eine Kontaktaufnahme mehr dar. Im nonverbalen Stadium bieten auch Telefonate für die Aufrechterhaltung der Beziehung keine Möglichkeit mehr. Angehörige können in diesem Krankheitsstadium nur durch persönliche Besuche Teil einer bewussten Beziehung ihres demenzkranken Angehörigen sein.

Innerhalb der Konsequenz des *kulturellen Verständnisses von Pflege und Demenz* wirkt sich die Krankheit Demenz nicht massgeblich auf die besprochenen Beziehungen aus, weshalb diese Konsequenz für die dritte Unterfrage vernachlässigt werden kann.

Die sprachliche Verständigung konnte innerhalb meiner Forschung als zentrale Herausforderung in der Pflege demenzkranker Personen im Ausland dargestellt werden. Die verbalen Verständigungsprobleme konnten zu einem gewissen Grad sowohl der Krankheit Demenz als auch den sprachlichen Herausforderungen zugeschrieben werden. Weitere Untersuchungen, welche die Abhängigkeit der sprachlichen Verständigungsprobleme von diesen beiden Faktoren untersuchen sind von grossem wissenschaftlichem Wert.

Ausgehend von den genannten Aspekten hat die Analyse des transnationalen Beziehungsnetzwerkes zu einer Vielzahl von Erkenntnissen geführt. Diese Erkenntnisse erlauben einen breiten Überblick der Migrationssituation demenzkranker Personen. Die Diskursanalyse ermöglicht die spezifische Betrachtung unterschiedlicher Sichtweisen, was zur Erweiterung des Blickwinkels und zur Öffnung der Forschung rund um das Thema der Care Chain Forschung führt.

9 Anhang

9.1 InterviewpartnerInnen

Die folgende Tabelle listet die verschiedenen InterviewpartnerInnen auf und gibt Auskünfte über deren Herkunftsland und Tätigkeitsfeld.

| InterviewpartnerInnen | | |
|------------------------------|---------------|--|
| anonymisierter Name | Herkunftsland | Tätigkeit |
| <i>Markus</i> | Schweiz | Leiter |
| <i>Lukas</i> | Schweiz | Leiter |
| <i>Sandra</i> | Schweiz | Pflegekraft |
| <i>Laura</i> | Schweiz | Pflegekraft |
| <i>Baramee</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Priya</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Juna</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Mi</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Panya</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Maylin</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Minah</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Joy</i> | Thailand | Pflegekraft |
| <i>Claudia</i> | Schweiz | Angehörige eines Patienten/einer Patientin |
| <i>Katharina</i> | Schweiz | Angehörige eines Patienten/einer Patientin |
| <i>Franz</i> | Schweiz | Angehörige eines Patienten/einer Patientin |

9.2 Transkriptionsregeln

In der folgenden Tabelle werden die verwendeten Transkriptionsregeln festgehalten:

| Zeichen | | Bedeutung |
|---------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| . | Punkt am Ende eines Satzes | Ende eines Satzes |
| ... | drei Punkte in Folge | längere Pause |
| ...- | Drei Punkte in Folge mit Bindestrich | Unterbrochener Satz |
| , | Komma | Unterteilung eines Satzes |
| (...) | Runde Klammer mit drei Punkten | Auslassungen in einem Zitat |
| I: | Satz beginnend mit I: | Anmerkungen, Fragen der Interviewerin |
| [] | Eckige Klammern | Anmerkungen der Autorin |

9.3 Leitfaden

9.3.1 Leitfaden: Angehörige

L1: Können Sie mir die Situation schildern, wie es dazu gekommen ist, dass Sie sich für die Pflege Ihrer/ Ihres(Frau, Mannes, Partnerin, Partners, Vaters, Mutter etc.) in Thailand entschieden haben?

K1.1: Wie haben Sie von der Pflege in Thailand erfahren?

K1.2: Wie würden Sie den Entscheidungsfindungsprozess beschreiben?

K1.3: Welche Vorteile hat die Pflege in Thailand aus Ihrer Sicht?

K1.4: Welche Nachteile hat die Pflege in Thailand aus Ihrer Sicht?

K1.5: Welche Vorteile hat die Pflege in der Schweiz aus Ihrer Sicht?

K1.6: Welche Nachteile hat die Pflege in der Schweiz aus Ihrer Sicht?

L2: Können Sie mir beschreiben wie sich die Beziehung zu Ihrem / Ihrer durch den Aufenthalt in Thailand verändert hat?

K2.1: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem/ Ihrer... heute beschreiben?

K2.2: Wie häufig haben Sie Kontakt mit Ihrer / Ihrem ? (EhepartnerIn in der Schweiz)

K2.3: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie? (EhepartnerIn in der Schweiz)

K2.4: Wie sieht Ihr Alltag in Thailand aus? (EhepartnerIn die ebenfalls in Thailand leben)

K2.5: Wie sieht ein Tag aus, wenn Sie Ihren / Ihre ... besuchen? (EhepartnerIn in der Schweiz)

K2.6: Wie hat sich Ihr Alltag durch die Migration Ihrer/ Ihres.... verändert?

K2.7: Welche Konsequenzen der Trennung haben Sie erfahren?

L3: Wie würden Sie die Beziehung Ihrer/ Ihres ... zur Familie beschreiben?

K3.1: Wie hat sich die Beziehung zur Familie durch die Krankheit Demenz verändert?

K3.2: Wie würden sie diese Beziehungen zur Familie beschreiben, als sie noch in der Schweiz lebten, Ihre/ Ihr ... jedoch bereits an Demenz litt?

K3.3: Wie häufig hat Ihr/ Ihre ...Kontakt zur Familie?

K3.4: Mit wem hat sie/er Kontakt?

K3.5: Wie hat sich diese Beziehung verändert, seit Sie in Thailand leben?

K3.6: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie und Ihre/Ihr ... mit der Familie?

K3.7: Mit wem hatte Ihr/ Ihre ...in der Schweiz Kontakt, welcher seit der Migration nicht mehr besteht?

