

Desirée Bender

„Doing discourse for moving care recipients’

Pflegeheime für deutschsprachige demenzkranke Menschen in Thailand „salonfähig’ machen.

„Doing discourse for moving care recipients’

Making old age care facilities for German speaking dementia patients in Thailand publically acceptable.

Zusammenfassung:

Anhand einer diskursanalytischen Untersuchung eines Homepagetextes, der eine Pflegeeinrichtung in Thailand für deutschsprachige demenziell veränderte Menschen bewirbt, klärt der Beitrag Einbettungen des Textes in seine diskursiven Kontexte sowie sein machtvoll wirkendes Wirken für andere Einrichtungen.

Hierzu wird zuerst herausgestellt, welche Normalitätsvorstellungen hinsichtlich Alter(n), Demenz und einem verantwortungsvollen Umgang mit Erkrankten durch das Angebot der Einrichtung in Frage gestellt bzw. bestätigt werden. Sowohl die Produktionsweisen als auch die Funktionen der Umsortierungen von bereits etabliertem Wissen im Rahmen transnationaler Pflegekonstellationen (wie etwa der (richtige) Umgang mit Demenz oder Stereotype von Thais und Thailand und die Bedeutung(slosigkeit?) von Heimat) werden mithilfe der diskurspragmatischen Aussagenanalyse untersucht.

In einem zweiten Schritt eruiert der Beitrag die Anschlussfähigkeit der im vorigen Teil herausgearbeiteten Aussagesfelder auch für andere ähnliche Einrichtungen für deutschsprachige Menschen in Thailand. So wird u.a. deutlich, wie diskursives Wissen um Pflege, Demenz und deren Migration zu Zeiten der populären Prognose der Alterung der deutschen Bevölkerung geprägt und anschlussfähig gemacht wird, wie es zirkuliert, wie es sich in bereits etablierte Aussagesfelder einschreibt, sie

Abstract:

By means of discourse analysis, this article clarifies the discursive contexts of a homepage text of an old age care facility for German-speaking dementia patients as well as its powerful effects for other care facilities.

The first part of the article focusses on the concepts of normality with regard to age(ing), dementia and responsible ways of dealing with dementia patients which are called into question or reinforced by the way the care facility is presented in the text. The enunciative discourse analysis examines the production as well as the restructuring of already established knowledge in the context of transnational care constellations, e.g. ideas about the ‘right’ way of taking care of dementia patients, stereotypes of Thais and Thailand as well as the (in-)significance of home countries.

In a second step, the article analyses the adaptability of this enunciative field for comparable facilities for German speaking elderly in Thailand. It thus becomes apparent how discursive knowledge around care, dementia and the migration of this knowledge across the globe – at times of the ever more prevalent prognosis of the ageing of the German population – is shaped and how it circulates. How is it embedded in already established ensembles of utterances around care, dementia, ageing and how are these discursive concepts re-configured and adapted to the context of Thailand?

aber auch neu miteinander verknüpft, wie diskursives Wissen an den Kontext Thailand angepasst wird und wie dies unter Rückgriff auf bereits etabliertes Wissen um Pflege, Demenz und Alter(n) geschieht.

Schlagwörter: Diskurs, Ruhestandsmigration, Alter(n), Demenz, Pflege, Pflegemigration

Keywords: discourse studies, retirement migration, age(ing), dementia, care

1 Einleitung und Überblick

Im vorliegenden Beitrag liegt der Interessenfokus auf der Spezifik von speziell für demenziell¹ veränderte deutschsprachige² Menschen eingerichteten Pflegeeinrichtungen in Thailand. Anhand der ersten in Thailand etablierten Einrichtung³ wird den explorativen Fragen nachgegangen: Wie werden diese Einrichtungen präsentiert und beworben? Welches Wissen wird in diesen Bewerbungs- und Präsentationsstrategien⁴ mobilisiert und auf welche diskursiven Kontexte⁵ verweist es?

Diesen Fragen nachzugehen erscheint interessant, da die Anordnung (Pflegeeinrichtung in Thailand für deutschsprachige, an Demenz erkrankte Adressat_innen) als transnationalisiert zu verstehen ist in dem Sinne, dass kein schlichter Transfer von Pflegeideologien, Organisationsmodellen, Personal und Objekten von Europa nach Thailand zu beobachten ist, sondern sich das Angebot vielmehr ausweist als eines, das neuartige Verflechtungszusammenhänge und auf den thailändischen, aber auch auf den deutschsprachigen Kontext zugeschnittene Elemente mit sich bringt. So entstehen neue Institutionsformen bzw. andere als die aus dem deutschsprachigen Kontext gekannten Angebote (vgl. Bender/Hollstein/Scheweppe 2015).

Hiervon ausgehend wird verdeutlicht, wie an welches diskursive (Normalitäts-)Wissen angeknüpft, aber auch, welches neu geschöpft wurde und wie sich so Diskursstränge herausbildeten, die sich als anschlussfähig für andere ähnliche Einrichtungen in Thailand herausstellen. Auf diese Weise wird dargelegt, wie das in den hier analysierten Aussagen (produzierte und) präsentierte Wissen zirkuliert und welche Funktionen es zu erfüllen vermag. Exemplarisch wird so gezeigt, wie im Rahmen von Pflege, Alter(smigration) und Demenz diskursives Wissen reproduziert wird, das bereits bekannten diskursiven Aussagesystemen zugeschrieben werden kann und im deutschsprachigen Raum zum ‚common sense‘ gehört. Zugleich wird aber auch herausgestellt, wie dieses etablierte Wissen in den Kontext Thailand transferiert, dabei verändert wird, und wie und wozu es weiter zirkuliert.

Der Erörterung, *wie* dies getan wird, widmet sich der vorliegende Beitrag mithilfe eines Textes, der sich aus den im Folgenden angeführten Gründen als besonders beachtenswert für die untersuchten Fragestellungen darstellt: Da der Text „Mit Zärtlichkeit“ auf der Homepage der betreffenden Einrichtung 2004 als Vortrag auf dem Kongress der deutschen Alzheimervereinigung gehalten wurde, erweist er sich nicht als reiner Werbetext. Vielmehr wird in ihm von der Entstehung der Einrichtung erzählt– und so auch an der Anschlussfähigkeit des Angebots der Pflege für demenziell erkrankte Deutschsprachige in Thailand für die

Adressatengruppe gearbeitet. Das als Innovation präsentierte Angebot wird zuvorderst subtil vor den und für die Angehörigen legitimiert. Der Vortrag wurde kurz nach der Eröffnung der Einrichtung gehalten und der Vortragstext unter Angabe seines Vortragszeitpunktes, Ortes, des Autors und seines Wohnortes ohne weitere Anpassungen des Textes an die Homepage auf diese gestellt – eine Tatsache, die ihn von anderen Texten auf der Homepage abhebt und ihn als bedeutsamen Text inszeniert. Auch das Publikationsdatum sowie seine Verbindung mit dem Eröffnungszeitpunkt der Einrichtung machen ihn im Vergleich zu anderen, thailändische Einrichtungen behandelnde Texten zu einem herausragenden, der zudem vielleicht als erster öffentlicher Text eine thailändische Einrichtung und ihr Angebot in einen diskursiven Kontext einbettet. In welcher Weise also die Aussagen des analysierten Textes auf welche Aussagekontexte verweisen, in welche sie sich einschreiben und wie sich das Subjekt, auf das der Text verweist (der Einrichtungsleitende) qua Sprache in dem Aussagesystem positioniert, ist als empirisches Datum durchaus ernst zu nehmen und wird hier untersucht.

Hierzu widmet sich das folgende Kapitel (1.1) vorerst dem Stand der aktuellen populären, aber auch wissenschaftlichen Debatte zu den Themen Alter(n), Demenz und Pflege. Damit wird der Grundstein des diskursiven Kontextes offenbar, der für die empirische Analyse von Relevanz ist und von dem ausgehend sich das darauf folgende Kapitel (1.2) dann dem spezifischeren Thema der Alters- und Pflegemigration nach Thailand widmet, um die dortigen Angebote vor dem Hintergrund der Entwicklungen in Deutschland einschätzen zu können. Sodann befasst sich Kapitel 2 näher mit der Einbettung des Textes in seine von ihm selbst aufgerufenen Äußerungskontexte und zeigt so, inwiefern ihm auf der Homepage eine herausragende Stellung zukommt. Während Kapitel 3 das methodische Vorgehen und die damit verbundene Analyseperspektive klärt, beginnt mit Kapitel 4 das empirische Kernstück des Beitrags. Die Darstellung erfolgt hier entlang zentraler Analysedimensionen, welche die bedeutsamsten Strategien der diskursiven Kontextualisierung der analysierten Aussagen offenbart. Kapitel 5 erweitert den durch die Aussagen des analysierten Textes eröffneten diskursiven Kontext konkret in Bezug auf die Wirkmächtigkeit der hier herauskristallisierten Strategien der Schaffung von Akzeptanz, Vertrauenswürdigkeit, Moralität und Annehmbarkeit für andere Stimmen im Diskurs, indem Positionierungen anderer Einrichtungsleitenden von Pflegeeinrichtungen in Thailand mit ähnlicher Zielgruppe einbezogen werden. Ein Fazit, das die Bilanzierungen des hier Gewonnenen in den Vordergrund stellt, schließt den Beitrag ab (Kapitel 6).

Die empirische Analyse zeigt letztlich, dass das in den hier analysierten Aussagen durch die Verknüpfung verschiedener Aussagefelder neu geschöpfte Wissen, einen Akt, den ich als „doing discourse“ bezeichne, von anderen Stimmen bzw. Positionen im Diskurs ebenfalls mobilisiert wird. Dies deutet den Neuheitscharakter des produzierten Wissens an, das sich einbettet in bereits etabliertes Wissen bzw. diskursive Aussagefelder, verweist auf seine Wirkweisen und steht gleichsam für seine Mächtigkeit, die sich daran ermisst, dass auch andere ähnliche Einrichtungen in Thailand es z.T. reproduzieren. Diese anderen Einrichtungen bilden zwar nicht den Fokus des Beitrages, doch werden auch über sie empirische Daten einbezogen. Diese stammen aus einem im Herbst 2013 begonnenen Forschungsprojekt an der Universität Mainz, das u.a. die verschiedenen Typen der auf deutschsprachige Adressat_innen zielenden Einrichtungen in Thailand untersucht (vgl. Uni Mainz, AG Sozialpädagogik). Den hier vorgestellten Befunden liegen somit insbesondere in Kapitel 5 empirische Daten aus vier Feldaufent-

halten in sieben Einrichtungen in Thailand und weiteren Kontakten mit den Einrichtungsleitenden zugrunde (vgl. etwa Bender u.a. 2014).

1.1 Die Alterung der deutschen Bevölkerung, Demenz und Pflege: Forschungsstand und demografische Entwicklungen als diskursive Aussagefelder der Untersuchung

Veränderungen der demografischen Struktur in Bezug auf Alter(n) werden nicht nur seit vielen Jahren in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen prognostiziert und diagnostiziert, sondern spielen auch in massenmedialen, politischen und Alltagsdiskursen eine starke Rolle. Die Feststellung einer aktuellen und sich weiter zuspitzenden Zunahme des biologisch älteren Teils der deutschen Bevölkerung und der relativen Abnahme der jüngeren, erwerbstätigen Population, also die (Über-)Alterung der deutschen Bevölkerung⁶, führt geradewegs hinein in Diskussionen um Neuerungen sozialer Sicherungssysteme (wie Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Alterssicherung) (vgl. Lehr 2007; Schimany 2003).

Zeitgleich sind die bestehenden stationären Pflegeinstitutionen in Deutschland stark in die Kritik geraten. Im Zentrum dieser steht oft die geringe Qualität deutscher Pflegeheime, aber auch andere gerontologische stationäre Einrichtungen und auch ambulante Pflegedienste sind von ihr betroffen. Moniert werden fehlende zeitliche Ressourcen der Pflegekräfte, zu geringe Personalausstattung, die Dominanz des medizinischen Paradigmas gegenüber ganzheitlichen Pflegekonzepten sowie fehlende, auf die Würde der Adressat_innen zielende Qualitätskriterien (vgl. Roth 2002, S. 90; vgl. auch Bender u.a. 2014; Bender u.a. 2015).

