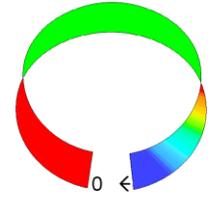


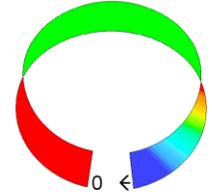
PCC

0. Zwei Perspektiven



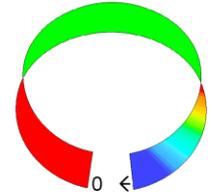
- Locke: Person wird durch die Einheit des Bewußtseins definiert: bewußtes Subjekt mit moralischer Verantwortung, Vernunft und Gewissen (Merkmalsdefinition)
- Hegel: wechselseitige Anerkennung – mit „Person“ fasst man die moralischen Hinsichten zusammen, unter denen Menschen als Gleiche zu behandeln sind – Symmetrie (sozialer Interaktionismus)

Begriff Person

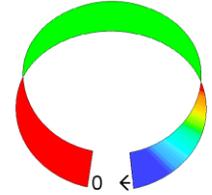


- Mensch – Gattungsbegriff
- Individuum – Einheit im Raum und Zeit in Abgrenzung zur Gruppe
- Subjekt – Ich bin das Zentrum meiner Welt, die Summe des Erfahrens und Erlebens
- Person – Wertbegriff, erlaubt mehr oder weniger (personare, prosopon): Gleichheit, Reziprozität, Resonanz, Nivellierung von Unterschieden - in Hinblick auf Demütigungen sind wir die ‚Gleichen‘ (R.Rorty)
- McCormack: being in relation, being in a social world, being in place, being with self

1. Entstehungskontext



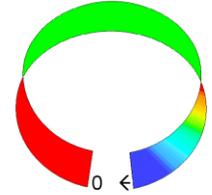
- Medizinisches Verständnis enthält wenig Ansätze für die pflegerische Gestaltung von Kontakt, Beziehung, Alltag
- Notwendigkeit für Schulungen, Konzepte pflegebetonten Ansatz zu schaffen
- Professionelle aus verschiedenen begleitenden Berufen haben seit den 60ern PCC zur Fundierung herangezogen



Carl Rogers

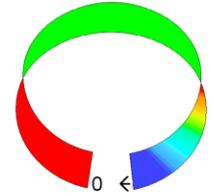
Die Schlüsselidee: Menschen haben die **Fähigkeit, ihre Schwierigkeiten verstehend zu durchdringen und für sich Lösungen zu finden um sich zu verändern, anzupassen, zu assimilieren.** Voraussetzung für diese Fähigkeit ist eine **Beziehung**, eine Verbindung zu einem aufmerksamen, wohlmeinenden, spiegelnden Zuhörer, der/die sich an drei Haltungen hält (Authentizität, Empathie sowie unbedingte Wertschätzung) und zurückmeldet, was er /sie verstanden hat. Indem der Klient die Rückmeldung erhält, **kann er/sie sich selbst aus einer Vogelperspektive von außen wahrnehmen (sieht sein Inneres aus einer externen Perspektive)** und ist durch diese **Distanzierung in der Lage, sich dazu zu positionieren.** Im Rahmen dieses Beziehungsprozesses kann der Klient **zunehmend Verantwortung für sich selbst übernehmen und das eigene Leben eigenständig managen.** Viele Konzepte in der Sozialarbeit nehmen von diesen Grundvorstellungen ihren Ausgang. (in der Pflege: Peplau)

2. Personenzentrierte Grundhaltung



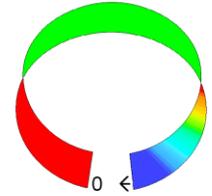
- **Über Masken und Rollen hinauswachsen**, das Prinzip des personalen Gegenübers wahren: Spontaneität, Wärme, Gefühle zeigen, Identifizieren, Wagnis
- Menschen als **Individuen behandeln**, ihre Rechte respektieren, wechselseitiges **Vertrauen aufbauen**, eine therapeutische Beziehung entwickeln (McCormack)
- Trotz vorhandener Risiken ist **personale Begegnung die einzige Möglichkeit, Personen (mit Demenz) zu erreichen**; sonst wird Kontakt oberflächlich, kurz, flüchtig, funktional, maskenhaft, objektifizierend, vermeidend (F.Gibson)
- **Nicht mehr Orientierung an der spezifischen Expertise und Ablaufnotwendigkeiten des Professionellen**, sondern an Bedarfen und Bedürfnissen des Klienten. Letztere gehen oft weit über die Expertise hinaus (Vernoij-Dassen 2016)

Grundhaltungen PCC



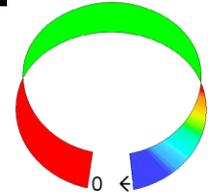
- Das Nicht-Ableitbare (Individuelle, Eigentümliche, Nicht-Standardisierte) bildet den Kontext für Kontakt
- Nicht-klinische Beschreibungsbilder (Person, nicht Funktion)
- Proliferation von Möglichkeiten anstelle von e pluribus unum (d.h. standardisierte Abläufe, Pflege-Parcour)
- Zentral: Patienten Wahlmöglichkeiten schaffen, die Autonomie fördern
- Je zentraler die Vorgaben und je einheitlicher der Rahmen, desto mehr schwindet Entscheidungsspielraum und damit die Möglichkeiten individueller Lösungen (Spielräume, Zeit)