K3.8: Wie beurteilen Sie die Fähigkeit Ihres/ Ihrer.... Beziehungen aufrechtzuerhalten?

L4: Wie würden Sie die Beziehung Ihres/ Ihrer.....zu FreundInnen beschreiben?

K4.1: Wie hat sich die Beziehung zu den FreundInnen durch die Krankheit Demenz verändert?

K4.2: Wie würden Sie diese Beziehungen zu FreundInnen beschreiben, als Sie noch in der Schweiz lebten, Ihre/ Ihr ... jedoch bereits an Demenz litt?

K4.3: Wie häufig steht Ihre/ Ihr ... in Kontakt mit ihren/seinen FreundInnen?

K4.4: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K4.5: Welche Bedeutung hat dieser Kontakt für Ihren/Ihre ...?

K4.6 Mit wem hat sich Ihre/Ihr... früher regelmässig getroffen?

K4.7: Mit wem hatte Ihr/ Ihre... in der Schweiz Kontakt, welcher seit der Migration nicht mehr besteht?

K4.8: Welche weiteren Beziehungen, die wir noch nicht besprochen haben, empfinden Sie als essentiell für Ihren/ Ihre ...?

L5: Inwiefern spielt der Ort Thailand an sich eine Rolle für die Pflege Ihrer / Ihres...?

K5.1: Welche Herausforderungen haben Sie selbst bei der Pflege in Thailand erfahren? (Falls bei L1, K1.4 nicht beantwortet)

K5.2: Wie reagieren Sie auf den medialen Vorwurf der Entwurzelung?

K5.3: Wie reagieren Sie auf den medialen Vorwurf der Abschiebung?

K5.4: Wie wird Ihre Meinung durch die Schweizer Medien beeinflusst?

L6: (Nur für EhepartnerInnen, welche auch in Thailand leben)

Sie selbst sind ja ebenfalls migriert, wie auch Ihre/Ihr Gerne würde ich Sie deshalb fragen, wie Sie die Beziehung zu Ihren Verwandten beschreiben?

K6.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihrer Familie?

K6.2: Mit wem haben Sie Kontakt?

K6.3: Wie hat sich diese Beziehung verändert, seit Sie in Thailand leben?

K6.4: Vermissen Sie?

K6.5: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K6.6: Mit wem hatten Sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

K6.7: Welche Konsequenzen haben Sie in Bezug auf diese Trennung erfahren?

L7: Sie selbst sind ja ebenfalls migriert, wie auch Ihre/Ihr Gerne würde ich Sie deshalb fragen, wie Sie die Beziehung zu Ihren FreundInnen beschreiben?

K7.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihren FreundInnen?

K7.2: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K7.3: Welche Bedeutung hat dieser Kontakt für Sie?

K7.4: Vermissen Sie?

K7.5: Welche weiteren Personen sind sehr zentral für Sie?

K7.6 Mit wem haben Sie sich früher regelmässig getroffen?

K7.7: Mit wem hatten Sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

K7.8 Welche Konsequenzen haben Sie in Bezug auf diese Trennung erfahren?

L8: Gibt es etwas, das in unserem Gespräch noch zu wenig zum Ausdruck gekommen ist oder Sie noch einmal betonen möchten?

Datum: _____

Alter: _____

Herkunft : _____

Zivilstand: _____

Erlerner Beruf: _____

Reiseerfahrungen: _____

9.3.2 Leitfaden: Thailändisches Pflegepersonal

L1: Can you tell me what made you decide to work here in the care center A/ B?

K1.1: What brought you to work as a nurse?

L2: Can you describe what an ordinary working day for you looks like?

K2.1: Which difficulties does the care of persons suffering from dementia pose?

K2.2: What possibilities does this type of care offer?

K2.3: What is essential in the care of persons suffering from dementia?

L3: To what extent are dementia patients able to maintain relationships?

K3.1: What are the differences among the various degrees of illness with regard to the patients' ability to maintain relationships?

K3.2: How do dementia patients perceive space?

K3.3: How do dementia patients perceive time?

L4.1: How would you characterize the relationship of dementia patients with their relatives?

L4.2: How would you characterize the relationship of dementia patients with their friends?

K4.1: In your opinion, which relationships are essential for persons suffering from dementia?

K4.2: How often do they have contact with their relatives, friends and dependants?

K4.3: How do they communicate?

K4.4: Are there other relationships, which we did not mention yet, but which are also important for your patients?

K4.5: What is important regarding the relationship with persons suffering from dementia?

K4.6: The Swiss media often argue that your patients have been uprooted or deported. What do you think about this argument?

L5: How would you describe your relationship with your patients?

K5.1: How important is the relationship with the nurse for the patient?

K5.2: How do you communicate with your patients?

K5.3: How do local people in Thailand talk about the disease dementia?

L6: What role does Thailand as place play in the care of persons suffering from dementia?

K6.1: Do you think, that such a type of care could also be possible in another country in the same way?

K6.2: Why could such type of care also be possible in another country?

K6.3: In your opinion, in which country would this be possible?

L7: Is there something you would like to emphasise or add to our conversation?

Date: _____

Age: _____

Origin : _____

Civilian status: _____

Profession: _____

Travel experiences: _____

9.3.3 Leitfaden: Schweizer Pflegepersonal/LeiterInnen /ManagerInnen

L1: (PflegerInnen) Können Sie mir erzählen, wie es dazu gekommen ist, dass Sie hier in Thailand als Pflegefachkraft arbeiten?

L1: (ManagerInnen, LeiterInnen) Können Sie mir etwas über die Situation erzählen, welche dazu führte, dass Sie sich für den Aufbau eines Demenzzentrums in Thailand entschieden haben?

K1.1: Wie sind Sie auf Thailand, genauer Y [Ortsname] als Pflegeort gekommen?

K1.2: Wie würden Sie den Entscheidungsfindungsprozess beschreiben?

K1.3: Welche Unterschiede sehen Sie in der Pflege demenzkranker Personen in Thailand und in der Schweiz?

K1.4: Welche Vorteile birgt eine Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz?