Wird diese Kritik rückgebunden an Prognosen des demografischen Wandels, der den Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtpopulation Deutschlands im Jahre 2030 auf (je nach zugrunde gelegtem Szenario) zwischen 3,4 und 4,4% und für 2050 auf zwischen 5,4 und 6,5% berechnet (vgl. Statista 2015; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010), verdeutlicht dies eine weitere Verschärfung der Problematik der Alterung der Bevölkerung und verweist auf die Notwendigkeit, auf dieses Defizit zu reagieren (vgl. Wetzstein 2010, S. 54). Diesen Prognosen und daraus abgeleiteten Interventionsnotwendigkeiten inhärent ist die (defizitäre) Annahme des mit steigendem biologischen Alter zunehmenden Abbaus von kognitiven und physischen sowie motorischen Fähigkeiten und damit einhergehend der Entstehung eines Abhängigkeitsverhältnisses von der Hilfe anderer Menschen zur Bewältigung des Lebensalltags bzw. der eigenen Reproduktion. Zugleich fließt in solche Annahmen Wissen über ein mit dem steigenden biologischen Alter einhergehendes größeres Krankheitsrisiko ein. Eine in vielfacher Hinsicht besondere Stellung einnehmende pathologische Erscheinung, die diskursiv (z.B. in medizinischen Schriften zu der Erkrankung, aber auch dem Alltagsverständnis zufolge) mit älteren Menschen (ab 65 Jahren) verknüpft ist, sind demenzielle Erkrankungen. Sie werden nicht nur als die „häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter“ (Weyerer 2005) bezeichnet. Das Erkrankungsrisiko steige mit zunehmendem Alter an und werde aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiter zunehmen: „Zurückhaltende Schätzungen gehen von etwa 1,8 Millionen Demenzzkranken bis zum Jahr 2020

und 3 Millionen Demenzkranken bis zum Jahr 2050 aus“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013; vgl. Wetzstein 2010, S. 54).

Obwohl zwei Drittel der demenziell veränderten Menschen familiär und im häuslichen Kontext versorgt werden (ebd.), nach Angaben von Tschainer sind es etwa 80%, stellt diese Erkrankung zugleich den bedeutsamsten Grund für eine stationäre Aufnahme in ein Pflegeheim dar (vgl. Weyerer 2005; vgl. Tschainer 2002, S. 100). So sind nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einer Publikation des Jahres 2013 zufolge „über 60% der Heimbewohner von dieser Krankheit betroffen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013). Man könne aktuell von einer Versorgung von etwa 400.000 demenzkranken Menschen in deutschen Alten- und Pflegeheimen ausgehen (ebd.). Es ist anzunehmen, dass die im häuslichen Kontext Betreuten i.d.R. unter einer weniger fortgeschrittenen Demenz leiden als solche in Pflegeheimen. Jedoch ist festzustellen, dass schon in frühen Stadien der Erkrankung Betroffene „infolge der kognitiven Einbußen Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung“ (Weyerer 2005) aufweisen, die i.d.R. mit besonderen psychosozialen Belastungslagen der dem Familiensystem angehörenden Pflegenden einhergehen (vgl. Grond 2014, S. 84). Die Befunde verweisen zugleich wie nebensächlich darauf, dass die Übernahme von Verantwortung eines alternden und/oder von Krankheit betroffenen und auf Hilfe angewiesenen Familienmitgliedes in erster Linie durch die Angehörigen getragen wird⁷ (vgl. Newerla 2012, S. 12). Diese Verantwortungsübernahme wird auch wahrgenommen, indem für die Erkrankten die Entscheidung getroffen wird, wo und von wem sie wie (außerhalb der Familie) versorgt und betreut werden. Da das Fortschreiten der Erkrankung „generalisierte kognitive Funktionseinbußen“ (ebd.) involviert, entsteht die Notwendigkeit einer 24 Stunden Betreuung und Pflege (vgl. ebd.), die für Angehörige oft nicht lange und alleine zu bewältigen ist. Den Prognosen zufolge ist mit einer zunehmenden Versorgungsproblematik von an Demenz erkrankten, pflegebedürftigen Menschen sowohl in quantitativer (Stichwort: Fachkräftemangel/Versorgungslücke in der Pflege) (vgl. Rothgang u.a. 2012, S. 10) als auch in qualitativer Hinsicht (Stichwörter: aktivierende Pflege bzw. würdevolle Pflege/würdevolles Altern) (vgl. Newerla 2012, S. 13ff.) zu rechnen.

Gleichsam eröffnen diese Entwicklungen einen Markt für Angebote der Versorgung demenziell Erkrankter jenseits von deutschen Pflegeheimen oder im häuslichen Kontext. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim wird im Vergleich zu häuslicher Pflege, dies spiegelt das gesellschaftliche Werteverständnis wider, als „Ersatzlösung“ bezeichnet (Blinkert 2005, S. 142, zit. n. Newerla 2012, S. 13). Heimpflege werde „eher negativ bewertet“ (ebd.) und käme in der Regel dann in Betracht, „wenn die häusliche Pflege durch informelle und/oder ambulante Versorgungsnetzwerke nicht möglich ist“ (ebd.). So sind Entscheidungen eines Umzugs in ein Pflegeheim, die Angehörige für ihre erkrankten Familienmitglieder treffen, für erstere oft mit „Ängsten, Schuldgefühlen und Zweifeln“ (Bernhardt 2014, S. 87) verbunden. Erste Interviews mit Angehörigen im Rahmen unseres Projektes zur Alters- und Pflegemigration nach Thailand zeigen, dass diese Belastung der Angehörigen in Bezug auf ihre Entscheidung, ein erkranktes Familienmitglied in einem thailändischen Pflegeheim betreuen zu lassen, eine besondere Zuspitzung erfährt. Das soziale Umfeld übt oft (moralisierende) Kritik an diesen Entscheidungen, dies zeigten u.a. unsere ersten Interviews mit Angehörigen, die ihre demenziell veränderten Mütter und Väter in thailändischen Einrichtungen betreuen ließen.

Diese einleitenden Darstellungen dienen als Einführung in aktuelle populäre, sozialwissenschaftliche, massenmediale, alltägliche und politische Diskurse zu Demenz, Alter(n), Prognosen der Bevölkerungsentwicklung und Kritiken an Pflegeinstitutionen im deutschsprachigen Raum, die zugleich als Kontext und Ausgangspunkt der im Folgenden betrachteten Angebote der Alters- und Pflegemigration fungieren. Denn: Das Phänomen der Pflegemigration und zuvorderst die Tatsache des existierenden Angebots von Alten- und Pflegeeinrichtungen für Deutschsprachige in anderen Ländern verweisen immer schon auf Angebotslücken (in finanzieller, qualitativer oder quantitativer Hinsicht) in den deutschsprachigen Ländern.

1.2 Alters- und Pflegemigration: Betreuungsinstitutionen in Thailand

Physische Mobilitäten älterer Menschen über nationalstaatliche Grenzen sind nicht neu. Forschungen zu diesem Thema stammen überwiegend aus dem englischsprachigen Raum und werden meist unter dem Begriff der ‚International Retirement Migration‘ versammelt. Dieses Phänomen nahm in den letzten Jahren sowohl quantitativ als auch hinsichtlich seiner Dynamik und Zielorte zu und pluralisierte sich (vgl. Jöstl/Wieser 2011). So kann es als relativ neuer Trend bezeichnet werden, dass aus dem Westen kommende Pensionist_innen Zielländer im südostasiatischen Raum ansteuern. Weniger reich beforscht ist das zunehmende Phänomen der Altersmigration aus Europa nach Thailand im Sinne einer langfristigen Verlagerung des Lebensmittelpunktes. Hierfür sorgt auch eine bisher in den Sozialwissenschaften weitgehend unberücksichtigte Entwicklung der Entstehung von *Institutionen in Thailand, die speziell auf ältere, deutschsprachige Adressat_innen zielen*. Diese sind zu unterscheiden in:

1. Meist Seniorenresidenzen genannte Institutionen, auch beworben und massenmedial aufgegriffen als „Rentnerparadies“ (vgl. Einsle 2012), als Senior_innen (meist 60+) ein entspanntes Leben in schöner Umgebung bei angenehmen Temperaturen und niedrigeren Lebenshaltungskosten ermöglichend. Für schon vorliegende oder entstehende Pflegebedarfe besteht dort die Möglichkeit, zusätzliche Pflegepakete zu buchen bzw. Betreuungsangebote wahrzunehmen (vgl. O.A. 2015).
2. Pflegeeinrichtungen, die speziell für Demenz- bzw. Alzheimerpatient_innen eingerichtet sind oder sich an all jene Menschen wenden, die intensiver Pflege bzw. Betreuung bedürfen.

Während unsere Untersuchungen zu Seniorenresidenzen Aufschluss darüber geben, dass hier überwiegend mit ‚amenity seeking migrants‘ gerechnet wird, bei denen besondere Annehmlichkeiten und teils luxuriöse, diverse Freizeitangebote im Vordergrund stehen, die den Lebensalltag noch schöner und abwechslungsreicher gestalten können, sieht dies in Bezug auf Angebote, die sich ausschließlich auf pflegebedürftige Menschen richten, ganz anders aus: Hier ist vornehmlich keine „Lockarbeit“ nötig, sondern es offenbaren sich ganz andere Formen an Präsentations- und Bewerbungsstrategien der Einrichtungen. Der Unterschied der Bewerbungsstrategien zwischen den genannten Einrichtungstypen, liegt in den *Entscheidungsträger_innen zur Migration* begründet: Diese sind bezüglich der Seniorenresidenzen, wie oben bereits dargestellt wurde, i.d.R. die Migrierenden

selbst. Hingegen obliegt die Entscheidungshoheit zur Migration bei der Gruppe der Pflegeheimbewohner_innen meist den *Angehörigen* bzw. denjenigen Personen, die die Vormundschaft für die an Demenz Erkrankten übernommen haben. Während demnach bei Pflegeeinrichtungen meist Entscheidungsträger_innen zur Migration und Migrierende selbst auseinanderfallen, handelt es sich bei Seniorenresidenzbewohner_innen i.d.R. um ein und dieselbe Person oder um Paare, die ihre Migrationsentscheidung gemeinsam treffen. Dieser Aspekt ist bedeutsam. Im vorigen Kapitel wurde bereits erwähnt, dass die Entscheidung für einen Umzug in ein thailändisches Pflegeheim treffende Angehörige oft mit Kritik in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert sind. Nicht nur im privaten Kontext, sondern auch im Rahmen massenmedialer Berichterstattung, spricht sich der Diskurs um die Pflegeeinrichtungen in Thailand nicht selten kritisch, einseitig und moralisierend aus. Unter massenmedialen Titeln wie „Darf man Oma nach Thailand abschieben?“ (Hahn 2012) wird suggeriert, man würde sich der lästigen Alten, Kranken durch eine Art menschliches Outsourcing bzw. Export entledigen. Wie unsere empirischen Untersuchungen zeigen, wird der kritische, massenmedial geführte Diskurs um dieses Thema dem Phänomen der Existenz dieser Einrichtungen und ihrer Nachfrage nicht gerecht und erweist sich als undifferenziert. Gleichwohl entfalten die diskursiv gestreuten Zweifel an der Moralität des Angebots ihre Wirkung, wie die Analyse deutlich machen wird.

2 Die Einrichtung und die Inszenierung des Homepage-Textes als bedeutsam

Als Datengrundlage und Untersuchungsgegenstand der hier präsentierten Analysen dient ein Text auf der Homepage der ersten Einrichtung, die speziell für deutschsprachige demenziell Erkrankte in Thailand eröffnet wurde. Beworben wird die Einrichtung auf der Homepage kurz mit ihrem Angebot von Ferien- und Langzeitaufenthalten, als Großfamilie für Demenzkranke und ihre Angehörigen. Möglich sind zweiwöchige bis dreimonatige Urlaubsaufenthalte für Demenzkranke, die der Entlastung der Angehörigen dienen sollen. Je nach Einzelfall bietet die Einrichtung Tages- oder 24-stündige Betreuungen an. Bei Langzeitaufenthalten wird auf der Homepage mit 24-stündiger 1:1 Betreuung geworben, bei der sich drei Betreuer_innen abwechseln. Geleitet wird die Einrichtung von einem Schweizer, der sie im Jahre 2003 als Co. Ltd., als Gesellschaft im thailändischen Handelsregister eintragen ließ. Angeboten werden 12–14 Betreuungsplätze, wobei die meisten von Personen belegt sind, die dort Langzeitaufenthalte (v)erleben.