IOM, WHO



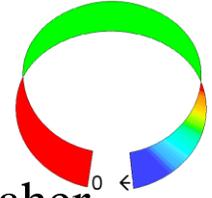
- Institute of Medicine (IOM) 2001: *PCC encompasses qualities of compassion, empathy and responsiveness to the needs, values and expressed preferences of the individual patient*
- *Integrated People-Centred Care: Care sollte in Übereinstimmung mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten erfolgen, um ihre ‚life-course needs‘ zu erfüllen. Patienten sind Co-Produzenten des Gesundheitswesens, nicht dessen ‚Objekte‘. (partnership bet. provider & receiver)*
- *PCC Rahmentheorien beziehen sich auf: Qualitäten der Mitarbeitenden, Interaktions- und Kommunikationsweisen, Koordinierung der Versorgung und Dienstleistungen, die Pflege/Versorgungsumgebung, die Ergebnisse der Pflege*

McCormack/McCance (2006): person-centred nursing framework



- Grundvoraussetzungen: Merkmale der Pflegekraft (Kompetenz, interpersonale Fähigkeiten, engagiert und pflichtbewußt, klare Überzeugungen und Werte, Selbstkenntnis)
- Pflegeumgebung: skill mix, shared decision making*, kollegiale Zusammenarbeit, unterstützende organisationale Merkmale, Teilen der Macht, Potential für Innovation und Risikobereitschaft > Pflege- und Führungskultur (entscheidend für das Gelingen oder Scheitern von PCC)
- PCC-Prozess: mit den Überzeugungen und Werten der Patienten arbeiten, Engagement, freundliche Kommunikation & Interaktion (sympathetic presence), shared decision making (verhandlungsbereitschaft), gute Körperpflege
- Erwartete Ergebnisse: Zufriedenheit mit Pflege und Versorgung, Einbezug in die Pflege, Wohlbefinden, therapeutische Umgebung, Arbeitszufriedenheit der Pflegenden

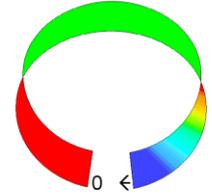
Kritik



- PCC uneinheitlich definiert und nicht genügend operationalisiert, daher nicht messbar und überprüfbar
- Wichtig: je operationalisierter, desto messbarer, desto eher eingängig in Akkreditierungssysteme, desto eher relevant für Kostenstrukturen
- Daher oft nur gefordert (Rhetorik), aber ungenügend umgesetzt (Gefahr der Irrelevanz für die Praxis), z.B. genau WIE (konkrete Praktiken) wird empowerment ermöglicht?
- Sehr verschiedene PCC-Diskurse, wenig übergreifende Konzepte, Dominanz des gerontologisch-gerontopsychiatrischen Diskurses, weitgehende Beschränkung der Forschung auf isolierte Felder („Silos“), wenig Austausch über Bereiche, Teams, Organisationen, Berufe hinweg

- 
- Tatsächliche Dominanz aufgabenorientierter, funktionaler Pflege: wenig Spielräume, keine Möglichkeit zur Setzung von Prioritäten: man kann nichts ‚weglassen‘
 - Tatsächlich: die Patienten müssen sich an die Systeme anpassen, (generalisierte Bedürfnisannahmen und Vergleichgültigung des Individuellen)
 - Strukturen(Praxiskontext) werden zu wenig in den Blick genommen: Dienstzeiten, Teamdynamiken, Kommunikationssysteme, Umgang mit Risiken und Verantwortung (Rechtssicherheit), Umgang mit Assistenzkräften, Teamzusammensetzung (Sprachen, Kulturen, Qualifikationen, skill mix) etc.

Implementierung

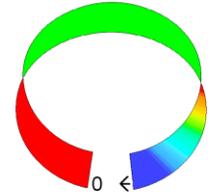


- Starke Assoziation mit Arbeitsbedingungen, Teamzusammensetzung, Teamkultur, Größe, Grad der Qualifizierung
- Coaching, direktes Feedback, Kultur der Konfliktlösung,
- Unterstützende und engagierte Leitende/Führende > Rollenmodell:

Leitende: PCC persönlich verkörpern (PCC kennen und selber praktizieren), PCC-Ziele setzen und operationalisieren/ konkretisieren (in die Abläufe ‚einpflügen‘), PCC-Atmosphäre (Vertrauensvolle Beziehungen, Respekt, enger Austausch, Ermutigung zur Flexibilität und Innovation, Thementräger aufbauen), PCC-Teampotential entwickeln (Positionen klären, Gruppendynamik, Begabungen identifizieren und nutzen), PCC-Unterstützungsstrukturen optimieren (Fallbesprechungen, Pflegeplanungen) > transformationale Leitungen