K1.5: Welche Nachteile birgt eine Migration demenzkranker Personen aus der Schweiz?

K1.6: An welche Menschen richtet sich Ihre Dienstleistung?

L2: Können Sie mir einen normalen Arbeitstag beschreiben?

K2.1: Welche Unterschiede bestehen beim Arbeitsalltag im Vergleich mit der Schweiz?

K2.2: Welche Schwierigkeiten birgt die Pflege demenzkranker Personen aus der Schweiz in Thailand für Sie?

K2.3: Welche Möglichkeiten sehen Sie in dieser Art der Pflege?

K2.4: Was ist bei der Pflege demenzkranker Personen essentiell?

L3: Wie beurteilen Sie die Fähigkeit demenzkranker Personen, Beziehungen aufrechtzuerhalten?

K3.1: Welche Unterschiede gibt es bei den verschiedenen Krankheitsgraden?

K3.3: Wie nehmen demenzkranke Menschen Raum wahr?

K3.4: Wie nehmen demenzkranke Menschen Zeit wahr?

L4.1: Wie würden Sie die Beziehungen, welche demenzkranke Personen in Ihrem Pflegezentrum zu Angehörigen haben charakterisieren?

L4.2: Wie würden Sie die Beziehungen, welche demenzkranke Personen in Ihrem Pflegezentrum zu FreundInnen haben charakterisieren?

K4.1: Welche Beziehungen Ihrer PatientInnen beurteilen Sie als relevant?

K4.2: Gibt es weitere Personen, welche bis jetzt noch nicht genannt wurden, welche für Ihre PatientInnen von Bedeutung sind?

K4.3: Was muss bei Beziehungen mit demenzkranken Personen beachtet werden?

K4.4: Welche Unterschiede sind in Bezug auf die Beziehungen von dementen Personen in der Schweiz und in Thailand zu erkennen?

K4.5: Wie oft stehen die an Demenz erkrankten Personen, welche hier wohnen, in Kontakt mit ihren Angehörigen?

K4.6: Wie oft stehen die an Demenz erkrankten Personen, welche hier wohnen, in Kontakt mit ihren FreundInnen?

K4.7: Mit welchen Mitteln kommunizieren sie?

K4.8: Inwiefern bauen die Betreuten in Thailand neue Beziehung auf?

L5: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu ihren PatientInnen beschreiben?

K5.1: Welche Unterschiede sehen Sie im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren PatientInnen in Schweizer Pflegezentren?

K5.2 Wie wichtig ist die Beziehung mit der Pflegekraft für Personen, welche an Demenz leiden?

L6: In den Schweizer Medien wird oftmals von „Entwurzelung“ oder „Abschiebung“ demenzkranker Personen im Zusammenhang mit der Pflege in Thailand gesprochen. Wie stehen Sie diesem Thema gegenüber?

K6.1 Welche Schwierigkeiten der Familientrennung erleben Sie?

K6.2: Welche Herausforderungen der Familienwiedervereinigung (bei Besuchen) erleben Sie?

K6.3: Wie beeinflusst die Schweizer Medienberichterstattung Ihre Einstellung zur Pflege in Thailand?

L7: Inwiefern spielt der Ort Thailand an sich eine Rolle für die Pflege demenzkranker Personen?

K7.1: Wäre eine solche Pflege Ihrer Meinung nach auch in einem anderen Land in gleicher Art möglich?

K7.2: Weshalb wäre eine solche Pflege Ihrer Meinung nach auch in einem anderen Land in gleicher Art möglich?

K7.3: In welchen Ländern wäre dies ebenfalls möglich?

L8: Sie selbst sind ja ebenfalls migriert, wie auch Ihre PatientInnen. Gerne würde ich Sie deshalb fragen, wie Sie die Beziehung zu Ihren Angehörigen in der Schweiz beschreiben?

K8.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihrer Familie?

K8.2: Mit wem haben Sie Kontakt?

K8.3: Wie hat sich diese Beziehung verändert, seit Sie in Thailand leben?

K8.4: Vermissen Sie?

K8.5: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K8.6: Mit wem hatten Sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

K8.7: Welche Konsequenzen haben Sie in Bezug auf diese Trennung erfahren?

L9: Gerne würde ich Sie deshalb fragen, wie Sie die Beziehung zu Ihren FreundInnen beschreiben?

K9.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihren FreundInnen?

K9.2: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K9.3: Welche Bedeutung hat dieser Kontakt für Sie?

K9.4: Vermissen Sie?

K9.5: Welche weiteren Personen sind sehr zentral für Sie?

K9.6 Mit wem haben Sie sich früher regelmässig getroffen?

K9.7: Mit wem hatten Sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

K9.8 Welche Konsequenzen haben Sie in Bezug auf diese Trennung erfahren?

L10: Gibt es etwas, was in unserem Gespräch noch zu wenig zum Ausdruck gekommen ist oder Sie noch einmal betonen möchten?

Datum: _____

Alter: _____

Herkunft : _____

Zivilstand: _____

Erlerner Beruf: _____

Reiseerfahrungen: _____

9.3.4 Leitfaden: Demenzkranke Personen

L1: Können Sie mir die Situation schildern, welche dazu geführt hat, dass Sie heute in einem Pflegeheim in Thailand leben?

K1.1: Wie haben Sie von den Pflegezentren in Thailand erfahren?

K1.2: Wie würden Sie den Entscheidungsfindungsprozess beschreiben?

K1.3: Können Sie mir erzählen, wie ihre Pflegesituation in der Schweiz aussah?

K1.4: Mit welchen Personen hatten Sie in der Schweiz regelmässigen Kontakt?

L2: Wie läuft bei Ihnen ein ganz normaler Tag ab?

K2.1: Wie würden Sie die Pflege hier in Thailand beschreiben?

K2.2: Welche Personen sind für Sie im Alltag wichtig?

K2.3: Welche Unterschiede sehen Sie, wenn Sie Ihre Betreuung hier in Thailand mit Altersheimen in der Schweiz vergleichen?