Der im Zentrum des Beitrags stehende online-mediale Text auf der Oberfläche der Homepage, ist „auf bestimmte Kommunikationszwecke hin ausgerichtet“ (Pentzold/Fraas/Meier 2013, S. 87). Die Homepage ist durch eine Leiste mit Hyperlinks auf der linken Bildschirmseite ausgestattet, sodass Besucher_innen diese anklicken und sich damit Texte und Bilder auf die Mitte des Bildschirms rufen können. Der hier betrachtete Text wird durch einen Klick auf den Hyperlink „Mit Zärtlichkeit“ aufgerufen. Der als Vortrag am Kongress der Deutschen Alzheimervereinigung⁸ im Jahre 2004 vom Einrichtungsleitenden gehaltene Text inszeniert sich im Vergleich zu allen anderen auf der Homepage als außergewöhnlich

und bedeutsam: Er verweist explizit auf einen Äußerungskontext *jenseits* der Homepage, was bedeutsame Funktionen erfüllt: So wird deutlich, dass der Text 1. bereits andernorts *vorgetragen* wurde und 2. als so wertvoll betrachtet wird, dass er seine situative Aufführung als Vortrag auf einem Kongress vor über 10 Jahren überdauert. Ein Copyright-Symbol intensiviert die Inszenierung von Bedeutsamkeit, indem es zeigt, dass der Autor sich diesen (und nur diesen) Text auf der Homepage schützen ließ. Indem er selbst namentlich mit seinem Wohnort genannt wird, der der Adresse der Einrichtung entspricht, verweist der Text auf die Person des Einrichtungsleitenden als Urheber und Vortragenden. Die Angabe der Adresse macht den Text zudem zurechenbar auf eine Person, die ihren Lebensort sehr konkret für jede_n Nutzer_in der Homepage sichtbar macht und sichert sich damit auch hinsichtlich des Aspekts von Vertrauenswürdigkeit, Nähe, Professionalität und Greifbarkeit eine autoritäre Stellung. Zudem verweist der Begriff „Kongress“ auf eine soziale Veranstaltung, die genuin (neuen) Wissenspräsentationen und Wissensaustausch *von* Expert_innen, oft auch *unter* Expert_innen dient, wobei Effekte neuer Wissensproduktion intendiert sind. Der Wahrheitsanspruch des Textes wird hierdurch weiter intensiviert.

Die Rahmung des Textes beinhaltet demnach, dass der Text auf der Homepage als von einem Experten geschrieben und einer Expertenadressat_innengruppe (für Alzheimer und andere demenzielle Erkrankungen) auf einem bedeutsamen Kongress vorgetragen inszeniert wird, sodass diskursives professionelles Wissen zu demenziellen Erkrankungen und Pflege teils vorausgesetzt werden kann und das Angebot sich so in einen professionellen Kontext einschreiben und neben anderen seriösen Angeboten der Pflege demenziell veränderter Menschen einreihen kann. So zeigt seine diskursanalytische Untersuchung nicht zuletzt auch, auf welche *professionellen* Wissenskontexte im deutschsprachigen Raum der Text verweist und wie dieses etablierte diskursive Wissen auf einen anderen nationalen/kulturellen Kontext zugeschnitten und modifiziert, also ‚passend gemacht‘ wird, ohne dass dabei in den Aussagen selbst *explizit* auf im deutschsprachigen Raum zirkulierendes diskursives Wissen verwiesen werden müsste. Diskursive Formationen können unter Rückgriff auf Michel Foucault verstanden werden als:

„Aussagefelder, in denen spezifische Objekte (z.B. „der Wahnsinn“) produziert werden, ein Netz von Subjektpositionen (z.B. „der Psychiater“, „der Geistesranke“, „der Richter“) erscheint und Äußerungsmodalitäten (z.B. „der ärztliche Blick“) instituiert werden, wodurch bestimmte Begriffe (z.B. „die Anamnese“) und Themen hervorgebracht werden und spezifische Strategien zum Zuge kommen.“ (Maeße 2005, S. 1)

Von Interesse ist nun nicht die Identität der in den und durch die Aussagefelder(n) geschaffenen Objekte, sondern vielmehr die Weise der Formierung der Aussagefelder, „die diskursive Anordnung disparater Elemente“ (ebd.).

Dies zeigt, wie natürlich, mächtig und selbstverständlich das diskursive Wissen (der Aussagefelder) im deutschsprachigen Raum Wirkung beansprucht, indem die Spuren seines ursprünglichen spezifischen Äußerungskontextes bereits verwischt sind. Wie sich eben solchen Spuren und Einbettungen von in Aussagen steckendem Wissen diskursanalytisch angenähert wird, klärt das folgende Kapitel.

3 Begründung des Forschungsdesigns: Die Aussagenanalyse und Diskursmarker

Eine diskursanalytische Untersuchung im vorliegenden Kontext bietet sich deswegen an, weil eine Diskursperspektive es u.a. mit sich bringt, Diskurse und Wissen nicht getrennt voneinander zu denken, „da Diskurse Wissen figurieren und somit Denk- und Sagbares präformieren“ (Bender/Eck 2012, S. 65). Eine Diskursanalyse beschäftigt sich mit (Methoden/Strategien) der Hervorbringung und der Konstruktion von Wissen und zeigt so auf, wie an welches Wissen angeknüpft wird, welches „neu“ geschöpft wird und wie auf diese Weise (welche) soziale Normalität und Realität (re)produziert wird. Die hier vorgestellte diskursanalytische Untersuchung ist einer diskurspragmatischen Strömung (vgl. Angermüller 2007b, S. 60) zuzuschreiben, in welcher Texte nicht als etwas aufgefasst werden, das Sinn bereits enthält, der in der Folge (wie z.B. in hermeneutischen Forschungen angenommen) rekonstruiert wird, sondern durch die Sinn und damit auch Wissen erst produziert werden. Zwar können Texte verschieden verstanden, aber eben nicht wahllos bzw. frei interpretiert/gelesen werden. So soll es hier nicht darum gehen, etwa den Sinn der Homepage oder einen ihrer Texte zu verstehen, sondern es wird in diskurspragmatischer Manier erschlossen, welche (un)möglichen bzw. naheliegenden Lesarten und Implikationen die aneinander geketteten Aussagen konstruieren, um von hier aus den Verweis auf die diskursiven Kontexte der Aussagen auszuloten und so auch auf größere Wissensfelder bzw. diskursive Formationen schließen zu können. So ist Zielgröße einer Untersuchung mithilfe der *Aussagenanalyse* nicht ein großflächiger Diskurs, sondern vielmehr sein kleinster Teil: die Aussage (vgl. Angermüller 2007a). „Der“ Diskurs steckt jedoch im einzelnen Text bzw. den Aussagen, aus denen er entsteht. So wird angenommen, dass „Texte erst in ihren diskursiven Kontexten einen bestimmbaren Sinn erhalten“ (Angermüller 2007a, S. 125). Sinn als emergentes Produkt von Leseprozessen betrachtend, bedeutet, dass die diskursiven Kontexte aus den Aussagen selbst erschließbar werden. Die Aussage lenkt die Sinnproduktion, indem sie diskursive Kontexte relevant macht und immer schon auf diskursives Wissen trifft. Texte werden also nicht als von ihren Äußerungskontexten isoliert und abstrakt betrachtet, sondern es geht „um im Diskurs geäußerte, gebrauchte, kontextualisierte Texte“ (ebd.), welche bestimmten Regeln folgen. Auf diese Weise vermitteln sie Leser_innen implizite Instruktionen über relevante Kontexte und organisieren so den Diskurs. Die Aussagenanalyse arbeitet mit der Verfolgung von *Äußerungsspuren*, auf die Texte hin abgesucht werden können. Solche Spuren geben Hinweise auf mögliche Äußerungskontexte (Wer, wann, wo, was?), die sich in die Aussage/den Text einschreiben.

Die Aufgabe der Aussagenanalyse ist es nun, die in die Aussagen eingelassenen Hinweise auf ihre Äußerungskontexte hin abzusuchen und dadurch etwa zu erschließen, was als angesehenes Wissen etabliert wird, das unhinterfragt Geltung beanspruchen kann, was Sprecher_innen, denen Glaubwürdigkeit und ein Status des Wahr-Sprechens zugeschrieben wird, andernorts und zu anderer Zeit bereits gesagt haben. Diese Form der Analyse zeigt aber auch, wie Aussagen selbst markieren können, dass das, was sie preis geben, zuvor noch nicht gesagt wurde, vielleicht auch nicht denkbar war, und daher besonderer Strategien der Schaffung von Akzeptanz bedarf. So kann nachvollzogen werden, wie der Diskurs „sich gibt“.

Die Analyse von Aussagen eines konkreten Textes hilft, seiner Realitätskonstruktion und seiner Form der Organisation von Wissen auf die Spur zu kommen. Damit liegt der Fokus der empirischen Analyse auf der (Re-)Produktion von Diskurs, auf neuen Verknüpfungsweisen zwischen Aussagen und diskursiven Kontexten, die miteinander kurz geschlossen werden. Deutlich wird dies insbesondere durch vier verschiedene aussageanalytische Elemente bzw. Marker, die in der vorliegenden Analyse in den Blick genommen werden. Die *Diskursive Deixis*, *Polyphonie*, *Vorkonstrukt* und *Présuppositions*. Jeder einzelne Marker erfüllt verschiedene Funktionen für die Textanalyse, die im Verlauf der nun beginnenden Analyse an den jeweiligen Stellen konkret verdeutlicht werden. Die folgenden empirischen Kapitel werden strukturiert entlang der Themen bzw. Strategien, mithilfe derer diskursive Kontexte erkennbar werden und treten gelegentlich als Fragen in den Überschriften auf, die letztlich von den hier analysierten Aussagen beantwortet werden.

4 Die Strategie der biografischen Narration: Konstruktionen von Sprecher- und Adressatenpositionen

Neben den Kontextverweisen auf Homepage und Vortrag fallen weitere Verweise auf, „die die Äußerung zu ihrem diskursiven Kontext in Bezug setzen“ (Matissek 2009, S. 283): Deiktische Formen bezeichnen Wörter, die auf etwas verweisen, das im und durch den lokalen, situativen Kontext der Äußerung zu verstehen ist (z.B. „jetzt“, „hier“, aber auch „ich“). In den ersten beiden Aussagen des Textes fallen zwei deiktische Formen ins Auge, die als Pronomen der Person einen Verweis von Aussagen auf ihren diskursiven Kontext darstellen.

„Ich möchte Sie kurz zu einer Reise einladen. Die Reise führt uns ein Stück weit durch meine persönliche Lebensgeschichte, hin zu einem neuen Angebot für demenzkranke Menschen in (...) Nordthailand.“

Diese ersten Aussagen des Vortrags instruieren Leser_innen dazu, mit dem Sprecher ein Kollektiv einzugehen, indem die den Sprecher und die Leser_innen differenzierenden Personalpronomen „ich“ und „Sie“ zu einem Nähe konstruierenden „uns“ verknüpft werden.

Gleichzeitig weist sich die Sprecherposition durch besondere Erfahrungen aus, die nun – als Reiseführer durch Stationen der Biografie – auch den Zuhörenden zugänglich gemacht werden. Das Reiseziel des Angebots in Nordthailand wird durch das Attribut „neu“ als innovativ, interessant und besonders markiert.

Die nun folgende Erzählung der Lebensgeschichte, markiert durch den Einsatz des Präteritums, führt die Leser_innen direkt hinein in die Situation, in der „ich“ in einem vertraulichen Gespräch mit dem Vater davon erfuhr, dass die Mutter an Alzheimer erkrankt war. Der leidende Vater rückt in den Vordergrund: „Die Defizite häuften sich und wurden mehr und mehr zur quälenden Belastung meines Vaters“, die im Suizid des Vaters seinen Gipfel erreicht. Dieser wird vorbereitet mit: „Sein Schmerz wurde unerträglich, als der Moment kam, wo meine Mutter meinen Vater nicht mehr als ihren Ehemann erkannte, ihn als mehrbesseren Kol-

legen behandelte und alle Zärtlichkeitsversuche seinerseits von sich wies.“ Die Beziehung zwischen den Eltern steht hier im Fokus: Der Verlust von Intimität sowie der anderen Person als signifikantem Anderen, als Ehemann, zerstört die (Bedeutsamkeit der) Beziehung, indem die Mutter deren Existenz nicht (mehr) erkennt und sie nunmehr nur noch für den Vater real ist.