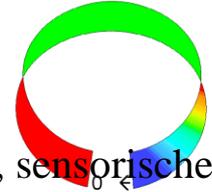
- Strukturen: verbindliche Befragungen, Pflegepläne, Besprechungen, Evaluationen

3. Main Storyline Demenz



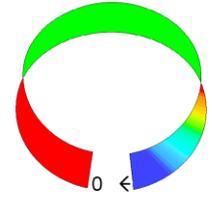
1. 'x ist eine Person': wertgeladene Zuschreibung/Prädikation innerhalb eines spezifischen sozialen Kontextes (differenziere: Mensch, Individuum, Subjekt, Person)
2. Soziales Konstrukt des Personseins bedeutet - Einige Irritationen am proximalen Ende (beim Individuum: Vergesslichkeit bis zu einem gewissen Grad) können durch das distale Ende des Spektrums (Elastizität sozialer Systeme: Nachbarschaft, Assistenz, Solidarität, Rekonstruktion der vermuteten Bedeutung, formulierungsgebundene Verstehenshypothesen) ein Stück weit gemildert, kompensiert werden
3. Wenn diese kompensierenden, entschuldigenden Praktiken nicht mehr greifen, ausreichen, dann kommt eine wesentliche Differenzierung zum Tragen: Positionierungs-Theorien (wir/andere), Notwendigkeit die Irritation der Funktionalität sozialer Systeme zu begrenzen, Notwendigkeit mit dem normalen Leben weiterzumachen (Bsp. Othering)
4. Erkennbar an: bösartiger Sozialpsychologie, Dominanz (care speak), Höflichkeitsstigma (elderspeak), Verlust der sozialen Adresse – Praktiken der Depersonalisierung greifen
5. Introjektion der Stereotypen der Differenz seitens der Klienten selbst: Selbstentfremdung, Vernachlässigung, Apathie, Regression, Internalisierung der Patienten/Klientenrolle: dabei Bestätigung der Legitimität der De-Personalisierung
6. Institutionalisierung, um die Exklusion zu kontrollieren (kustodialer Rahmen): Professionen, Standards, Ausbildung und Trainings (Entstehung einer 'zweiten Haut': mütterliche Institutionen, welche die Exklusion legitimieren)
7. Prozesse der Personalisierung und De-Personalisierung sind soziale Praktiken, erfolgen eher unbewusst sind nicht Ausdruck böser Absichten, eher das Gegenteil
8. Demenz stellt ein Paradebeispiel für den Exklusionsprozess dar