L3: Wie würden sie Ihre Beziehung zu Ihren PflegerInnen beschreiben?

K3.1: Wie verständigen Sie sich mit ihren BetreuerInnen?

K3.2: (Falls in der Schweiz im Pflegeheim) Welche Unterschiede sehen sie bezüglich der Beziehungen zu den PflegerInnen in Schweizer Altersheimen?

L4: Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Familie beschreiben?

K4.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihrer Familie?

K4.2: Mit wem haben Sie Kontakt?

K4.3: Wie hat sich diese Beziehung verändert, seit Sie in Thailand leben?

K4.4: Vermissen Sie?

K4.5: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K4.6: Mit wem hatten Sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

L5: Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren FreundInnen beschreiben?

K5.1: Wie häufig stehen Sie in Kontakt mit Ihren FreundInnen?

K5.2: Mit welchen Mitteln kommunizieren Sie?

K5.3: Welche Bedeutung hat dieser Kontakt für Sie?

K5.4: Vermissen sie?

K5.5: Welche weiteren Personen sind sehr zentral für Sie?

K5.6 Mit wem haben Sie sich früher regelmässig getroffen?

K5.7: Mit wem hatten sie in der Schweiz Kontakt, welcher seit Ihrer Migration nicht mehr besteht?

L6: Was bringen Sie mit der Schweiz gedanklich in Verbindung?

K6.1: Welche Dinge vermissen Sie am meisten?

K6.2: Was mögen Sie nicht an der Schweiz?

L7: Was bringen Sie mit Thailand gedanklich in Verbindung?

K7.1: Was schätzen Sie an Thailand am meisten?

K7.2: Was mögen Sie nicht an Thailand?

L8: Gibt es etwas, das in unserem Gespräch noch zu wenig zum Ausdruck gekommen ist oder Sie noch einmal betonen möchten?

Datum: _____

Alter: _____

Herkunft : _____

Zivilstand: _____

Erlerner Beruf: _____

Reiseerfahrungen: _____

Literatur

Alankuş, V. (2009): Bestimmung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten mit Demenz. Dissertation. Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Alzheimerinfo.de (2015): Symptome der Alzheimer Demenz. <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/symptome/index.jsp> (Stand: 18.02.2015; Zugriff: 03.01.2016)

BFS (Bundesamt für Statistik) (2010): Demos. Informationen aus der Demografie. Die demografische Alterung. Neuchâtel: BFS.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3864>
(Stand: 09.03.2010; Zugriff: 17.02.2015)

Boccagni, P (2010): Private, public or both? On the scope and impact of transnationalism in immigrants' everyday lives? In: Bauböck, Rainer & Faist, Thomas (Hrsg.): *Diaspora and Transnationalism. Concepts, Theories and Methods*. Amsterdam: Amsterdam University Press

Bormann, I. (2011): Zwischenräume der Veränderung. Innovationen und ihre Transfer im Feld von Bildung und Erziehung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Botkine, C. S. & Rausa-de Luca, F. (2008): Demografische Alterung und Soziale Sicherheit. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik Schweiz (BFS)

Brijnath, B. (2009): Familial bonds and boarding passes. Understanding caregiving in a transnational context. In: *Identities*, 16(1), S. 83-101

Brijnath, B. (2014): Unforgotten. Love and the culture of dementia care in India. New York: Berghahn

Burnard, P & Naiyapatana, W. (2004): Culture and communication in Thai nursing: a report of an ethnographic study. In: *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), S. 755-765

Deutsche Alzheimervereinigung e.V. (2015): Demenz und Migration. Alzheimer Info, 1/2015. <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/demenz-und-migration.html> (Stand: Januar 2015; Zugriff: 02.09.2015)

Duden (o.J.): entwurzelt. <http://www.duden.de/rechtschreibung/entwurzelt> (Stand: o.J.; Zugriff: 16.12.2015)

EBG (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann) (2010): Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit Impulse aus Sicht der Gleichstellung. Bern: EBG

Ehrenreich, B. & Hochschild, A. (2002): Global Woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy. London: Granta Books

Faist, T. (2010): Towards transnational studies: World theories, transnationalization and changing insitutions. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36 (1), S. 1665-1687

Ficicchia, F. (o.J.): Karma und Seelenwanderung. *relilex*. <http://relilex.de/karma-und-seelenwanderung/>. (Stand: o.J.; Zugriff: 10.01.2016)

Fuchs-Heinritz, W.; Lautmann, R.; Rammstedt, O. & Wienold, H. (Hrsg.) (2007): Migration. In: *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 430

- Gamburd, M. R.** (2000): *The Kitchen Spoon's Handle. Transnationalism and Sri Lanka's Migrant Housemaids.* Ithaca, London: Cornell University Press
- Gebhards, J.; Neidhardt, F.; & Rucht, D.** (1998): *Zwischen Palaver und Diskurs.* Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Greenhough, B.; Bronwyn, P.; Dyck, I. & Brown, T.** (2015): Introduction: The gendered geographies of "bodies across borders". In: *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 22(1), S. 83-89
- Haberstroh, J.; Neumeyer, K. & Pantel, J.** (2011): *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende.* Berlin: Springer
- Helfferich, C.** (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hochschild, A.** (2000): Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In: Hutton, W. & Giddens, A. (Hrsg.): *On the Edge: Living with Global Capitalism.* London: Jonathan Cape
- Hochschild, A.** (2006): *Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle.* Frankfurt, New York: Campus
- Hochschild, A.** (2009): Love and Gold. In: *The Scholar & Feminist Online*, 8(1). http://sfonline.barnard.edu/work/hochschild_01.htm (Stand: Herbst 2009; Zugriff: 15.10.2015)
- Hütz, D.; Costa, A.; Willmes, K. & Abel, S.** (2012): Störungsspezifische Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz. In: *NeuroGeriatric*, 9 (3). S. 112-118

IOM (International Dialogue on Migration) (2010): Migration and Transnationalism: Opportunities and Challenges. Background Paper, Intersessional Workshop. 09. -11. März 2010. https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migration_and_transnationalism_030910/background_paper_en.pdf (Stand: 10.03.2010; Zugriff: 15.12.2015)