Die beiden sich anschließenden Aussagen: „Ich muss Ihnen jene schmerzvollen Tatsachen dieser Krankheit nicht groß erläutern. Sie wissen, wovon ich spreche“ liefern keinen weiteren Informationsgehalt, sondern dienen dem Zweck, Sprecher und Zuhörer_innen betreffend ihres (in den und durch die Aussagen) konstruierten Wissensstandes bezüglich schmerzhafter Erfahrungen mit Alzheimer auf Augenhöhe zu positionieren. Vollzogen wird dies neuerlich mithilfe der deiktischen Partikel „ich“ und „Sie“, die in Zusammenhang mit der Nennung der fehlenden Notwendigkeit der Erläuterung der schmerzvollen Erfahrungen der Erkrankung Lesende und den Sprecher als Angehörige/Mitfühlende/Betroffene konstruiert.

Auch das „nicht“ in der Aussage spielt als polyphoner Marker eine wichtige Rolle: Die negierende Form lässt implizit eine Stimme zu Wort kommen, die darüber informiert, dass es auch Unwissende gibt, denen man sehr wohl die schmerzhaften Aspekte der Krankheit erläutern muss. Es deutet sich hier an, dass die in den Aussagen konstruierten Adressat_innen nicht die Alzheimerpatient_innen sind. Vielmehr wird über ihren Kopf hinweg eine inkludierende *Leidensgemeinschaft der Angehörigen* konstruiert, von der „ich“ und „Sie“ Teile sind. Nähe und Verständnis zwischen Lesenden und Autor werden hergestellt und so eine Vertrauensposition für den Einrichtungsleitenden geschaffen, von der aus das Angebot einer Einrichtung für demenziell erkrankte Menschen in Thailand für Angehörige annehmbar gemacht werden kann. Für dieses Ziel eignet sich das hier gezogene Register der biografischen Narration aufgrund seiner Gattung in idealer Weise: Persönliche Betroffenheit, subjektive Erfahrungen und Entscheidungen werden so für andere nachvollziehbar(er).

Wer ist hier eigentlich krank?

Etwas weiter im Text wird der hier eingeführte Umgang mit der Mutter bzw. die Art und Weise, wie sie im Text *als Alzheimerpatientin* repräsentiert wird, zugespitzt: „Alzheimer, die Krankheit der Angehörigen. Wir sind herausgefordert, Entscheide zu treffen. Unsere Liebsten zu führen.“

Der deiktische Partikel „Wir“ (die Angehörigen) verdeutlicht die Abgrenzung von „unsere Liebsten“ (Erkrankten). Den Erkrankten wird der Status als selbstbestimmte Personen einer den Aussagen zugrunde liegenden Präsupposition zufolge abgesprochen, sie müssen ‚geführt werden‘. Die Präsupposition beinhaltet weiter, dass es vom Text selbst als nicht verhandelbar gesetzt wird, *ob überhaupt* Entscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmung bei Alzheimerkranken verloren gehen. Offenbar muss dies nicht erst gesagt bzw. geschrieben werden, um es zu wissen, was wiederum auf etabliertes diskursives Wissen (bzgl. Alzheimer als Entscheidungs- und Selbstführungsfähigkeit zerstörende Erkrankung) verweist. Denn dieses Wissen ist es, das die Lücke zwischen den aufeinander folgenden, oben zitierten Aussagen füllt. Die Operation mit dieser Präsupposition wird von Leser_innen u.a. deswegen verstanden, da im Rahmen stark demenziell veränderter Menschen der Verlust des Rechtes auf Selbstbestimmung einerseits rechtlich

(vgl. § 104 BGB), andererseits im Alltagswissen sowie auch in der medizinischen und pflegerischen Praxis als Normalität anerkannt ist (vgl. auch Kotsch/Hitzler 2013, S. 27)⁹. Ebenso wenig muss geklärt werden, *wer* Verantwortung für den erkrankten Menschen übernimmt. Die Krankheit hingegen, wird in ihrer Dimension der Hervorbringung von Leid den Angehörigen zugeschrieben, nicht den Erkrankten, deren Leid die Aussagen nicht behandeln. Die Angehörigen leiden nicht nur unter den Folgen der Krankheit, sondern zusätzlich unter der Verantwortung, die „Liebsten zu führen“, sie führen zu *müssen*: Die Krankheit gehört ihnen. Es zeigt sich diskursiv eine enge Verknüpfung zwischen der Erkrankung Demenz und dem damit einhergehenden Leid und der Belastung für die Angehörigen, die auf weitere diskursive, professionelle Kontexte verweist.

So wird sich etwa nach Behandlung des Themas „Was bedeutet eine Demenz für die erkrankte Person“ in einem Ratgeber für Angehörige und Pflegende direkt der Beantwortung der Frage „Was bedeutet Demenz für die Angehörigen des erkrankten Menschen“ gewidmet und hierauf folgt ein großes Kapitel mit der Überschrift „Wer pflegt, muss sich pflegen“, worauf „Unterstützungsangebote für versorgende Angehörige“ folgen (Haberstroh/Neumeyer/Pantel 2011, S. IX). Dieses Beispiel unter vielen zeigt, dass mit dem Themenkomplex Demenz/Leid der Angehörigen insgesamt ein größerer diskursiver Kontext reproduziert wird, der sich auch in konkreten, dominierenden Praktiken der Angehörigen im Umgang mit ihren erkrankten Familienmitgliedern zeigt: So wird die Mehrheit Demenzkranker durch Angehörige im häuslichen Umfeld gepflegt (vgl. Newerla 2012, S. 1; Statist. Bundesamt 2010), wobei die hier analysierten Aussagen andeuten, dass dies nicht so sein muss. Entscheide treffen zu müssen heißt auch, dass eine *andere* Entscheidung getroffen werden kann, als den erkrankten Angehörigen zu Hause selbst zu pflegen (oder diesen einem Pflegeheim in Deutschland oder der Schweiz anzuvertrauen): Die Übergabe von Verantwortungsübergabe an den Einrichtungsleitenden wird vorbereitet. Und auch solche Entscheidungen werden der Herausforderung gerecht, die Liebsten (wohlwollend) zu führen, so die Konstruktion der oben zitierten Aussagen.

Thais und Thailand = Betreuungsqualitäten und Respekt: Das ideale Milieu für betreuungsbedürftige „ältere Menschen“

Hier und im folgenden Kapitel werden weitere Strategien der aneinander geketteten Aussagen analysiert, mit deren Hilfe eine mit Anerkennung der Angehörigen ausgestattete Sprecherposition abgesichert wird, indem sie sich als besonders verantwortungsvoll im Umgang mit der eigenen Mutter inszeniert. Doch es geschieht noch mehr: Erste Charakterisierungen des Angebots der Einrichtung und prophylaktische Strategien gegen Kritik werden deutlich. Der Sprecher wird im Folgenden als Thailand und Thailänder_innen-Kenner erkennbar.

¹⁰ „Suchend nach adäquaten, würdigen, aber auch zahlbaren Betreuungsangeboten, spielte ich mit dem Gedanken,

2 nach Thailand zurückzugehen. Zusammen mit meiner an Alzheimer erkrankten Mutter.

Ich arbeitete zu einem

3 früheren Zeitpunkt während vier Jahren in Thailand und wusste um die Betreuungsqualitäten und den Respekt

4 der Thailänderinnen und Thailänder gegenüber älteren Menschen.“

Die erste Aussage (Z. 1f.) verdeutlicht zum einen, dass die Suche nach Betreuungsangeboten, die den Kriterien der Adäquanz, Würde und Zahlbarkeit entsprechen, in der Schweiz/Deutschland oder in Europa allgemein (?) offenbar erfolglos war und deutet zugleich an, dass Thailand dies ermöglichen könnte¹¹. Zum anderen werden auch die Qualitätsansprüche des Sprechers an die Betreuung seiner Mutter (nebenbei) offenbart: Mit einer unwürdigen oder inadäquaten Betreuung würde *er* sich nicht zufrieden geben, stattdessen werden Zeit und Einsatz investiert, um dem hohen Anspruch idealer, bezahlbarer Betreuung der Mutter gerecht zu werden. Die zweite Aussage (Z. 2ff.) verknüpft den vierjährigen Arbeitsaufenthalt in Thailand mit dem Wissen „um die Betreuungsqualitäten und den Respekt der Thailänderinnen und Thailänder gegenüber älteren Menschen“. Es wird hier also, beruhend auf der Inszenierung des Sprechers als Thailand- (und Thai-) Kenner, die Eignung Thailands als Zielort für eine gute Betreuung der erkrankten Mutter wieder im Register der selbst gemachten Erfahrungen, als (durch einen längeren Aufenthalt in Thailand erworbenes) Wissen dargeboten. Zugleich geht es nicht (mehr) um die Verhandlung der Fragen, ob Thailänder_innen überhaupt über Betreuungsqualitäten oder Respekt gegenüber Älteren verfügen, ob dies *überhaupt* als homogenisierende, naturalisierende, kulturalisierende, essentialistische und generalisierende Aussage haltbar wäre, ob das denn wirklich als interne Eigenschaft von Thais verstanden werden könne usw. Diese Präsupposition funktioniert einwandfrei, da es sich auch hierbei um schon bekannte Formierungsweisen diskursiver Elemente handelt, die auch etwa hinsichtlich osteuropäischer Pflegekräfte wirken (vgl. etwa den Titel der ZDF-Dokumentation 37° „Ein Engel aus Polen“, Müller 2014). Zugleich wirkt der diskursive Kontext, der Thailand als touristisches Reiseziel bekannt und beliebt machte und positiv gelabelte Konstruktionen des Andersseins von Thais und Thailand mobilisiert, die mit dem Slogan „Das Land des Lächelns“ beschrieben werden könnten (vgl. Hermes o.J.).

Durch das Ziehen des Registers biografischer Erfahrungen und die eben erläuterte Einbettung der Aussagen in ihre diskursiven Kontexte können in den hier analysierten Aussagen „Betreuungsqualitäten“ und „Respekt“ nur aufgerufen und es bereits als *klar* präsentiert werden, *dass* Thais über Betreuungsqualitäten und Respekt als interne Eigenschaften verfügen. Die Funktion dieser Aussage, auch wenn dies durch die Verfasstheit der Aussage selbst verschleiert ist, besteht genau darin: Thailand und Thais als besonders geeignet für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen zu charakterisieren, welche nebenbei noch das Attribut „älter“ erhalten.

Das Mutter-Narrativ, die mobile Heimat und Demenz als Ressource

Dass die Entscheidung, die Mutter mit nach Thailand zu nehmen, durchdacht und auf ihr Wohl gerichtet erfolgt, wird weiter abgesichert durch das Stellen kritischer Fragen, die eingeleitet werden mit:

5 „Ich habe mir damals viele Gedanken gemacht und viele Fragen gestellt: Vermisst meine Mutter ihre Heimat,

6 ihre Bekannten, ihre Angehörigen?