Dementia

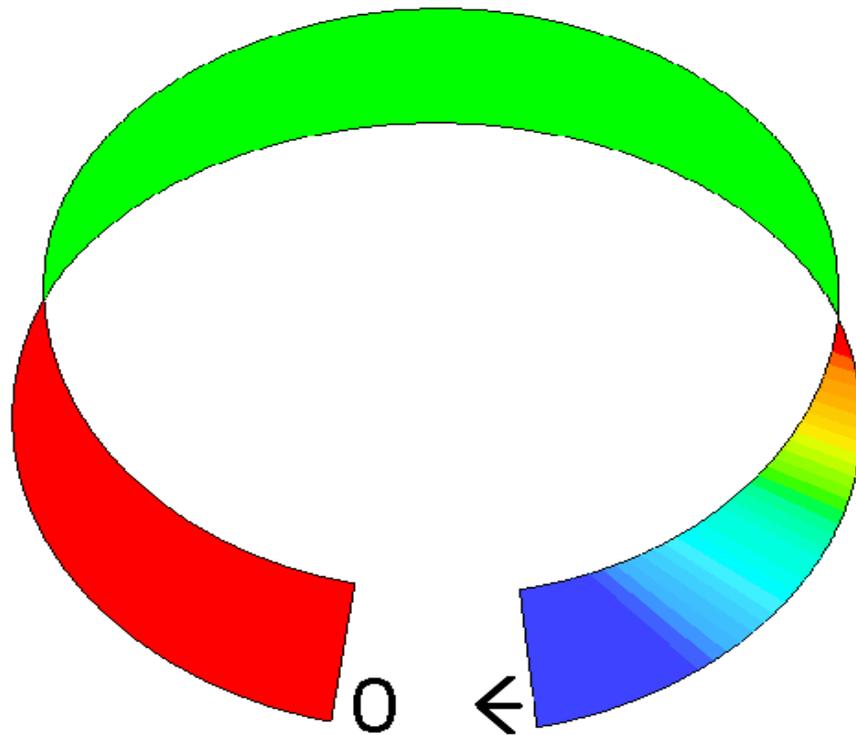


- Zunehmende Diskonnektivität und Desintegration von Hirn-Hubs (TOM, DMN, SN, sensorische Selektion und Integration – Differenz: Innen/Aussen, Bedeutsamkeitszuweisungen (Valenzen)*, Selbst/Andere Unterscheidung*, Selbstevaluation, Abbau der Mentalisierung/Metakognition, Verlust der Intentionalität, des Zeitkonzepts, des autobiographischen Gedächtnisses, der Erinnerung und der Antizipation/Simulation, der Exekutivfunktionen) > Verlust der zentralen Kontrolle, Verlust des Selbst/ des ‘Rest-Selbst’, der Selbst-Illusion/Projektion (?)
- Kognitive Desintegration geht mit sozialer und emotionaler Desintegration einher
- Verhalten & Kommunikation/Interaktion schießt nicht mehr an das anderer an, Zusammenbruch der Feedback-Prozesse, Verlust interaktiver & sozialer/kultureller Kompetenzen zur Aufrechterhaltung der Sprechsituation > Verletzung interaktiver Erwartungen, der sequenziell konnektiven Reaktionen, Zusammenbruch der Konvergenz der Relevanzsysteme (z.B. der Realitätskonzepts)*
- Adaption an soziale Kontexte misslingt (Assimilation): die Person wird ihr eigener Kontext, Verlust der Verbindung interner mit externen Prozessen, das Verhalten wird ‘geschlossen/hermetisch’ und offen für unterschiedliche Interpretationen und Zuschreibungen ohne mögliche Verifizierung (z.B. VDB), am Ende Verlust aller Kontexte (keine Selbst/Andere-Repräsentation, keine Objektbildung und -permananz, fluktuierendes Bewusstsein)#
- Verlust einer sozial geteilten gemeinsamen Wirklichkeit (der regulativen Ideen von Welt, Selbst und Wert)
- Folge: Suspendierung der Erwartung von Normalität, eine ‘strange situation’, eine ‘anomische Situation’ > Konzept der ‘neurologische Angst’

Demenzverständnis

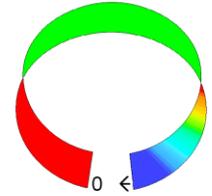


Retrogenesis



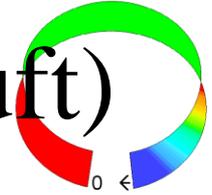
Abhängigkeit
als
Ausgeliefertsein

Bindung (attachment)



- Evolutionäres System, um die Nähe der sorgenden Person (insb. bei Gefahr) zu sichern
- Entwicklung dauerhafter kognitiver Schemata (Stile), die Verhalten und Erwartungen in Beziehungen regulieren
- Sichere Bindung: Nähe gelingt, Abhängigkeit integriert, Urvertrauen
- Unsicher: ambivalent-ängstlich (Erwartung von Unzuverlässigkeit des Objekts, Ambivalenz zw. Narzissmus und ärgerlichem Abbruch von Beziehungen, Angst vor Zurückweisung), vermeidend (Intimität und Nähe eher belastend, wird vermieden, abgewehrt, emotionale Distanz, Selbstgenügsamkeit, keine Nähe). Verschiedene Modelle, mit Stress umzugehen
- **Bindungsstil bestimmt die Krankheitserfahrung der Demenz: ängstlich/depressiv, Überreaktion auf Negatives, um Nähe anderer zu sichern (Hyperaktivierung); vermeidend: eher paranoid, wahnhaft, Negatives wird unterdrückt, Distanz erhöht (Deaktivierung)**

Anpassung der Wirklichkeit (H.Luft)



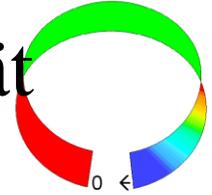
- Wiedergewinnung des emotionalen Gleichgewichts durch Veränderung der Wirklichkeit
- Kreative Korrektur der Autobiographie (Konfabulation): das Vergessene wird durch kreative Phantasien ersetzt
- **Regression in Phantasien regulieren die Stimmungslage* > resultiert in Bewußtseinsveränderungen: ein von Wünschen und Phantasien geleiteter Modus der Existenz**, der sich eine befriedigende Welt mit einem inneren Beziehungsnetz erschafft
- **Oft alternierend mit der Wiederkehr des abgewehrt destruktiven Objekts**
- **Verständnis der Dyade (z.B. MmD & PA) als Gesamtsubjekt**, in welchem die PA die Rolle der Reflexivität und des Weltbezuges innehat (Dehm-Gauwerky) ■C. Müller-Hergl

PWD



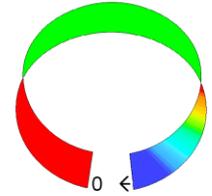
- Versucht zunächst angestrengt, sich und die Umgebung zu verstehen, allerdings mit sich auftürmenden Schwierigkeiten (einhergehend mit Depressivität, Delir, Paranoia, Persönlichkeitsveränderungen, z.T. adaptiv um Ängste und Verzweiflung zu binden, antizipatorisches Trauern)
- Identity assimilation (Leugnung), identity accommodation (Bindung), identity balance (Veränderungen und Hilfen annehmen)
- ‘it’s living halfway’ (Henderson): einen **neuen Kontinent entdecken ‘in between’ Assimilation und Adaption**, sich selbst neu definieren, wobei man zugleich den **Abstieg bekämpft und annimmt**
- **Herausf. Verhalten bzw. NS sind zumindest teilweise Anpassungsversuche** (zumeist eher der Umgebung an mich als dass ich mich der Umgebung anpasse)*
- **Wiederkehr positiver (Mutter) und destruktiver ‘Objekte’: Rückkehr in die Geborgenheit primärer Objekte (archaisches Selbst/Weltverständnis), Re-Traumatisierung durch Nacktheit(PTBS)**
- Wiederkehr der dyadischen, symbiotischen Situation: **PMD und Pflegende als ‘Komplexsubjekt’**, bei dem der Pflegende allein die Reflexivität und den Realitätsbezug erhält (**ein Paar, das aus EINEM besteht**, Retrogenesis, attachment)