Jäger, S. (2012): Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung. Münster: Unrast

Jäger, S. & Jäger, M. (2007): Deutungskämpfe. Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kaiser, C. (2011): Transnationale Altersmigration in Europa. Sozialgeographische und gerontologische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Karakayali, J. (2010): Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Keller, R. & Truschkat, I. (Hrsg.) (2013): Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. Band 1: Interdisziplinäre Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

King, R.; Warnes, A. M. & Williams, A. M. (1998): International Retirement Migration in Europe. In: *International Journal of Population Geography*, 4(2), S. 99-111

Lääveri, D. (2013): Changing Perspectives on Elderly Care in Thailand - An Explorative Study. Diplomarbeit. Institut für Sozialwissenschaften Universität Ersta Sköndal. <http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:664235/FULLTEXT01.pdf> (Stand: 2013; Zugriff; 02.12.2015)

- Liang, L.** (2007): The Construction of Global City: Invisible Work and Disposable Labor. In: Irmgard Coninx Foundation (Hrsg.): *Migration into Cities: Patterns, Processes and Regulation*. Workshop organisiert durch Irmgard Coninx Foundation, Institute for Migration Research & Intercultural Studies (Osnabrück University), Berlin, 25. - 27. Oktober 2007.
<https://caringlabor.files.wordpress.com/2010/12/liang.pdf> (Stand: o.J.; Zugriff: 10.12.2015)
- Liang, L.** (2011): The making of an "ideal" live-in migrant care worker: recruiting, training, matching and disciplining. In: *Ethic and Racial Studies*, 34(11), S. 1815-1834
- Longhurst, R.** (2013): Using Skype to mother: bodies, emotions, visibility, and screens. In: *Environment and Planning D: Society and Space*, 31, S. 664-679
- Loveband, A.** (2004): Positioning the product: Indonesian migrant women workers in Taiwan. In: *Journal of Contemporary Asia*, 34 (3), S. 336-348
- Luftlinien.org** (2016): Entfernung Schweiz-Thailand. <http://www.luftlinie.org/Schweiz/Thailand> (Stand: 2016; Zugriff: 21.01.2016)
- Lutz, H. & Palenga-Möllnbeck, E.** (2011): Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand. Eine Fallstudie der transnationalen Care-Arrangements polnischer und ukrainischer Migrantinnen. In: *GENDER, Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 3(1), S. 9-27
- Lutz, H. & Palenga-Möllnbeck, E.** (2015): Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Meier-Gräwe U. (Hrsg.): *Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 181-199
- Madörin, M.** (2007): Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In: Denknetz (Hrsg.): *Jahrbuch Denknetz 2007. Zur politischen Ökonomie der Schweiz. Eine Annäherung*. Zürich: Edition 8, S. 141-162

- Madörin, M.** (2010): Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Bauhardt, C. und Gülay, C. (Hrsg.): *Gender and Economics: Feministische Kritik der politischen Ökonomie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH
- Martin-Cook, K.; Hynan, L.; Chafetz, P. K. & Weiner, M. F.** (2001): Impact of family visits on agitation in residents with dementia. In: *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(3), S. 163-166
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz
- Minematsu, A.** (2006): The Frequency of Family Visits Influence the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) of Aged People with Dementia in a Nursing Home. In: *Journal of Physical Therapy Science*, 18(2), S. 123-126
- Münst, A. S.** (2008): Teilnehmende Beobachtung: Erforschung der sozialen Praxis. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 372-377
- Murphy, M. FG** (2014): Global Care Chains, Commodity Chains, and the Valuation of Care: A Theoretical Discussion. In: *American International Journal of Social Science*, 3(5), S. 191-199
- Oppikofer, S.; Albrecht, K.; Schelling, H.R. & Wettstein, A.** (2002): Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Sucherstudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35 (1), S. 39-48

- Oschmiansky, H.** (2010): The marketization of formal elder care in Germany and its consequences for the labour market. In: SFI (The Danish National Center for Social Research): *Transforming care. Provision, quality and inequalities in late life*, 2. Internationale Transforming care Konferenz. Kopenhagen, 21.-23. Juni 2010
- Paillon, M.** (2010): Kultursensible Altenpflege. Ideensammlung mit Fokus Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Parreñas, R. S.** (2001): Mothering from a Distance. Emotions, Gender, and Intergenerational Relations in Filipino Transnational Families. In: *Feminist Studies*, 27(2), S. 361-290
- Pfeil, S.** (2009): Kommunikation und Ernährung bei Demenz. Möglichkeiten und Grenzen der Logopädie. In: *Die Medizinische Welt*, 60(1), S: 26-33
- Phoenix, A.** (2009): Idealisierung emotionaler Bindung oder materielle Versorgung? Transnationale Mutterschaft und Kettenmigration. In: Lutz, H. (Hrsg.): *Gender-Mobil? Geschlecht und Migration in transnationalen Räumen*. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Portes, A.; Guarnizo, L. E. & Landolt, P.** (1999): The Study of Transnationalism: Pitfalls and Promise of an Emergent Research Field. In: *Ethnic and Racial Studies*, 22(2), S. 217-237
- Pratt, G.** (1999): From Registered Nurse to Registered Nanny. Discursive Geographies of Filipina Domestic Workers in Vancouver, B.C. In: *Economic Geography*, 75(3), S. 215-236
- Pratt, G.** (2012): *Families Apart. Migrant Mothers and the Conflicts of Labor and Love*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Pratt, G. & Yeoh, B.** (2003): Transnational (Counter) Topographies. In: *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 10(2), S. 159-166

