

**Chancen und Grenzen des segregativen
Versorgungskonzeptes veranschaulicht anhand einer
Pflegeeinrichtung**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Bianca Fellner
1510759006

Begutachter/in: MMag.^a Tanja Adamcik

Wiener Neustadt, Mai 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

23. Mai 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Felh Bia'.

Unterschrift

Abstract

Thema der Bachelorarbeit II sind die Chancen und Grenzen des segregativen Versorgungskonzeptes für Menschen mit Demenz. Anhand einer Literaturrecherche wurden die wichtigsten Unterschiedlichkeiten einer integrativen und segregativen Betreuungsform sowie die Erkrankung Demenz erläutert. Um einen Theorie-Praxis Vergleich durchführen zu können wurde dies an einer ausgewählten Pflegeeinrichtung mittels Interviews veranschaulicht. Die Auswertung erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Die arbeitsleitende Forschungsfrage beschäftigt sich mit den Chancen und Grenzen einer segregativen Versorgung. Zu den Chancen zählt unter anderem, dass hier eine gemeinsame Einheit entsteht in welcher weniger Konflikte auftreten. Eine Gliederung nach dem Schweregrad der Demenz wird als empfehlenswert erachtet. Personen mit schwerer Demenz werden in einem segregativen Sektor besser toleriert. Eine wesentliche Grenze ist die verminderte Aktivität in der Gesellschaft. Die zweite Forschungsfrage befasst sich mit der Empfehlung für oder gegen eine segregative Versorgungsform. Eine segregative Form wird als sehr positiv und empfehlenswert für Menschen mit Demenz betrachtet.

Schlüsselbegriffe: Demenz, segregative Versorgung, integrative Versorgung, Pflegeeinrichtung

Abstract

The topic of the second bachelor thesis is about the chances and limits of people with dementia in segregated care concepts. On the basis of literature research the most important differences between integrative and segregated forms of care and the affection of dementia have been explained in more detail. To compare theory and practice many interviews have been done at a carefully selected care facility. The evaluation of results has been ensued with the qualitative content analysis according to Mayring. The leading research question deals with the chances and limits of people with dementia in a segregated care concept. One of the chances is that a mutual community with fewer conflicts develops. A classification of severity of dementia is advisable. People with severe dementia are better-tolerated in segregated care concepts. A major obstacle is the reduced activity of society. The second research question focuses on the recommendation for or against segregate care concepts. A segregate care concept is regarded as very positive and recommendable for people with dementia.

Keywords: dementia, segregate care, integrative care, care facility

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und zentrale Forschungsfragen.....	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen	2
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Demenz	4
2.1.1	Klassifikation	4
2.1.2	Häufigkeit	5
2.1.3	Mini Mental Status Test.....	6
2.1.4	Verlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ.....	7
2.2	Integrative Versorgung	7
2.3	Segregative Versorgung	8
3	Qualitatives Forschungsdesign	11
3.1	Methode.....	11
3.2	Vorstellung der Pflegeeinrichtung und Auswahl der ExpertInnen	14
3.3	Vorstellung der Fragen	15
3.4	Durchführung der Interviews.....	17
4	Auswertung	18
4.1	Wesentliche Erkenntnisse zwischen integrativer und segregativer Versorgungsform.....	19
4.2	Positive und negative Aspekte beider Versorgungsformen.....	20
4.3	Größter Vorteil und positive Erlebnisse des segregativen Sektors	21
4.4	Nachteile einer segregativen Versorgungsform.....	22
4.5	Grenzen und Hindernisse der segregativen Versorgungsform	23
4.6	Empfehlung für oder gegen eine segregative Versorgungsform.....	24
4.7	Empfehlung für oder gegen eine integrative Versorgungsform.....	25
4.8	Vor- und Nachteile in einem integrativen Wohnbereich	25
4.9	Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform	27
5	Ergebnisse	28
6	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	29

Literaturverzeichnis	32
Online-Quellen	33
Abbildungsverzeichnis	34
Tabellenverzeichnis	34
Abkürzungsverzeichnis	35
Anhang	36

1 Einleitung

Durch den demografischen Wandel wird eine Alterung der Bevölkerung sichtbar und gleichermaßen schrumpft diese. Dieser Effekt entsteht, weil die durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt und die Geburtenrate niedriger wird. Dies hat zur Folge, dass der Anteil der älteren Generation ansteigt und dadurch auch vermehrt Erkrankungen zum Vorschein kommen. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit zum Beispiel an Demenz zu erkranken (Sütterlin, Hoßmann & Klingholz, 2011, S. 14).