4. Professionalität: Expandierende Elastizität



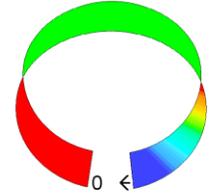
- Moderne post-stratifizierte Gesellschaften **müssen notwendigerweise (Gleichheitsprinzip) Relevanz-De-Markierungen kompensieren: Inklusionsdrift**, um soziale Adressabilität wiederherzustellen >Professionsbildung *
- Daher: **Konstruktion einer neuen Form der Adressabilität (Rolle: ‘Klient’) im Rahmen spezifischer Kontexte** – man wird in neue Dienste, Einrichtungen etc. inkludiert
- Aufgabe: **den Exklusionsdrift zu minimieren** im Rahmen hochprofessioneller Institutionen und Rollen (Bedürfnisse anhand von Assessments erheben, besondere Interventionen entwickeln: Validation, Reminiszenz, interaktive Affektregulierung, Deeskalation, demenzsensible Umgebungen, Reduktion von Komplexität und Stimulationskontrolle)
- Entwicklung eines **Kontextes mit einer hohen Passung zwischen Klienten und Umgebung**: schwierige Situationen managen, besondere Formen der Interaktion und Kommunikation, Entwicklung von Tagesstrukturen und Routinen, Vermeidung von Apathie und Agitiertheit, Licht, Natur, Raumgestaltung, Garten....
- **Je stärker die Irritation, desto größer die professionelle Differenzierung** (SCU, 3-Welten-Modell, adv. Nursing pract., Demenzspezialisten, Masterprogramme...)
- Ziel: **Milderung der Exklusion und teilweise Reintegration in weitere soziale Adressen**, die Klienten werden sozial neu relevant (Demenzinitiativen, demenzfreundliche Gemeinde, Partizipation, schreiben Bücher, machen Lesungen...)
- **Gefahr der Euphemisierung: Verschleierung der eigentlich exkludierenden Funktion dieser Praktiken, Verschleierung des Leidens und der Verzweiflung,***

Personzentrierte Inhalte, um Exklusionen zu mildern



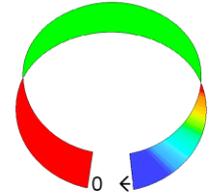
- Anerkennung, Validation, Akzeptanz (gesehen werden), Reorientierung
- Aufmerksamkeit, Kompetenz, Verantwortlichkeit, Resonanz geben (Kontakt vor Funktion), Vertrauen (Barnes & Branelly 2008)
- Psychologische Bedürfnisse nach Kitwood: Trost, Identität, Bindung, Inklusion, Beschäftigung > Liebe
- Brooker VIPS: values, individual, perspective, positive social
- O'Rourke: Beziehungen, Wohlbefinden, im Leben tätig sein können, einen Bezug zum Ort/den Orten haben > in Verbindung sein
- Van Corven 2021: sense of identity, sense of worth, sense of usefulness, sense of choice & control
- James/Jackman/Lichtwarck(TIME): formulation-led-strategies, Fallbesprechungen, NDB-Modell, Pioneer-Network, SET (Romero), Namaste....
- Interventionen: Erinnerungsarbeit, Sensorische Stimulation, Music, Kunst, Tanz, Religion, Unterstützung von Selbstpflege & Selbst-Management (assisted autonomy), Gruppenarbeit, Tiere & Natur, Arbeit und sinnvolles Tun, Tages- und Wochen Struktur, Finger Food...etc.
- Pflege im Voraus planen

Rolle der pflegenden Person



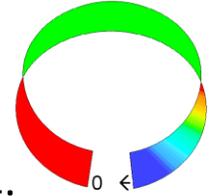
- Elternteil, Mutter, Bindungsfigur, **interaktiver Affektregulator**, **assistierendes Hilfs- bis Ersatz-Ich**, Schauspieler, Bühnenfigur, Ersatzspieler
- **Heraus-wachsen aus den funktionalen Rollen**, Hinein-wachsen in familien-ähnliche Rollen, emotionale (nicht nur kognitive) Identifikation, Gleichwertigkeit funktionaler und emotionsbezogener Ziele
- Personale Begegnung, Ich-Du, Hoffnung, nicht nur geben sondern auch nehmen, **Nähe mit Distanz**
- Gelassenheit, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Flexibilität und Stabilität, Frustrationstoleranz, Elastizität, **reduzierte Abwehr, hohe Reflexivität und Phantasie**, hohe Intuition für mögliche Bedürfnislagen
- **Teamgeist**, miteinander Teilen, sich anvertrauen, sich um andere im Team kümmern (das Team als eigentliche Basis familienähnlicher Arbeit)
- Offen bleiben, über Demenz anhand konkreter Begebenheiten zu lernen, Herausforderungen als Gelegenheit zum persönlichen und professionellen Wachstum
- Aber im KrHs