- Roth-Brons, M. & Roth, C.** (2013): Demenz und Schmerz. Ein Ratgeber. Fulda: Deutscher Palliativverlag
- Roper, J. M. & Saphira, J.** (2004): Ethnographische Pflegeforschung. Bern: Huber
- Sachweh, S.** (2006): "Noch ein Löffelchen?". Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern: Hans Huber Verlag
- Sachweh, S.** (2008): Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Bern: Hans Huber Verlag
- santésuisse** (2015): Demographische Alterung und deren Auswirkungen auf die Gesundheitskosten. <https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200310151006060.pdf> (Stand: 03.10.2015; Zugriff: 16.04.2015)
- Sarma, O.** (2012): KulturKonzepte. Ein kritischer Diskussionsbeitrag für die interkulturelle Bildung. Frankfurt am Main: Amt für multikulturelle Angelegenheiten. www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/KulturKonzepte_2012.pdf (Stand: 27.11.2014; Zugriff: 15.03.2016)
- Sasat, S.** (2001): Caring for Dementia in Thailand: A study of family care for demented relatives in thai Buddhist society. Paper präsentiert bei 17th World Congress of the International Association of Gerontology, Vancouver, Canada, 01.-06. Juli 2001. https://www.academia.edu/1351986/Caring_for_Dementia_in_Thailand_A_Study_of_Family_Care_for_Demented_Elderly_Relatives_in_Thai_Buddhist_Society (Stand: o.J. ;Zugriff: 19.12.2015)

- Schäfer, M. S.** (2011): Korrespondenzanalyse von Mediendiskursen. Zur empirischen Verbindung von Öffentlichkeitstheorien und Diskursanalyse. In: Ruhrmann, G.; Milde, J. & Zillich, A. F.: *Molekulare Medizin und Medien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 117-142
- Schilliger, S. & Greuter, S.** (2009): "Ein Engel aus Polen" - Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: Denknetz (Hrsg.): *Jahrbuch Denknetz 2009. Krise. Lokal, global, fundamental*. Zürich: Edition 8, S. 151-163
- Schneider, S.** (2010): Rente und tschüss?!. Deutsche Senioren verlegen ihren Ruhesitz ins Ausland. In: *Forschung Aktuell*, 3(1).
<https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/57243/1/631457577.pdf> (Stand: 04.01.2010 ;Zugriff: 02.03.2015)
- Schönhuth, M.** (o.J.): Kulturalisierung. *Kulturglossar*. <http://www.kulturglossar.de/html/k-begriffe.html#kulturalisierung> (Stand: o.J.; Zugriff: 29.03.2016)
- Schweizerische Alzheimervereinigung** (2009): Kosten der Demenz im Kanton Zürich. <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz-nach-kanton.html> (Stand: 2011; Zugriff: 16.02.2015)
- Schweizerische Alzheimervereinigung** (2010a): Aktuelle Kosten der Demenz: 6.3 Milliarden pro Jahr. http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html?file=tl_files/PDFs/PDF-D-Gesellschaft_und_Politik/Aktuelle%20Kosten%20der%20Demenz%202010.pdf (Stand: 2010 ; Zugriff: 01.03.2015)
- Schweizerische Alzheimervereinigung** (2010b): Finanzielle Ansprüche bei Demenzerkrankungen. http://www.alz.ch/index.php/rechtliche-und-finanzielle-aspekte.html?file=tl_files/PDFs/PDF-D-Infoblatt/163_A_10_IB_Finanzielles_Check_D.pdf (Stand: August 2010; Zugriff: 16.02.2015)

- Schweizerische Alzheimervereinigung** (2014): 116'00 Menschen mit Demenz in der Schweiz. http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html?file=tl_files/PDFs/PDF-D-Gesellschaft_und_Politik/CH_Praevalenz_2014.pdf (Stand: 2014; Zugriff: 16.02.2015)
- Schweizerische Alzheimervereinigung** (o.J.): Entlastung durch Tagesstätten. In: *INFO 47*. http://www.alz.ch/tl_files/PDFs/Varia/Info%2047_BerichtTagesstaetten_d.pdf (Stand: o.J.; Zugriff: 18.02.2015)
- Schweizerische Alzheimervereinigung & Pro Senectute Schweiz** (Hrsg.) (2002): Grundversorgung Demenz – Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige. http://www.alz.ch/index.php/versorgung-in-der-schweiz.html?file=tl_files/PDFs/PDF-D-Gesellschaft_und_Politik/Grundversorgung%20Demenz%202002.pdf (Stand: Februar 2002; Zugriff: 27.03.2015)
- Schwiter, K.** (2011): Lebensentwürfe. Junge Erwachsene im Spannungsfeld zwischen Individualität und Geschlechternormen. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Senghaas-Knobloch, E.** (2013): Fürsorgliche Praxis als weltweite politische Herausforderung. Perspektiven für eine nachhaltige Organisation gesellschaftlicher Arbeit. In: *Feministische Studien*, 31(2), S. 208-224
- Stormer, C.** (2011): Demenz-Zentrum in Thailand. Vergessen im Paradies. In: *Spiegel online*. Ausgabe vom 08.06.2011
- Trültzsch, S.** (2009): Kontextualisierte Medieninhaltsanalyse. Mit einem Beispiel zum Frauenbild in DDR-Familienserien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Truong, J.** (2011): Arbeit, Arbeitsidentität, Arbeitsplatz. Die neuen Wanderarbeiterinnen in der Sorgearbeit. Masterarbeit am Geographischen Institut, Universität Zürich

- van Holten, K.; Jähne, A. & Bischofberger, I.** (2013): Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt. In: *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)* (Hrsg.): *Obsan Bericht 57*. Neuchâtel: Obsan
- Waite, G.** (2010): Doing Foucauldian Discourse Analysis - Revealing Social Realities. In: Hay, I. (Hrsg.): *Qualitative Research Methods in Human Geography*. Oxford: University Press, S. 217-240
- Williams, A. K.; King, R.; Warnes, T. & Patterson, G.** (2000): Tourism and international retirement migration. New forms of an old relationship in southern Europe. In: *Tourism Geographies*, 2(1), S. 28-49
- Worschech, S.** (2011): Care Arbeit und Care Ökonomie: Konzepte zu besserem Arbeiten und Leben?, Berlin: Heinrich-Böll Stiftung. <http://www.gwi-boell.de/de/2011/02/22/care-arbeit-und-care-%C3%B6konomie-konzepte-zu-besserem-arbeiten-und-leben> (Stand: 22.02.2011; Zugriff: 24.02.2015)
- Yeates, N.** (2004a): A dialogue with "global care chain" analysis. Nurse migration in the Irish context. In: *Feminist Review*, 77(1), S. 79-95
- Yeates, N.** (2004b): Global Care Chains. In: *International Feminist Journal of Politics*, 6(3), S. 369-391
- Yeates, N.** (2005): Global care chains. A critical introduction. In: Crisp, J. & Koser, K. (Hrsg.): *Global Migration Perspectives* 44. Genf: Global Commission on International Migration
- Yeates, N.** (2012): Global care chains. A state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. In: *Global Networks*, 12(2), S. 135-154