7 Habe ich meine Mutter durch diesen Wechsel in ein fernes Land „entwurzelt“?

8 Der Gedanke damals, dass meine Mutter ihre Wohnung mit so einem langen Stück Lebensgeschichte¹² für

9 unbestimmte Zeit vielleicht für immer verlassen würde, stimmte mich sehr traurig.“

Die Funktion der Einnahme einer Position des kritisch Fragenden besteht in der Schaffung einer Sprecherposition, von der aus die explizit gemachte Kritik mit überzeugenden Argumenten in ihre Schranken gewiesen werden kann. Womit aber operieren die kritischen Fragen und Aussagen? Der Ausgangspunkt der Fragen besteht in den fehlenden Möglichkeiten der Übernahme von Verantwortung sowie der Entscheidungsfähigkeit der Mutter für die Gestaltung ihrer eigenen Lebenssituation. Nach ihrem Wohl forschend und getrieben von dem Versuch, dieses ‚richtig‘ einzuschätzen, wird mithilfe der Fragen die schärfste Kritik für die Entscheidung, die erkrankte Mutter nach Thailand zu bringen, aufgerufen. Die Fragen inszenieren den Sprecher als sich mit kritischen Argumenten konfrontierend, die seine Entscheidung erscheinen lassen als eine aufseiten der Mutter Leid hervorrufoende. Die Frage „Habe *ich* meine Mutter....“ (Z. 7) rechnet zudem die Verantwortung für ihr mögliches Leiden explizit dem Sprecher selbst zu (Hervorhebung D.B.). Die kritischen Fragen bedienen mehrere im diskursiven Kontext offenbar als fragwürdig und prüfenswert zu betrachtende Aspekte: Entwurzelt ein Umzug in ein „fernes Land“ die Mutter, die ihre Wohnung verlassen muss, in der sie ein langes Stück „Lebensgeschichte“ verbrachte? Vermisst die Mutter Menschen und die (örtliche/physische) „Heimat“? Die Lebensgeschichte wird quasi nebenbei örtlich an die Wohnung gebunden und das Verlassen derselben (als möglicherweise für immer) als traurig bewertet, was „ich“ als empathisch gegenüber der Mutter auftreten lässt. Die Aussagen operieren mit Begriffen wie „verlassen“, „Heimat“, „für immer“, „entwurzelt“, und laden die Mitnahme der Mutter nach Thailand beinahe schon ideologisch auf. Zumindest werden die Fragen erst verstehbar in einem diskursiven Kontext wie er etwa durch das Sprichwort „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“, mobilisiert wird. Die Aussagen/Fragen verweisen auf Normalitätsannahmen hinsichtlich des Verweilens in der Heimat, insbesondere mit fortgeschrittenem Alter: Normal(er) (als ein Umzug nach Thailand) wären biografische Kontinuität/Linearität in Bezug auf den konkreten Lebensort (Wohnung), signifikante Andere (Bekannte, Angehörige) und evtl. das (Herkunfts-)Land im Allgemeinen.

Mithilfe des polyphonen Markers „nicht“ wird auch in folgendem Satz deutlich, welche Stimmen hier noch mitsprechen und gegen welche Annahmen im Anschluss (fast unbemerkt) argumentiert wird: „Meine Mutter ist seit unserer Abreise vor nun fast schon zwei Jahren nicht mehr in die Schweiz zurückgekehrt.“ Diese vor der Formulierung der Fragen angeführte Aussage schließt an Aussagen an, die *nicht* im Text stehen, wie etwa: „Sie hätte in die Schweiz zurückgekehrt sein sollen“. Auch wenn diese Stimme keinem spezifischen Lager zuzurechnen ist, so schwingt doch die normative Aussage mit, dass eine Rückkehr in die Schweiz für die Mutter normal und gut gewesen wäre. Nachdem nun kritische Stimmen durch an sich selbst gerichtete Fragen und den polyphonen Marker „nicht“ zu Wort kamen, wird gegen sie vorgegangen.

10 „Rückblickend glaube ich zu erkennen, dass bei meiner Mutter alles vollkommen anders ablief.

11 Weil sie aufgrund ihrer Krankheit die Tragweite ihres Wegzuges oder sagen wir ihrer Reise nicht mehr

12 abschätzen konnte. (...)

13 Ich glaube, dass meine Mutter ihre Heimat „geografisch“ nie vermisst hat.

14 Sie hat ihre „Heimat“ sowie ihre noch verbleibenden Vergangenheitserinnerungen und ihre Lebensgeschichte

15 mit nach Thailand genommen.

16 Und sie lebt all dies in Thailand! Ich erinnere mich, als sie während eines Spaziergangs in einem Quartier in

17 (...) einer Betreuerin erklärte, dass sie in jenem Haus, es war ein Privathaus, zur Schule gegangen sei-

Die erste Aussage bereitet darauf vor, dass die eben noch aufgerufenen Normalitätsvorstellungen im Sinne etablierten diskursiven Wissens ins Wanken geraten werden, denn es lief „vollkommen anders“ (Z. 10) ab. Begründet wird dies mit der Krankheit: Durch sie konnte „die Tragweite“ (Z. 11) des „Wegzuges“ (ebd.), der in derselben Aussage mit dem Begriff der „Reise“ (ebd.) abgemildert wird, „nicht mehr“ (ebd.) abgeschätzt werden. Die demenziellen Veränderungen der Mutter erscheinen demnach als *Ressource* dafür, dass der dauerhafte Umzug in ein „fernes Land“ unproblematisch ist. Der schon in den vorherigen kritischen Fragen auf das Wohl der Mutter verschobene Fokus bleibt hier bestehen und wird ausgeweitet: Wenn es schon um ihr Wohl geht, so sollte auch ihre Perspektive zu übernehmen versucht werden. Dabei maßt sich das „ich“ (Z. 10) nicht an, mit Sicherheit zu wissen, was wie bei der Mutter „ablief“ (ebd.). So wird nur „rückblickend“ (ebd.) zu erkennen *geglaubt*, (ebd.) dass es nicht so war wie gemeinhin vermutet würde. Das Wort „rückblickend“ (ebd.) macht den Erfahrungsvorsprung zu den Leser_innen relevant. Die Erfahrung bereits gemacht, auf das Wohl der Mutter geachtet zu haben und sie in ihrer Erfahrung beobachtend und bewertend, kann nun vorsichtig formuliert werden, dass ein solcher Umzug kein Problem darstellt. Die zuvor noch an die Wohnung gebundene Heimat wird hier mobil, die Mutter hat nicht nur „ihre Lebensgeschichte“ (Z. 14), sondern auch ihre „noch verbleibenden Vergangenheitserinnerungen“ (ebd.) „mit nach Thailand genommen“ (Z. 15). Durch die Krankheit wird die „Tragweite“ (Z. 11) des Umzuges (in ein „fernes Land“, Z. 7) nicht mehr wahrgenommen, wodurch wiederum die Heimat, die *eigentlich* woanders verankert ist, einfach mitgenommen werden kann. Damit nicht genug: „Sie lebt all dies in Thailand!“ (Z. 16). Das Ausrufezeichen markiert diese Aussage als eine besondere. Das Normalitätswissen des sprechenden „Ichs“, das fast schon überrascht wirkt von dem positiven Ausgang seiner Entscheidung für die Mutter, wird dadurch ebenso abgesichert und validiert wie das der Leser_innen, der sich sorgenden Angehörigen.

Nun wird aber von einer Sprecherposition aus, die sich ihren Status als besonders erfahren und verantwortungsbewusst handelnd bereits durch die vorigen Aussagen erarbeitet hat, verdeutlicht, dass dieses Normalitätswissen ein wenig von den innovativen Erfahrungen mit der eigenen Mutter irritiert wurde. Dazu erfolgt die Nennung eines Beispiels, das mit seiner empirischen Fundierung durch die Formulierung „Ich erinnere mich“ (Z. 16) seinesgleichen sucht. Die Aus-

sage vermittelt die Außergewöhnlichkeit der hier erzählten Erfahrungen. Auch das Ausrufezeichen nach der vorigen Aussage sichert diese Wertung der erzählten Inhalte ab. Wenn die Mutter ein Haus in Thailand ihrer Betreuerin als das Haus zeigt, in dem sie zur Schule gegangen sei, liegt – so wissen wir – eine Verwechslung vor. Sich auf die Perspektive des Sprechers einlassend, die der Mutter eine mobile Heimat attestiert – was bereits einen Gewinn für das Angebot einer Pflegeeinrichtung für demenziell erkrankte Deutschsprachige in Thailand andeutet – erkennen wir, dass die Heimat irgendwo zwischen einer Fehlidentifizierung des materiellen Objektes Haus (als Schule) sowie dem Vergessen, dass man sich gerade in Thailand und nicht in der Schweiz befindet, sich modifizierte und mobil wurde. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Aussage die Krankheit *Demenz zur Ressource wird, die Heimat mobil macht*, indem sie etwa Schweizer Schulen nach Thailand versetzt. Das Wissen, dass die Mutter sich in der Folge im Quartier in (...) so fühlen kann wie in der Heimat, wird durch die Form der Beweisführung von der Aussage „Und sie lebt all dies in Thailand!“ (Z. 16) hin zu dem empirischen Beispiel gleichsam mitgeliefert. Demenz, die Krankheit des Vergessens, sorgt so im Diskurs für die Umsortierung von etabliertem Wissen (wie etwa, dass Thailand und die Schweiz geografisch weit voneinander entfernt sind).

Die Mutter, die nach 40 Jahren Lebensgeschichte und Verankerung an einem Ort in einer spezifischen Wohnung so erfolgreich nach Thailand gebracht werden konnte und sich dort nicht nur so *fühlt* wie in der Heimat, sondern *vergisst*, dass sie nicht in der Heimat ist, und so *in ihrer Heimat ist*, fungiert als Joker gegen Kritik eines Diskursstrangs, der den Deport armer alter Menschen ins Ausland als unmoralisch erachtet. Denn: Wenn es in einem solchen (Härte-)Fall klappt, warum dann nicht auch für andere? Ausgehend von der und durch die Mutter, werden die Pflegeeinrichtung und ihr Angebot unbemerkt in ihrem Eignungsspektrum bzgl. der Adressat_innen beworben. So folgt auf das vorangegangene Zitat: „Motiviert durch die positiven Betreuungserfahrungen mit meiner Mutter in Thailand, wollte ich diese neue Dienstleistung anderen Menschen ebenfalls zugänglich machen“, woraufhin die „neue Dienstleistung“ konkretisiert wird. Die Wirksamkeit und Mächtigkeit des hier analysierten Mutter-Narrativs als Prophylaxe-Joker gegen Kritik zeigt sich auch daran, dass es in jedwede Erzählung von der Einrichtung durch den Einrichtungsleitenden eingebunden wird. Ob in Talkshows, einem vom Einrichtungsleitenden verfassten Buch oder deutschen/Schweizer Zeitungsartikel: Die erste Einrichtung für demenzkranke deutschsprachige Menschen in Thailand tritt diskursiv (nicht nur in diesem Text, sondern allgemein) nicht ohne das (die Einrichtung als moralisch einwandfreies Angebot legitimierende) Mutter-Narrativ auf. Der Grund hierfür liegt in den bedeutsamen Funktionen, die es zu erfüllen vermag: Es negiert nicht nur die Bedeutung der geografischen Ferne Thailands, sondern negiert zudem eine Gefahr/Kritik, die im Kontext von Demenz stets von Bedeutung ist und auch in Bezug auf Pflegeheime in Deutschland/der Schweiz relevant ist: Dass Angehörige entgegen der Wünsche und nicht zum Wohle der Erkrankten über ihren Kopf hinweg bedeutsame Lebensentscheidungen für sie treffen. Die analysierten Aussagen sollen verdeutlichen, dass dies hier nicht der Fall, eine solche Kritik nicht angebracht ist.

Hindernis Sprache? Sprachlosigkeit und Anderssprachigkeit als Ressourcen!

Ausgehend von der Kritik-Prophylaxe-Arbeit und den Konstruktionen als verantwortungsvoll handelnder Sprecher, werden in der Folge innovative „Feststellungen“ gemacht, die, in Anführungszeichen stehend, den Eindruck erwecken, als seien sie andernorts und früher schon einmal geäußert worden. Dies, sowie die Feststellungen im Allgemeinen, stellen eine weitere Strategie dar für die Prävention vor Kritik. Anhand einer „Feststellung“, die im Kontext der thailändischen Einrichtungen für deutschsprachige Erkrankte von besonderer Bedeutung ist, zeigt dieses Kapitel, dass die Einrichtung Erkrankten sogar neue Chancen für ihr Selbsterleben ermöglicht. Eine auf den ersten Blick als Hindernis erscheinende Anordnung (Verschiedensprachigkeit des Betreuungspersonals und der Erkrankten) wird inszeniert als neue Ressourcen mobilisierend und knüpft damit implizit an populäre diskursive Kontexte der Bedeutsamkeit von Aktivierung in der Altenpflege und bei Demenz an (vgl. etwa Hofmann 2012; Radenbach 2014). Wie die Aussagen dies arrangieren, sehen wir uns hier an. Die im Text selbst als „Feststellung“ benannte Aussage, die sich auf die Verständigung zwischen den Erkrankten („Gäste“) und den Betreuer_innen richtet, ist: „Die Suche nach neuen Kommunikationsformen kann neue Ressourcen wachrufen und bereits vorhandene Defizite überdecken.“ Daran schließt sich der folgende Text an:

19 „Vielleicht ist dies eine Ihrer ersten Fragen: „Wie verständigen sich denn die Gäste mit ihren Betreuerinnen

20 und Betreuern?“

21 Diese Frage habe ich mir natürlich vor zwei Jahren auch gestellt.

22 Vor allem dann, wenn meine Mutter alleine mit einer thailändisch sprechenden Betreuerin zusammen ist.

23 Ich muss zugeben, dass ich anfänglich grosse Hemmungen und ein beklemmendes Gefühl hatte.

24 Ich habe meine Mutter damals „ins kalte Wasser geworfen“. Habe ihr gesagt, dass ich jetzt zwei Stunden in

25 die Stadt müsse. Sie habe ja eine Kollegin, die bei ihr sei. Ich würde ja auch gleich wieder zurückkommen.