Pflegekultur



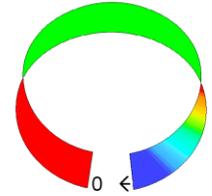
- Management und Pflegeleitung ignorieren oder unterschätzen die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.
- Das akute Krankheitsgeschehen steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.
- Nur wenige Mitarbeitenden sind im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult.
- Körper, Routine und Compliance des Patienten zählen mit der Folge, dass Zuwendung, Aufmerksamkeit und subjektive Bedürfnisse eine untergeordnete, ja nichtige Bedeutsamkeit besitzen.
- Der Blick auf den Klienten ist eher ein kritisch beäugender – es gibt einen kalten, kustodialen Blick, der einseitig auf Symptome ausgerichtet ist.
- Sicherheit, Risikominimierung tragen zum Objektcharakter der Patienten bei. Versuche der Person, eine gewisse Kontrolle über die Situation wieder zu erlangen (z.B. durch Herumlaufen), werden als störend und symptomatisch wahrgenommen.

5. Exkurs: Demenz als Konstrukt westlicher Moderne /Ballenger



- 19.Jahrh: Konzept Senilität- Katalog mittelschichtiger Ängste um das Selbst: **Abspaltung sozial verursachter Ängste und deren Projektion in die Figur des Senilen: Senilität als Grenzziehung , mit deren Hilfe die Kohärenz, Stabilität und moralische Handlungsfähigkeit des modernen, kompetitiven, mittelschichtigen „self-made man“ gesichert werden konnte.**
- Beard (1880): Men die as tree die, slowly and frequently at the top first; begin of the gradual, vegetative process of death
- Paradigmenwechsel 60ger Jahre: gerontologische Überzeugung, Wende der Altersfeindlichkeit der Wissenschaft (3. & 4.LA, Alte als Kunden und Konsumenten)
- Biomedizinische Dekonstruktion der Senilität: Unterscheidung zwischen „normalem Altern“ und Demenz als pathologischem Geschehen, Entstehung des „Alzheimer Imperiums“, Stigma verschiebt sich auf die Demenz; Demenz als „Alptraum“ des respektablen, mittelschichtigen Individuums
- **Es handelt sich um extreme Angewiesenheit, die in der Figur des Dementen abgewiesen wird. Das Nachlassen des Funktionierens kann nicht als natürlicher Prozess, sondern nur in der Form des Pathologischen vorgestellt werden**
- Auswirkungen der Diskurse um Begriffe wie Nützlichkeit (Utilitarismus), Autonomie, Verantwortung auf den Demenzdiskurs

Ballenger



- Demenz bedeutet, sich selbst nicht mehr erzählen zu können, also: Horizonte von Bedeutung und Sinn zu schaffen, die Zeiten, Orte und Menschen überbrücken; einen Horizont zu zeichnen, innerhalb dessen der Mensch eine Position (zu sich, anderen, der Welt) einnehmen kann.
- **Eine Linie überschreiten ohne Wiederkehr:** Beginn der neurotischen Selbstbeobachtung
- **Demenz kränkt insbesondere die „weiße Mittelklasse“ mit ihren Dimensionen von Erfolg und Kontrolle**
- **Daher bedarf diese Grenzüberschreitung der Kontrolle (Angstthema, bedarf Institutionen der Angstbindung)**

6. Herausforderungen



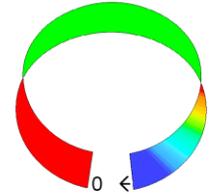
- Die Wiederkehr der Exklusion: unpassende Umgebungen, Mangel an Bildung und Training, funktionale Orientierung, Sicherheitsorientierung, Aktivitäten nicht an Fähigkeiten angepasst, Gewalt – auch zwischen den Klienten, Pflegesprech und Altsprech, mangelnde Fähigkeit das Verhalten als Signal und Mitteilung zu verstehen, abwehrende Reaktionen (frustrierte Empathie)
- Je weniger man das Verhalten als bedeutsam und sinnvoll rekonstruieren kann, desto eher entwertet man Kommunikationsversuche seitens des Klienten und schränkt eigene Kommunikationen/Interaktionen ein > Beginn eines Kreislaufes wechselseitiger Ent/Befremdung, Wiederkehr des Exklusionskreislaufes im Rahmen eigentlich inklusiver Praktiken (wir/die anderen: minimales Gruppen-Paradigma, Bsp.: die weiße Kluft)
- Ergebnis: Mangelndes Wahrnehmen und Aufgreifen vorhandener Fähigkeiten und Kompetenzen > exzessive Abhängigkeiten, Apathie, Regression, Verhaltensauffälligkeiten als Reaktion
- Funktionale Orientierung und ‘Zivilisierungsarbeit’ als ein Mittel um Sicherheit bei den Aufgaben und in der professionellen Rolle zu finden, Reduktion von beziehungsbezogener ‘Qualitätszeit’ und Bindungsarbeit*
- Vorzeigbare Körper, deren Erscheinung, Verhalten und Befinden der sozialen Norm entspricht: ‘lounge standard resident’ (fed, watered, quiet)
- Doyle et al (2013): marginale Bedeutung von PCC für professionell Pflegende – medizinische Routinen und Praktiken dominieren durchgehend und fast ausschließlich das pflegerische Handeln