Analysierte Medienberichte

Beobachter (2015): Der Fall. Schrecklich glücklich. Ausgabe vom 04. Juli 2015

Berner Oberländer (2013): Gemeinden interessiert an Demenzzentren in Thailand. Ausgabe vom 17. März 2013

Berner Zeitung (2013a): Alzheimer. Ausgabe vom 3. Juni 2013

Berner Zeitung (2013b): Wahlkampf ist gelegentlich Glücksache. Ausgabe vom 14. September 2013

Berner Zeitung (2014a): Abschieben zum Kostensparen?. Ausgabe vom 12. Mai 2014

Berner Zeitung (2014b): Wo das Vergessen weniger schmerzt; Tröstlicher Körperkontakt; Ständige Begleitung; Unbürokratische Organisation; Sprachlose Kommunikation; Interesse und Nachahmer. Ausgabe vom 12. Mai 2014

Bertolami, S. (2007): Stilles Glück im Alzheimer- Dorf. In: *Blick*. Ausgabe vom 02. November 2007

Bischoff, C. & Spillmann, M. (2012): „Es ging mir nie um sein Geld“: Bankerin (65) setzte behinderten Bauern in Indien aus. In: *Blick*. Ausgabe vom 05. April 2012

Blick (2012a): Pensionierte soll ihren Partner in Indien „entsorgt“ haben. Ausgabe vom 04. April 2013

Blick (2012b): Pflegefall um Behandlung in Indien gelangt vor Zürcher Obergericht. Ausgabe vom 09. Juli 2012

Blick (2013a): Verlegung eines Pflegefalls nach Indien kommt vor Bundesgericht. Ausgabe vom 07. Januar 2013

Blick (2013b): „Grosi-Export“: Schweizer mit Alzheimer lieben freundliche Thais. Ausgabe vom 31. Dezember 2013

Der Bund (2014): „Ich denke nicht, also bin ich doch. Das ist die Botschaft der Krankheit“. Ausgabe vom 17. März 2014

Dollinger, D. (2014): Trotz Krankheit eine Reise in die Ferne machen; Das Vivo bene Village in Thailand bietet pflegebedürftigen Menschen und deren Partnern eine Auszeit. In: *Basler Zeitung*. Ausgabe vom 31. Dezember 2014

Fässler, A. (2003): Die Geschichte der Margrit Woodtli (75) – Thailand statt Pflegeheim. In: *Blick*. Ausgabe vom 04. September 2003

Fellmann, C. (2008): Wer nicht muss, geht nicht ins Altersheim. In: *Tagesanzeiger*. Ausgabe vom 19. September 2008

Fischer, A. (2013): Fürs Pflegeheim im Ausland gibt es kaum Geld. In: *Tagesanzeiger*. Ausgabe vom 27. Mai 2013

Glinz, F. (2004): Überraschende Sparpläne der Krankenkassen – Operieren in Thailand erholen im Schwarzwald. In: *Blick*. Ausgabe vom 30. März 2004

- Gubler, A.** (2013): Dolcefarniente mit Familienanschluss. In: *Grenchner Tagblatt*. Ausgabe vom 19. Mai 2013
- Hansen, R.** (2005a): Das ist Heimat was meine Mutter hier in Thailand erlebt. In: *Curaviva* 7-8, S. 2-3
- Hansen, R.** (2005b): „Ich weiss es nömme“. In: *Curaviva* 7-8, S. 4-5
- Hansen, R.** (2005c): „Ich wohne da imne Paradies“. In: *Curaviva* 7-8, S: 6-7
- Hansen, R.** (2005d): „Das isch so schön gsi“. In: *Curaviva* 7-8, S. 8-9
- Hansen, R.** (2005e): „Ich brauche nicht mehr Personal“. In: *Curaviva* 7-8, S. 14-17
- Hansen, R.** (2005f): „Ich wünsche mir ein Stück Thailand in der Schweiz“. In: *Curaviva* 7-8, S. 18-19
- Hehli, S.** (2015): Schweizer Demenzresort im tropischen Gegenwind. In: *Neue Zürcher Zeitung*. Ausgabe vom 27. Juni 2015
- Hirsbrunner, A.** (2013): Baselbieter bauen auf 36 000 Quadratmetern ein Resort für Demente in Thailand. In: *Basellandschaftliche Zeitung*. Ausgabe vom 06. November 2013
- Hirsbrunner, A.** (2015): Ferienresort „Vivo bene“: Paare schöpfen in Thailand Kraft. In: *Basellandschaftliche Zeitung*. Ausgabe vom 17. Februar 2015

Hoffsten, K. (2014): Das Tic-Syndrom. In: *Die Wochenzeitung*, 14/2014. Ausgabe vom 03. April 2014

Hollenstein, W. (2013): Exportschlager Demenz?. In: *Berner Zeitung*. Ausgabe vom 05. Juni 2013

Jonsdottir, E. (2015): Wie aus der Judo Trainerin eine Alzheimer Pflegefachfrau wurde. In: *Aargauer Zeitung*. Ausgabe vom 09. März 2015

Jorio, L. (2014): Leben mit Demenz unter Thailands Sonne. In: *swissinfo*.
http://www.swissinfo.ch/ger/welche-zukunft-haben-alte-menschen-_leben-mit-demenz-unter-thailands-sonne/38262932 (Stand 02.04.2014; Zugriff: 16.05.2015)