26 Sie war nicht begeistert und realisierte damals noch, dass ihre Betreuerin sich einer anderen Sprache bediente.

27 Als ich zurückkam, war meine Mutter mit ihrem Fotoalbum am Philosophieren. Sie hatte zweifellos eine

28 interessierte Zuhörerin. Nebenbei amtierte sie auch noch als Deutschlehrerin, indem sie versuchte, Sätze aus

29 einem thailändischen Deutschunterrichtsbuch ihrer Schülerin laut und deutlich fehlerfrei vorzutragen.“

Die Strategie des Stellens einer kritischen Frage (Z. 19f.) ähnelt der in den vorigen Kapiteln erläuterten. Sie unterscheidet sich jedoch in Bezug auf das Arrangement zwischen Sprecher und Adressat_innen: Nun wird den Leser_innen direkt eine Frage zugeschrieben, die sie sich „vielleicht“ (Z. 19) stellen. Im Folgenden liegt der Fokus auf dem Zitatausschnitt nach dieser Frage (ab Z. 22), auf der Er-

zählung davon, wie die Mutter erstmals alleine mit einer thailändischen Betreuerin gelassen wurde. Der Sprecher selbst, erneut als verantwortungsvoll (handelnd und fühlend gegenüber der eigenen Mutter) auftretend („anfänglich grosse Hemmungen und ein beklemmendes Gefühl“, Z. 23), verweist die Mutter an „eine Kollegin, die bei ihr“ (Z. 25), sowie darauf, dass er bald wieder da sei. Die Perspektive der Mutter erhält, durch den Sprecher antizipiert als „Sie war nicht begeistert und realisierte damals noch, dass ihre Betreuerin sich einer anderen Sprache bediente“ (Z. 26), in der Aussage Raum. Während die auf die Mutter zielende Konstruktion „realisierte damals noch“ (ebd.) nebenbei das Wissen mitliefert, dass dieses Thema weniger ein Problem wäre, wenn man dies *gar nicht mehr* realisierte, verdeutlicht die folgende Schilderung des Bildes nach der Rückkehr des Sprechers zur Mutter und ihrer Betreuerin: Es war nicht nur kein Problem, sie mit einer anderssprachigen Betreuerin alleine zu lassen. Nein, hier geschieht mehr: Die Mutter wurde in der Zwischenzeit zur Philosophin, die durch eine interessierte Zuhörerin Bestätigung findet, und „nebenbei“ (Hervorh. D.B., Z. 28) als „Deutschlehrerin“ (ebd.) amtiert. Das Wort „nebenbei“ (ebd.) sorgt gemeinsam mit den zuvor geäußerten Bedenken, die Mutter alleine zu lassen, dafür, das im Aussagekontext als erstaunlich wirkend konstruierte Bild (die Mutter agiert als Philosophin und Deutschlehrerin mit einer anderssprachigen, *interessiert* zuhörenden Person) als natürlich und wenig beschwerlich einzufärben. Die Aussagen rücken die *besondere*, sowohl für die Mutter als auch für die Deutsch lernende Betreuerin *Gewinn bringende Beziehung* zwischen beiden in den Vordergrund.

In der Folge werden die Leser_innen über außergewöhnliche Kenntnisse und Leistungen der thailändischen *Betreuer_innen* informiert, indem ihr Nichtverstehen der deutschen Sprache anhand eines Beispiels neuerlich als Gewinn inszeniert wird:

30 „Ich bin nicht gefeit vor so genannten „Argumentationsfallen“. Wenn meine Mutter mir krampfhaft erklärt,

31 dass sie auf der Toilette die Hosen nicht runterlassen kann, weil es „zerbricht“.

32 Wenn ich dann versuche, verstandesmässig herauszufinden, was denn hier zerbrechen würde, dann entgegnet

33 sie mir, dass ich nicht so blöd fragen solle, ich wisse doch sehr genau, was sie meine.

34 Die thailändischen Betreuerinnen führen meine Mutter sprachlos oder anderssprachig durch solche Prozesse.“

„Normale“, nicht demente Leser_innen sind die Adressat_innen¹³ der Aussagen: Sie *wissen*, dass es normal wäre, auf der Toilette bedenkenlos die Hosen hinunterzuziehen. Dass der Fokus hier aber ausschließlich auf der von der Normalität abweichenden Perspektive der Mutter bzw. dem richtigen und falschen Umgang mit dieser liegt, verdeutlichen die folgenden Aussagen. Der Umgang der thailändischen Betreuerin mit der Mutter besteht darin, dass sie ihr eine Bühne gewährt und selbst – der Aussage zufolge – die Rolle der interessierten Zuschauerin einnimmt. Die Aussagen konstruieren einerseits in Bezug auf das Philosophieren mit dem Fotoalbum, dass die *Sprache unwichtig* ist und mehr noch: Verbale Kommunikation in derselben Sprache gar hinderlich ist (vgl. Z. 32f.). Andererseits dient die *Unterschiedlichkeit der Sprache* zur Inszenierung der Mutter als bedeutsam und in einer besonderen Rolle agierend. Dass nicht die Mutter hier wirklich (in Anbetracht sich reduzierender kognitiver Leistungen) eine beachtenswerte Leistung vollbringt, indem die thailändische Betreuerin *tatsächlich* Deutsch durch sie

lernt, sondern vielmehr die Betreuerin ihr den Raum lässt, *sich als Deutschlehrerin zu inszenieren*, indem sie selbst zur Schülerin wird, verdeutlicht das Wort „versuchte“ (Z. 28): Indem die Mutter nur „versuchte, Sätze aus einem thailändischen Deutschunterrichtsbuch ihrer Schülerin laut und deutlich fehlerfrei vorzutragen“ (Hervorh. D.B., Z. 28f.), *tat sie es nicht wirklich*. Der Konstruktion der Aussagen zufolge wird die thailändische Betreuerin zum stummen Publikum der demenziell veränderten, aber superioren, als Deutschlehrerin und Philosophin agierenden Mutter, welche sich als kompetent erfahren kann, ohne dies tatsächlich zu sein. Ohne dass der thailändischen Betreuerin eine Subjektposition als professionelle Pflegende zugewiesen wird, tritt sie so als besonders kompetent im Umgang mit der dementen Mutter auf. Dies geschieht, indem die Aussage in Z. 34 sie als „thailändische Betreuerin“ (Hervorh. D.B.) in kulturalisierender, essentialistischer und nationalisierender Zuschreibung als *natürlich* gut geeignet für die Pflege demenziell veränderter Menschen entwirft.

In Bezug auf die Mutter ist hinsichtlich der Verknüpfung der Aussagen in dem Text zu sagen, dass sie bezüglich ihres Status von einem unmündigen Menschen, über dessen Kopf hinweg entschieden wird, je nach Aussagekontext und Funktion der Aussagen nun auch – durch die Aussagen zur thailändischen Betreuerin – als jemand auftritt, die *als Person* Anerkennung findet und ernst genommen wird. Dass dies zu Unkosten des Sprechers selbst geht, der als „nicht gefeit vor so genannten „Argumentationsfallen“ (Z. 30) auftritt, verdeutlichen die Funktion der „Feststellung“ und der darauf folgende Text: Im Fokus steht hier eine positive Darstellung der thailändischen Betreuer_innen, um Beweise ihrer Fähigkeiten, über die *wir*, die Leser_innen, die deutschsprachigen Angehörigen (inkl. dem Sprecher selbst), nicht verfügen. Warum ist es wichtig, die Integrität und Kompetenz der thailändischen Betreuer_innen abzusichern, und dies im Kontrast zum Sprecher zu vollziehen, der dabei selbst als weniger adäquat im Umgang mit der erkrankten Mutter wirkt?

Es geht hier zuvorderst nun um die Bewerbung der konkreten Gestaltung des Lebensalltags der Erkrankten in der Einrichtung: Die Verantwortung, die den Angehörigen für die Erkrankten zufällt, muss nicht nur an den Leiter der Einrichtung abgegeben werden, sondern an die thailändischen Betreuer_innen, die die tägliche Sorge um die Bewohner_innen übernehmen. Interessant ist, dass durch die konstruierte Inkompetenz des Sprechers dieser seine vertrauenswürdige Sprecherposition nicht gefährdet, sondern sie im Gegenteil absichert: Indem Schwächen „zugegeben“ werden, macht dieser sich nur *noch* glaubwürdiger als Angehöriger, dem es nur um das Wohl der Mutter geht. Möglich ist dies erst ausgehend von der bereits vollbrachten Arbeit an der Sprecherposition als verantwortungsvoll.

511 Jahre später: Zur Wirkmächtigkeit des analysierten diskursiven Aussagefeldes

In diesem Kapitel wird die Bedeutung des analysierten Textes im Kontext dieser spezifischen Einrichtung und insbesondere auch im Kontext anderer, in der Folge entstandener Einrichtungen mit Pflegeangebot für deutschsprachige Senior_in-

nen, vorgestellt. Dies zeigt gleichsam die Wirkmächtigkeit und Bedeutsamkeit der hier präsentierten „doing discourse“ Strategien, die im Vortragstext wirken.

So sind manche der hier betrachteten Strategien der Erarbeitung von Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Ernsthaftigkeit und Moralität des Angebotes spezifisch auf diese Pflegeeinrichtung gerichtet und vielleicht auch auf sie beschränkt, so etwa die Schaffung der glaubwürdigen, verantwortlich handelnden Sprecherposition des Einrichtungsleitenden als Angehöriger in Verbindung mit dem Mutter-Narrativ. Diese wurden nicht nur im Vortragstext auf der Homepage, sondern an diversen Schauplätzen publiziert und von dem Einrichtungsleitenden oft wiederholt. Unter Einbezug weiterer Publikationen zur Einrichtung (wie TV-Beiträge, Zeitungsartikel usw.) lässt sich sogar feststellen, dass die Mutter des Einrichtungsinitiators und Leiters zur zentralen Figur in der Geschichte um den Entstehungsmythos der Einrichtung aufgestiegen und damit nicht nur in dem analysierten Text von Bedeutung ist. Vielleicht lässt sich mit diesen Strategien auch der Erfolg dieser stets stark nachgefragten und populären Einrichtung erklären.

Zudem nutzen Initiatoren anderer, ähnlicher Institutionen in Thailand, die offenbar von dieser Einrichtung (und ihrem Erfolg) zur Eröffnung einer eigenen inspiriert wurden, einige der hier analysierten wirkmächtigen Narrative und Strategien. Sogar die Mutterfigur (bzw. die durch sie entfaltete Macht) und ihre Funktionen in Narrationen des Entstehungsmythos zirkulieren und treten in anderen Gründungsgeschichten ebenfalls auf: So erzählte uns ein anderer Einrichtungsleiter auf die Frage nach der Idee zur Gründung der Einrichtung davon, dass er durch seine Mutter zu der Idee gekommen sei, die Einrichtung zu eröffnen. Die Qualität der hier analysierten versierten und elaborierten Darstellung des Einrichtungsleiters und die Überzeugungskraft, die sich ausgehend von den analysierten Aussagen entfaltet, fehlen in diesem Zusammenhang allerdings. Eine schlichte Einbindung der eigenen Mutter (ohne etwa die aufgezeigten Sprecher- und Adressatenkonstruktionen) in die Gründungsgeschichte der Einrichtung alleine führt nicht dazu, so vielfältige Funktionen wie in der obigen Darstellung zu mobilisieren.

Die Untersuchung macht weiterhin darauf aufmerksam, dass seit der Eröffnung der ersten Einrichtung vor 11 Jahren und der durch sie in den Diskurs um Pflege und Demenz eingespeisten diskursiven Aussagesfelder ein bedeutsamer Teil der hier analysierten Strategien zirkuliert. Ausgehend von den hier analysierten Aussagen und den ihrer Verkettung inhärenten Strategien, wuchert(e) Diskurs weiter. Aus den situational und kontextgebundenen Äußerungen des Einrichtungsleitenden wurden *Aussagen*, die in anderen Äußerungssituationen, durch andere Sprecher_innen (insbesondere Einrichtungsleitende, aber auch Bewohner_innen) wieder (und nur *scheinbar neu*) mit Bezug auf andere Einrichtungen geäußert wurden.