Dialektischer Prozess: Post-stratifizierte Gesellschaften kompensieren vorhandene Exklusionen durch ‘inklusive Exklusionen’, lösen damit (spiegelbildlich) einen neuen Kreislauf von Exklusionen innerhalb der Einrichtungen und Professionen aus, die wiederum erneute Anstrengungen für weitere inklusive Aktivitäten auslösen wie z.B. Fortbildungen, spezielle Trainings, Weiterentwicklungen des Milieus, die wiederum exklusive Folgen haben (z.B. Sprach/Sprechmuster), die wiederum u.s.w.

Nichts als Elend...

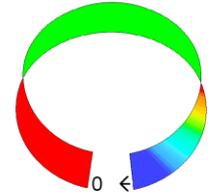
C.Müller-Hergl

7. Terror Management Theory



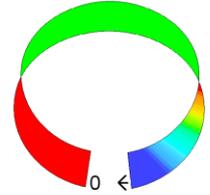
- Warum halten Gesundheitsarbeiter an TOC (funktionale Pflege) fest?
- Demenz signalisiert Tod, Vergeblichkeit, Grauen, Hilflosigkeit, Verlorenheit (no code!)
- Vermutung, dass dies das Sterblichkeitsbewußtsein (mortality salience) & versteckte Todesängste (DA) weckt
- **Um handlungsfähig zu bleiben, wird eine Vermeidungsreaktion (experiential avoidance=EA) ausgelöst (schützende Reaktion)***
- Konzentration auf Aufgabenorientierung und mediz. Modell hilft, sich in dieser Situation (das Aushalten des unausweichlichen Niedergangs) emotional zu stabilisieren: **distale Strategie, bei der das Praktische und Medizinische in den Vordergrund rückt, hilft die ‚professionelle Impotenz‘ zu kontrollieren**
- Allerdings trägt diese Reaktion zum Burnout bei, nur kurzfristig hilfreich**
- Langfristig ist es besser, Demenz und Tod zu akzeptieren (reduziert Erschöpfung, Depression, Ängste)

,Othering‘



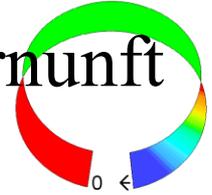
- Kulturell bestimmte Matrix, Differenzen negativ zu konnotieren und deren Träger zu marginalisieren
- Empirisch: Koexistenz von tiefen, dyadischen Pflegebeziehungen und marginalisierender Praxis, im Zweifelsfall dominiert die letztere (tiefer in den Haltungen verankert)
- PMD trägt **,negativen Master Status‘**: alles wird durch die Matrix der Demenz wahrgenommen, bewertet in Abhängigkeit vom Demenzgrad, Verhalten wird dann schnell als ‚typisch dement‘ gedeutet (Wandern)#
- Reduktion der Kommunikation auf funktionale Kontexte, ansonsten werden Kommunikationsversuche vermehrt ignoriert, dabei auch Schmerzäußerungen, kein Einbeziehen in sonstige Kommunikation
- Vermehrte Aggressivität der HB vermehrt das ‚othering‘, verringerte Kommunikation und Interaktion trotz offensichtlichen Bedürfnisses danach

8. PCC – ein unmögliches Konzept?



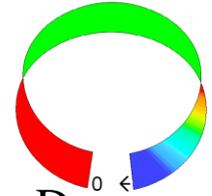
- PCC ist zugleich unverzichtbar und unmöglich
- Kann nicht umgesetzt werden, kann nicht aufgegeben werden
- Spiegelbildlich: man kann Demenz nicht aushalten und muss es dennoch versuchen