Kessler, M. (2014): Ein Paradies zum Vergessen. In: *Tagesanzeiger*. Ausgabe vom 10. Dezember 2014

Kraushaar, B. (2013): Demenz und Burnout: Kranke sollen zur Pflege nach Thailand. In: *Schweiz am Sonntag*. Ausgabe vom 11. Mai 2013

Kraushaar, B. (2015): Schweizer Demenz- und Burnout-Patienten sollen zur Pflege nach Thailand. In: *Aargauer Zeitung*. Ausgabe vom 12. Mai 2015

Landbote (2014): Ein Zuhause für Demenzkranke. Ausgabe vom 17. April 2014

Meier, C. (2015): Ehepaar Jäger erweitert Demenz-Abteilung in Thailand. In: *Aargauer Zeitung*. Ausgabe vom 06. April 2015

Müller, C. (Produzent) (2006): Der Lauf des Lebens (DVD). SRF DOK (Schweizer Radio und Fernsehen)

Müller, C. (Produzent) (2011): Fortsetzung folgt - Der Lauf des Lebens (DVD). SRF DOK (Schweizer Radio und Fernsehen), ausgestrahlt auf SRF am 15. April 2011

Neue Luzerner Zeitung (2013): Alzheimervereinigung tagte zum Jubiläum. Ausgabe vom 10. Juni 2013

Neue Luzerner Zeitung (2014): Wie zu Hause. Ausgabe vom 30. November 2014

Neue Zürcher Zeitung (2006): Leben und Sterben in Münsingen bei Thailand. Ausgabe vom 14. Dezember 2006

Neue Zürcher Zeitung am Sonntag (2004): Die weisse Villa in Chiang Mai. Ausgabe vom 28. März 2004

N.N (2008): Gesundheitsforum - Demenzkranke in Thailand. In: *Beobachter*. http://www.beobachter.ch/foren/uebersicht/foren/list_post/f/demenzkrank-in-thailand/ (Stand: 18.01.2008; Zugriff: 17.05.2015)

N.N (o.J.): Leserkommentare In: Kessler (2014): Ein Paradies zum Vergessen. *Tagesanzeiger*. Ausgabe vom 10. Dezember 2014. <http://www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Ein-Paradies-zum-Vergessen/story/18152607#mostPopularComment> (Stand: o.J.; Zugriff: 20.12.2015)

Ramseier, B. (2013): Das Geschäft mit den Dementen. In: *SRF* (Schweizer Radio und Fernsehen). <http://www.srf.ch/news/schweiz/das-geschaecht-mit-den-dementen> (Stand: 08.05.2013; Zugriff: 20.05.2015)

Röcken, W. (2003): Margrit Woodtli lebt in Thailand - "Jetzt sind wir in Münsingen". In: *Berner Zeitung*. Ausgabe vom 05. September 2003

Roser, T. (2014): Ferien dank Altersheim-Tausch. In: *Neue Luzerner Zeitung*. Ausgabe vom 06. September 2014

Sambar, D. (2013): Altenpflege unter Palmen. Das von zwei Baselbietern geplante Demenzzentrum in Thailand stösst auf Kritik. In: *Basler Zeitung*. Ausgabe vom 15. Mai 2013

Schneider, P. (2013): Solutions by Outplacement. In: *Sonntagszeitung*. Ausgabe vom 19. Mai 2013

Siegrist, N. (2013): Ein Paradies zum Vergessen. In: *Schweizer Illustrierte*, 57. Ausgabe vom Dezember 2013

Sonntagszeitung (2015): Verlockend, aber problematisch. Ausgabe vom 11. Januar 2015

Sommer, F. (2006): „Hier ist alt werden einfacher“. In: *Berner Zeitung*. Ausgabe vom 13. Dezember 2006

Spörri, B. (2014): Thai-Resort für Demente. In: *Sonntagszeitung*. Ausgabe vom 20. März 2014

SRF (Schweizer Radio und Fernsehen) (2013a): Über die Pflege europäischer Demenzkranker in Thailand (Audiodatei). <http://www.srf.ch/sendungen/passage/ueber-die-pflege-europaeischer-demenzkranker-in-thailand> (Stand: 22.02.2013; Zugriff: 20.05.2015)

SRF (Schweizer Radio und Fernsehen) (2013b): Mit Alzheimer im Land des Lächelns. <http://www.srf.ch/radio-srf-musikwelle/radio-srf-musikwelle/mit-alzheimer-im-land-des-laechelns> (Stand: 11.09.2013; Zugriff: 20.05.2015)

SRF (Schweizer Radio und Fernsehen) (2014): Thailändische Freundlichkeit gegen das Vergessen. <http://www.srf.ch/gesundheit/gesundheitswesen/thailaendische-freundlichkeit-gegen-das-vergessen> (Stand: 07.08.2014; Zugriff: 20.05.2015)

SRF (Schweizer Radio und Fernsehen) (2015): Life's Holiday (Radiosendung). <http://www.srf.ch/play/radio/kontext/audio/lifes-holiday---fuer-immer-in-thailand?id=cac9ced5-e1e4-493a-8a6f-667f01620776> (Stand: 21.07.2015; Zugriff: 05.08.2015)

Woodtli, M. (2013): Fragwürdiges Schweizer Demenz-Projekt. In: *Aargauer Zeitung*. Ausgabe vom 19. Mai 2013

Wüthrich, C. (2015a): „Das Resort müsste in der Schweiz stehen“. In: *Appenzeller Zeitung*. Ausgabe vom 08. Februar 2015

Wüthrich, C. (2015b): „Das Resort müsste in der Schweiz stehen“. In: *St. Galler Tagblatt Online*. <http://www.tagblatt.ch/ostschweiz-am-sonntag/hintergrund/Das-Resort-muesste-in-der-Schweiz-stehen;art304162,4121987> (Stand: 08.02.2015; Zugriff: 16.05.2015)

Persönliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum, Unterschrift