Als bedeutsames empirisches Beispiel der Zirkulation der hier analysierten Strategien dient der Vortrag einer Einrichtungsleitenden einer weiteren Einrichtung in Thailand an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Anfang des Jahres 2015. Im Vortrag der Einrichtungsleitenden schildert diese zuerst, dass die Betreuer_innen oft mit den Erkrankten zusammen Fotos und Erinnerungen aus ihrer früheren Biografie ansähen. Hierauf erläutert sie, dass „viele unserer Gäste“ nicht wüssten, dass sie in Thailand seien, obwohl man es ihnen sage. Es folgte die Erzählung: „Zehn Minuten später, wenn sie am Strand sitzen (...) und die Sonne untergeht, dann sagen sie: „Ja, der Bodensee ist immer noch schön“ oder irgendwie ein Weiher oder irgendwas. Dann sind sie in der Schweiz!“ Dass das hier ent-

worfene Bild fast 1:1 einem Zitat einer Bewohnerin aus dem hier analysierten Vortrag des Einrichtungsleitenden der ersten Einrichtung entspricht, verdeutlicht die Anschlussfähigkeit der diskursiven Konstruktionen *par excellence*. So steht im Vortrag dort: „Ach, der Bodensee ist heute wieder friedlich im Sonnenschein.“ Die 82-jährige Bertha hat dies an einem schönen Sonnenuntergang am Ping River in (...), während ihres dreimonatigen Ferienaufenthalts, gesagt.“ Dies zeigt die Reproduktion der in Äußerungen des Einrichtungsleitenden der ersten Einrichtung geschaffenen Konstruktion von „Demenz als Ressource für mobile Heimatgefühle/Vorstellungen/Erinnerungen.“

Auch die Konstruktion der „Bedeutungslosigkeit der Sprachdifferenz“ wie auch kulturalisierende, homogenisierende Darstellungen der Eignung von Thais als *ideale* Pflegekräfte, wurden in dem o.g. Vortrag der Leitenden einer anderen thailändischen Einrichtung in Bezug auf Erfahrungen in der eigenen Einrichtung *ohne* expliziten Verweis auf die erste Einrichtung wiederholt. So erzählte sie in ihrem Vortrag von einem Beispiel einer Bewohnerin, die sich „blendend“ mit ihren Pfleger_innen verstünde, obwohl sie in unterschiedlichen Sprachen miteinander kommunizierten: „Ich meine, ich habe viele Schweizer hier. Ich selber spreche Schweizerdeutsch. Aber wenn ich jetzt mit einem Schweizer äh der Demenz hat gehe und sprechen will, wir sprechen die gleiche Sprache, aber ich verstehe nicht, was er mir sagen will. Ich habe null Plan. Weil es ist Wortfindungsstörung, Äußerungsstörung und dann ist es relativ schwierig.“ Auch das Argument, dass es besser sei, die Sprache nicht zu verstehen weil man dann „böse Wörter“ nicht verstünde, wurde von ihr angeführt.

Die Wirkmächtigkeit solcher Aussagen anderer Einrichtungsleitenden scheint insbesondere im *fehlenden Verweis* auf die erste Einrichtung bzw. die fehlende Nennung der Quelle dieser Aussagen begründet zu liegen. Gerade der Eindruck, dass es sich hierbei *nicht* um Narrative, um -Legimitations- und Verkaufsstrategien wie abrufbare diskursive Halbfertigteile handelt, sondern um *neue Errungenschaften*, um innovative, bedeutsame (*eigene*) Beobachtungen im Kontext von Pflege und Demenz, ist hierbei von größter Bedeutung.

Vielleicht müssen die Spuren auf dem Weg zum Äußerungskontext verwischt werden, um jene Argumente auf die eigene Einrichtung übertragen zu können. Es scheint zumindest, als seien die analysierten Äußerungen des Vortrags zu Aussagen geworden, die in anderen Äußerungssituationen neu formuliert ihre Wirkkraft entfalten. Letztlich wird auf diese Weise ein kohärentes, an verschiedenen Stellen durch diverse Stimmen im Diskurs ausgesprochenes Wissen um neue, nationalstaatenübergreifende Pflegearrangements (re)produziert, die ein besseres Altern bei Vorliegen demenzieller Erkrankungen in Thailand versprechen.

6 Fazit

Der vorliegende Beitrag verdeutlichte Strategien und diskursive Spuren der Schaffung von Anschlussfähigkeit, Normalisierung, Legitimierung und Moralisierung jenes Angebotes, demenzzranke deutschsprachige Menschen in Thailand von Thailänder_innen betreuen zu lassen. Diese Strategien inkludieren die Relevanzsetzung spezifischen (diskursiven) Alltagswissens zum Leben im Alter, „normalen“ Betreuungs- und Pflegestrategien, dem („normalen“) Umgang mit Demenz

und auch Normalitätsbildern, die „nicht Demente“ von „Dementen“ haben. Diese diskursiven Kontexte der analysierten Aussagen wurden an den jeweiligen Stellen unter Bezugnahme auf Literatur zu Pflege und Demenz im deutschsprachigen Raum inhaltlich aufgearbeitet. So wurde deutlich, in welchem diskursiven Kontext sich die Existenz dieser Einrichtungen und zugleich ihre Bewerbungsoptionen bewegen. Gleichzeitig erarbeiteten die Aussagen des Textes durch die Mobilisierung von Normalitätswissen für die Sprecherposition des Einrichtungsleitenden eine *moralische Sprecherrolle mit Autorität*, die ebenfalls mithilfe hier rekonstruierter Strategien geschaffen wurde und diskursives Normalitätswissen hinsichtlich der Verantwortung und des richtigen Umgangs von Angehörigen mit ihren erkrankten Familienmitgliedern einband und offenbarte.

Von dort aus, also gerade indem unser diskursives Wissen um Demenz und den „richtigen“ pflegerischen Umgang sowie die Bedeutung verantwortungsvollen Handelns der Angehörigen aufgerufen und validiert wurde, konnte der diskursive Kontext modifiziert werden, indem dieses Wissen quasi in einen transnationalen Raum verlegt und an diesen angepasst wurde: Die Krankheit Demenz wird als *Ressource* für Sprachdifferenzen oder die Bedeutung von Heimat entworfen. Dabei folgt die Darstellung folgender Logik: Sie, die Krankheit, ermöglicht es, wenn wir dem Blick der Demenzkranken folgen, die *eigentlich* Ort- und Nationalstaatsengebundene Heimat mobil werden zu lassen.

Ebenfalls schafft das neu produzierte Aussagensfeld es, die Bedeutung sprachlicher Kommunikation in den Hintergrund treten zu lassen und zugleich von Sprachdifferenzen zu profitieren. Dies sind nur zwei Beispiele der zuvor umfassenden Erläuterungen zu Strategien der Hervorbringung von Rearrangements von Wissen um Alter(n), Demenz und um den verantwortlichen Umgang mit Erkrankten im Transnationalen. Dieses Rearrangement von Wissen durch die Aneinanderkettung von Aussagen, das durch spezifisch eingesetzte Strategien erst seine Anschlussfähigkeit und Glaubwürdigkeit erhält, verknüpft Aussagefelder neu miteinander: Ein neuer Diskurszusammenhang organisiert sich. Dass die Akzeptanz und Anschlussfähigkeit schaffenden analysierten Aussagen des Textes mehrfach an verschiedenen Orten und auch durch verschiedene Sprecher ähnlich wiederholt wurden, zeigt empirisch, dass sie in diskursive Aussagefelder eingeschrieben sind.

Die Wege, die Diskurse laufen, die Spuren, die sie dabei hinterlassen, offenbaren und begrenzen gleichsam Möglichkeiten, *in ihrer Logik* neue Wege zu gehen, noch nicht Denkbare denk- und sagbar, damit auch annehm- und umsetzbar zu machen. Diskursive Verschiebungen werden im Folgeleisten von Diskursregeln möglich, wenn – wie in diesem Beitrag dargestellt – aus dem Diskurs heraus gesprochen wird. Dass Texte, Diskurs, in spezifische Zusammenhänge gebrachte Aussagen folgenreich sind, wurde im vorliegenden Beitrag durch das Aufzeigen des empirischen Zirkulierens wirksamer Verkaufsstrategien für den Kontext institutionalisierter Pflegekonstellationen dementer deutschsprachiger Menschen in Thailand verdeutlicht.

Die vorgelegte diskursanalytische Annäherung an das Thema gibt erste Aufschlüsse darüber, nach welchen Regeln dieser „neue“ diskursive Weg sich verästelt: Er läuft individualisierend. Gerade über biografische Narrationen oder Erzählungen von Einzelfällen (Bsp. Bodensee) und deren positive Erfahrungen in Thailand entfaltet sich jene Macht, die das Angebot als überzeugend auftreten lässt. Das Zielen der Einrichtungen auf Individuen, welches sich auch im Erzählen von Einzelfallerfahrungen widerspiegelt, steht im Kontrast zur Realität in

deutschen Pflegeheimen. Fast nebenbei wird eine Alternative zu solchen Institutionen entworfen, die schon seit langem viel kritisiert werden für in ihnen entstehende Phänomene der Vermassung und Entindividualisierung (vgl. Friese 2014; Bernhardt 2007). Die Vorstellung einer neuen Pflegeideologie tritt als untrennbarer Bestandteil der Bewerbung der Einrichtungen auf. Diese im Transnationalen wirksam werdende Pflegeideologie, zugeschnitten auf Demenzzranke, wird verkauft an ihre Angehörigen und lebt gerade davon, nationale und kulturelle Differenzen relevant zu setzen und zu überhöhen, um sie unter Stärkung einer *etwas anderen* Perspektive – die als die „der Dementen“ präsentiert wird – als bedeutsam und gewinnbringend zu inszenieren. Die ressourcenreiche Krankheit Demenz fungiert als Joker, der alle diskursiven Einwände auszumerzen versteht.

Wer als Angehöriger das Angebot der „moving care recipients“ wahrnehmen möchte, kauft gleichsam diese neue, transnational angelegte Pflegeideologie mit. Der die Angehörigen als die wahren Leidenden positionierende Diskurs gibt ihnen zugleich ein gutes Gefühl mit: Ihre verantwortungsvoll getroffene Entscheidung folgt der Perspektive (und dem Wohl) der demenziell veränderten Menschen. Ohne damit explizit die Pflegerealität hierzulande als Kontrast zu betonen, rufen die thailändischen Institutionen sie mit auf und beantworten im Ungesagten die kritische Frage „Ist *das* wirklich Abschieben?“ still mit einem „Nein!“

Anmerkungen

- 1 Während „Demenz“ verschiedene Syndrome kognitiven Abbaus subsumiert, stellt die Demenz vom Typ Alzheimer die häufigste Form mit 64 bzw. 72% dar, die sich zudem durch ihren progredienten Verlauf ausweist (vgl. Becker 2010, S. 17). Dass die analysierten Daten meist den Begriff „Alzheimer“ mobilisieren, kann mit der Verbreitung dieser Form unter den demenziellen Erkrankungen und mit dem Ort des Alzheimerkongresses zusammenhängen, auf dem der analysierte Vortrag gehalten wurde.
- 2 Die Bezeichnung der Deutschsprachigkeit verweist darauf, dass das hier untersuchte Angebot der thailändischen Einrichtungen insbesondere von Schweizer_innen und Deutschen wahrgenommen wird und auch die Einrichtungsleitenden nur die Schweiz und Deutschland thematisierten, während andere deutschsprachige Länder wie Österreich oder Südafrika weder direkt von den Einrichtungsinitiator_innen benannt wurden noch Bewohner_innen der Einrichtungen von dort kamen. Wenn hier demnach vom deutschsprachigen Raum die Rede ist, so bezieht sich dies ebenfalls auf die Schweiz und auf Deutschland, es sei denn, es wird von mir nur eines der Länder benannt. In dem Falle wurde in den untersuchten Aussagen auch nur das spezifische Land aufgegriffen.
- 3 Im Rahmen des Beitrages werden sowohl die Einrichtung als auch der Einrichtungsleitende aus Bemühungen um Anonymisierung heraus nicht namentlich genannt, da es für den Nachvollzug der vorliegenden Analyse keinen bedeutsamen Grund für eine Nennung gibt. Insbesondere soll jedoch die hier im Fokus stehende Einrichtung weder beworben noch diskreditiert werden. Dass es sich bei dem zentralen Datengegenstand der Untersuchung allerdings um einen online medialen Text handelt, aus dem zitiert wird, stellt eine durch mich nicht beeinflussbare Beschränkung der Anonymisierungsbestrebungen dar.
- 4 Der Begriff der Strategie unterstellt kein intentionales Subjekt, sondern bezieht sich auf spezifische diskursive funktionale Formierungsweisen des Einschreibens und Einbettens von Äußerungen in Aussagesysteme.
- 5 Der Begriff der diskursiven Kontexte verweist auf die Eigenheit der Verknüpfung von Aussagen mit ihren diskursiven Kontexten: Jeder aus Aussagen bestehende Text steht in einem vom Text selbst definierten Äußerungszusammenhang, der in ihn einge-