PCC als eine ‚regulative Idee‘ der praktischen Vernunft



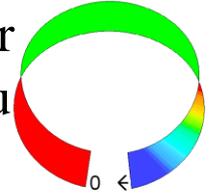
- PCC verstanden als ein Diskurs über ‘(Subjektivität in der) Demenz, wie es sein sollte‘
- Ein sozialer, deklarativer Akt, in dem die Gesellschaft /die Institutionen sich Versprechungen über Verbesserungen geben (Behindertenrechtskonvention)
- Eine Perspektive, auf die wir uns hin zu entwickeln versprechen (focus imaginarius, konstruktive Utopie, Richtschnur)
- Ein idealer Referenzpunkt, von dem ausgehend wir - Antizipation retour – zurückblicken, um unsere gegenwärtige Praxis zu beurteilen und zu einzuschätzen: was doch schon alles erreicht wurde und was der nächste Schritt sein könnte
- Negative Dialektik: im Bemühen, den Bedürfnissen von MmD gerecht zu werden realisieren wir dennoch zugleich, wie eben die vorhandene Praxis stigmatisierend wirken kann, wie soziale und pflegerische Arbeit zur Exklusion beiträgt: eben dies trägt zur Veränderung der Praxis bei
- Dass MmD Personen sind ist in immer wieder neuen und unvorhersehbaren Situationen neu zu entdecken, zu erfahren; sokratisches Fragen: dass unsere Vorstellung von dem, was gut, gerecht, wahr ist eben doch schlecht, ungerecht und falsch ein könnte

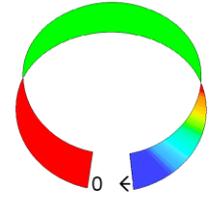
9. Assoziationen und Überlegungen



- Die meisten PCC-Ideen greifen eher für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz ohne BPSD
- Zu akzeptieren: es gibt nichts Gutes oder Positives bei (nur in) Demenz, Demenz stellt keine Lösung für irgendetwas dar; es ist kein ‘lifestyle of choice’; die meisten Menschen leiden an ihrer Demenz (seelisch) schwer; ein Gutteil des PCC-Diskurses bilden Euphemisierungen/Rhetorik
- Man kann Wohlbefinden nicht steigern (shifting baseline theory), nur Unwohlsein mildern (return to baseline comfort zone) #
- Positive Regression wäre nötig: ruhig, gegessen, gewaschen zu sein ist sekundär, Kontakt hat Vorrang – aber eben dies fällt (vielen furchtbar) schwer
- Balanciere Sicherheitsanliegen (Ernährung, Stürze, Hygiene) mit sozialen Anliegen (Zeit, Zuwendung, Zärtlichkeit)
- Maximiere die kleinen Aufmerksamkeiten: Freundlichkeit, Blickkontakt, Berührungen – sie machen einen riesigen Unterschied
- Die Passivitäten des täglichen Lebens: nichts zu tun kann auch hilfreich und bedeutungsvoll sein, manche Menschen überlassen sich anderen gerne, aber: alleine sein will keine/r

- Akzeptanz von Selbststimulation, Vokalisieren, Umhergehen, oraler Regression (Schmierlust), Kriechen; viele Verhaltensweisen sind zu tolerieren, wenn sie für die Personen funktionieren
- Relativiere die Dominanz der professionell Pflegenden: sie stellen nicht unbedingt die am besten geeignete Berufsgruppe für diese Klienten dar und sollten eher flankierend arbeiten
- Verhindere KrHsaufenthalte + bereite sie (trotzdem) gut vor: Spitäler sind die mit Abstand schädlichsten Umgebungen für MmD; Alternative: SCU im KrHs
- Versuche immer die Innenseite der Außenseite nachzuvollziehen: Fallbesprechungen statt Pflegeplanung
- Langzeitpflege: Fokussiere die Teamdynamik und arbeite am ‘therapeutischen Team’: ein gutes Team will Gutes tun und fühlt sich deswegen gut; das Team ist wichtiger als die materielle Umgebung, Medikamente und Therapien bzw. spezifische Interventionen wie z.B. Musik
- Kontrovers: assistierter Suizid für MmD (stiller Suizid, Nahrungsverweigerung, Sterbefasten...)

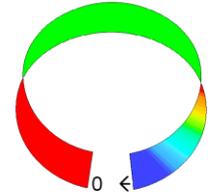




10. Kritik

- Für wen ist PCC wirklich wichtig: für MmD oder die Pflegenden?
- Wirkt sich PCC nachweislich positiv aus und wenn, in welcher Hinsicht?
- Erhöht PCC den Stress für Pflegende?
- Handelt es sich bei MmD zunehmend um ‚Post-Personen‘ und wenn ja, welche Konsequenzen hat dies?
- Gibt es ein ‚right to rot‘? Oder weniger scharf: ein Recht, in Ruhe vertrotteln zu dürfen, ohne den sozialnormativen Regeln entsprechen zu müssen?

Dilemmata



- Sehr viele schwierige ethische Probleme im Pflegealltag mit wenig Unterstützung & Beratung
- Ethische Probleme sind idR komplex und bedürfen der Berücksichtigung mehrerer Werte (z.B. Freiheit & Sicherheit)
- Kontext, Situation, vorhandene Ressourcen sind oft entscheidend (Milieufaktoren sind entscheidend für das Ausmaß von Freiheit)
- Selten nur gibt es eine richtige Antwort: unterschiedliche Auffassungen bilden den Regelfall
- Themen: Technologien, Bewegungsfreiheit und Risiken, Sexualität, Wahrheit & Wahrhaftigkeit, Fixierung, Elder Abuse (Missbrauch und Gewalt)