- schrieben ist, jedoch ist es Aufgabe der Lesenden, die formalen Äußerungsspuren in den Aussagen zu ‚finden‘ (vgl. Angermüller 2007a, S. 28). Die Kontextualisierung von Aussagen steckt demnach in ihnen selbst und deren Analyse zeigt uns, wie die Aussagen sich im Diskurs positionieren oder anders: was noch gewusst werden muss, um die Aussagen überhaupt zu verstehen.
- 6 Auf notwendige Neuerungen in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen verweist insbesondere der Altenquotient, der über das Verhältnis zwischen Menschen im Erwerbsalter und Rentner_innen Aufschluss gibt. So bemerkt Lehr, dass der Altenquotient 65, das heißt über 65-Jährige pro 100 Personen im Alter von 15–64 Jahren, aktuell bei 34,1 liege, im Jahr 2025 auf 41 und 2050 auf 56 bis 60 ansteigen werde (vgl. Lehr 2007, aktualisiert 2013).
 - 7 Des Weiteren wird dies deutlich anhand von Ratgebern für pflegende Angehörige von an Demenz Erkrankten (vgl. etwa Haberstroh/Neumeyer/Pantel 2011; Budna 2014 u.v.m.).
 - 8 Die auf der Homepage erwähnte deutsche Alzheimervereinigung, die es unter diesem Namen nicht gibt, wurde möglicherweise mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. verwechselt. Diese Selbsthilfeorganisationen „setzen sich bundesweit für die Verbesserung der Situation der Demenzkranken und ihrer Familien ein“ (DALzG 2013). Sie richten sich insbesondere an demenziell veränderte Menschen und ihre Angehörigen.
 - 9 Beispielsweise verweisen die obig zitierten Aussagen implizit auf solche diskursiven Kontexte bereits etablierten Wissens.
 - 10 Die Zeilennummerierungen wurden durch die Autorin des Beitrages eingefügt und dienen dem Versuch, den Leser_innen eine bessere Orientierung innerhalb der verwendeten Daten und ihrer Analyse zu bieten.
 - 11 Damit wird auch implizit transportiert, dass die Einrichtung ein bezahlbares Angebot ermöglicht. Später im untersuchten Text muss das eher vermiedene Thema der Finanzen nicht mehr explizit aufgenommen werden.
 - 12 Wenige Sätze zuvor wird die Lebensgeschichte der Mutter in ihrer Schweizer Wohnung auf 40 Jahre datiert, in deren Kontext sich die hier zitierte Aussage bewegt.
 - 13 Diese sich mit der Krankheit Auskennenden wissen zudem, zumindest können die hier analysierten Aussagen auch in diesem diskursiven Kontext verstanden werden, dass Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Demenzkranken und Pflegenden der Krankheit geschuldet sind. So wird auch in Ratgebern und Fachliteratur das Thema vielseitig beleuchtet und dabei nicht selten unterschieden zwischen „normaler“ Kommunikation und den Problemen in der Kommunikation, die der Erkrankung zuzuschreiben sind (vgl. Rückert 2004, S. 23). So ist auch von speziellen Kenntnissen von Pflegenden die Rede, um den hohen Kommunikationsanforderungen bei Demenz begegnen zu können (vgl. Josuks 2011, S. 118). Kurz: Der Diskurs hat das Thema Kommunikation im Kontext Demenz bereits umfassend bearbeitet, hier findet nun eine implizite Nutzbarmachung dieses Diskursstrangs statt.
 - 14 Zur Entstehung des Artikels hat Felix Platz dankenswerterweise in enger Zusammenarbeit beigetragen.

Literatur

- Angermüller, J. (2007a): Nach dem Strukturalismus. Theoriediskurs und intellektuelles Feld in Frankreich. Bielefeld.
- Angermüller, J. (2007b): Diskurs als Aussage und Äußerung. Die enunziative Dimension in den Diskurstheorien Michel Foucaults und Jacques Lacans. In: Ingo Warnke (Hrsg.): Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände. Berlin/New York, S. 53–80.
- Becker, D. (2010): Sein in der Begegnung. Menschen mit (Alzheimer-)Demenz als Herausforderung theologischer Anthropologie und Ethik. Berlin.

- Bender, D./Eck, S. (2012): Eine Gouvernementalitätsperspektive. Der Beitrag einer dispositivanalytischen Interviewforschung zur Explorierung transnationalen Wissens. In: Bender, Désirée/Duscha, Anne/Huber, Lena/Klein-Zimmer, Kathrin (Hrsg.): *Transnationales Wissen und Soziale Arbeit*. Weinheim, S. 61–79.
- Bender, D./Hollstein, T./ Horn, V./ Huber, L./ Schweppe, C. (2014): Mapping Transnationalism. Old-age care facilities and care-seeking elderly on the move. In: *Transnational Social Review – A Social Work Journal* 4. Jg., Heft 2–3, S. 290–293.
- Bender, D./Hollstein, T./Schweppe, C. (2015): Alt werden im ‚Land des Lächelns‘. Alteinrichtungen für deutschsprachige Ältere in Thailand und ihre globalen Verflechtungszusammenhänge. In: *Soziale Passagen. Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit* 7. Jg, Heft 1, S. 131–144.
- Bernhardt, B. (2007): Die Statuspassage „Einzug ins Pflegeheim“ aus der Perspektive pflegender Angehöriger. Welche Konsequenzen resultieren für den Auftrag der Sozialen Arbeit in stationären Einrichtungen als Beitrag zur Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses? Norderstedt.
- Bernhardt, B. (2014): Der Einzug des Pflegebedürftigen ins Heim – Grenzerfahrung für pflegende Angehörige. Wie kann Angehörigenarbeit in Pflegeheimen Betroffene unterstützen? Hamburg.
- Budna, E. (2014): *Demenz- und wie geht es weiter? Ratgeber für Angehörige und Betreuer*. Hamburg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): *Demenz: Lebensqualität verbessern und Pflegende unterstützen*. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/demenz.html> (18.06.2015).
- DAlzG: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2013): Über uns. <http://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns.html> (4.3.2015).
- Einsle, A. (2012): Rente in Thailand. All Inclusive bis ans Lebensende. In: *News.de*. <http://www.news.de/panorama/855283432/deutsche-rentner-in-thailand-schmarotzer-muessen-draussen-bleiben/1/> (11.12.2014).
- Friese, A.(2014): *Bildungsressourcen hochaltriger Menschen im Alten- und Pflegeheim. Eine qualitative Studie zu vorhandenen Ressourcen und faktischer Bildungsbenachteiligung von Menschen im hohen Lebensalter durchgeführt in einer stationären Senioreneinrichtung*. http://ibk-kubia.de/IBK-Dateien/PDFs/Nachrichten/Friese_Andrea_Dissertation_Bildungsressourcen.pdf (22.12.2014).
- Grond, E. (2014): *Pflege Demenzkranker. Impulse für eine wertschätzende Pflege*. 5. Aufl. Hannover.
- Haberstroh, J./Neumeyer, K./Pentel, J. (2011): *Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden. Kommunikation bei Demenz*. Berlin/Heidelberg.
- Hahn, A. (2012): Jauch-Talk zur Altenpflege: Darf man Oma nach Thailand abschieben? *Bild.de*. <http://www.bild.de/politik/inland/guenther-jauch/darf-man-oma-nach-thailand-abschieben-27038224.bild.html> (2.9.2015).
- Hermes, S. (o.J.): *Reise-Knigge Thailand. Tipps für das Land des Lächelns*. <http://www.stern.de/reise/fernreisen/ratgeber-asien-reisen/reise-knigge-thailand-tipps-fuer-das-land-des-laechelns-3876136.html> (1.7.2015).
- Hofmann, D. (2012): *Wir sind in Kontakt miteinander! Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz*. Hannover.
- Horn, V./Schweppe, C./ Bender, D./Hollstein, T. (2015): Moving (for) old age care abroad: Precarious promise or better care? In: Horn, Vincent/Schweppe, Cornelia (Hrsg.): *Transnational aging. Current insights and future challenges*. New York.
- Jöstl, J./Wieser, B. (2011): Auf der Suche nach dem Paradies? Einblicke in eine Studie zu „Amenity Migration“ in Cha-am und Hua Hin, Thailand. In: *ASEAS – Österreichische Zeitschrift für Südostasienwissenschaften*, 4. Jg, H. 1, S. 166–172.
- Josuks, H. (2011): Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen. In: Rogall-Adam, R./Josuks, H./Adam, G./Schleinitz, G.: *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden*. 2. Aufl. Hannover, S. 118–126.

- Kotsch, L./Hitzler, R. (2013): Selbstbestimmung trotz Demenz? Ein Gebot und seine praktische Relevanz im Pflegealltag. Weinheim/Basel.
- Lehr, Ursula (2007, aktualisiert 2013): Alterung der Bevölkerung. <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/auswirkungen/alterung.html> (18.6.2015).
- Maeße, J. (2005): Re-reading Foucault mit Lyotard. <http://www.johannes-angermuller.net/deutsch/ADFA/maesse.pdf> (6.7.2015).
- Mattissek, A. (2009): Die Aussagenanalyse als Mikromethode der Diskursforschung. In: Glasze, Georg/Mattissek, Annika (Hrsg.): Handbuch Diskurs und Raum. Theorien und Methoden für die Humangeographie sowie die sozial- und kulturwissenschaftliche Raumforschung. Bielefeld, S. 279–291.
- Müller, G. (2014): Ein Engel aus Polen. Wenn alte Menschen Hilfe brauchen. <http://www.zdf.de/37-grad/ein-engel-aus-polen-wenn-alte-menschen-hilfe-brauchen-film-ueber-auslaendische-pflegekraefte-34615600.html> (1.7.2015).
- Newerla, A. (2012): Der Alltag des Anderen. Familiäre Lebenswelten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2012/9037/pdf/NewerlaAlltagAnderen.pdf> (1.7.2015).
- O.A. (2015): Wohnen im Alter Internet GmbH <http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenheime-servicewohnen-thailand.html> (30.1.2015).
- Pentzold, C./Fraas, C./Meier, S. (2013): Online-mediale Texte: Kommunikationsformen, Affordanzen, Interfaces. In: Zeitschrift für germanistische Linguistik, 41. Jg., H. 1, S. 81–101.
- Radenbach, J. (2014): Aktiv trotz Demenz. Handbuch für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. 3. Aufl. Hannover.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/PRM-24077-Expertise--Qualitat-in-Pflegeh,property=pdf.pdf> (2.9.2015).
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was zu tun? Bertelsmann Stiftung https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (2.9.2015).
- Rückert, W. (2004): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz: Lehr- und Lernmittel für den Pflegealltag. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Menschen mit Demenz erreichen – Hilfen zur Kommunikation. Köln, S. 23–30.
- Schimany, P. (2003): Die Alterung der Gesellschaft. Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs. Frankfurt a.M.
- Statista (2015): <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157217/umfrage/prognose-zur-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-bis-2030/> (1.9.2015).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, H.2. http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (1.9.2015).
- Tschainer, S. (2002): Hilfen für Angehörige. In: Hallauer, J.F./Kurz, Aa.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 100–103.
- Uni Mainz, AG Sozialpädagogik. Aktuelle Forschungsprojekte. <http://www.sozialpaedagogik.fb02.uni-mainz.de/227.php> (14.9.2015).
- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (28). https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9663 (18.6.2015).
- Wetzstein, V. (2010): Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. In: Christen, M./Osman, C./Baumann-Hölzle, R. (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern, S. 53–70.