Ausgehend von der demografischen Entwicklung der letzten Jahre führte es zu einem weltweiten Anstieg der Bevölkerungszahlen. Hochrechnungen zufolge wird die Weltbevölkerung bis zum Jahr 2100 auf 11 Milliarden ansteigen. Augenmerk muss daher auf die Versorgung und Betreuung von älteren Menschen gelegt werden, vor allem der Anteil der älteren Generation wird sich deutlich vervielfachen. Durch diesen Prozess steigen die Neuerkrankungen von dementiellen Entwicklungen ebenfalls mit an. Derzeit gibt es in Deutschland rund 1,2 Millionen Menschen mit Demenz, im Jahr 2030 werden 1,7 Millionen prognostiziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 8).

In Österreich leben derzeit ungefähr 130.000 Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Prognosen zufolge wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln, da es zu einer generellen Alterung der Bevölkerung kommt. Um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein, sind unbedingt Maßnahmen erforderlich (Sütterlin et al., 2011, S. 6).

Im Bereich der stationären Versorgungsangebote für dementiell erkrankte Menschen wird zwischen zwei Betreuungsansätzen unterschieden. Dabei handelt es sich um die segregative Betreuung und integrative Versorgungsform (Weyerer, Schäufele & Hendlmeier, 2005, S. 87).

1.1 Problemstellung und zentrale Forschungsfragen

In den nächsten Jahren ist aufgrund der demografischen Entwicklungen mit einer Zunahme der älteren Generation zu rechnen. Ferner wird es einen Anstieg der Demenzerkrankungen geben. Das Pflegeheim zählt unter anderem zu einer der passenden Wohnsettings für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Wird die Versorgung und Betreuung von älteren Menschen näher betrachtet, wird ersichtlich, dass im stationären Sektor die Erkrankung Demenz nicht mehr wegzudenken ist. Bereits von vier Neuaufnahmen in einer Pflegeeinrichtung haben drei die Diagnose Demenz im mittleren bis schweren Stadium (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 11).

Im stationären Sektor betreffend Betreuung und Pflege von dementiell erkrankten Menschen gibt es zwei verschiedene Ansätze. Diese sind die integrative und segregative Betreuungsform. Eine Spezialform für die Versorgung von ausschließlich dementiell erkrankten Menschen stellt die segregative Betreuung dar. Im Gegensatz dazu leben bei einer integrativen Versorgung Menschen mit Demenz und Personen ohne kognitive Einschränkungen gemeinsam auf einem Wohnbereich (Gatterer & Croy, 2005, S. 146).

Folgende arbeitsleitende Forschungsfragen werden in der Bachelorarbeit II erläutert:

- Worin liegen die Chancen und Grenzen des segregativen Versorgungskonzeptes bei der Betreuung von älteren Menschen?
- Inwieweit ist dieses Modell als empfehlenswert bei der Versorgung von Menschen mit Demenz zu betrachten?

1.2 Zielsetzung

Die Zielsetzung der Bachelorarbeit II ist es, die Chancen sowie Grenzen einer segregativen Betreuung, von an Demenz erkrankten Menschen, anhand einer gezielt ausgewählten Pflegeeinrichtung, durch Zuhilfenahme von Experteninterviews aufzuzeigen. In einem weiteren Schritt soll erfahren werden, ob der segregative Ansatz für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung von ExpertInnen als empfehlenswert erachtet wird. In den Interviews wird die segregative Betreuung dem integrativen Ansatz, welcher in diesem Feld ebenfalls häufig angewendet wird, gegenübergestellt.

1.3 Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen

Erstes Kapitel dieser Bachelorarbeit stellt die Einleitung mit Bezug zur Problemstellung und Zielsetzung dar. Da es bei den Vergleichen der integrativen mit der segregativen Versorgungsform kaum deutschsprachige Studien gibt, wurde dieses Themengebiet als Bachelorarbeit ausgewählt.

Kapitel zwei befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund, es werden die Begrifflichkeiten Demenz, integrative und segregative Versorgungsform behandelt. Im dritten Kapitel wird die qualitative Forschungsmethode vorgestellt sowie ein kurzer Einblick über die ausgewählte Pflegeeinrichtung und Auswahl der ExpertInnen gegeben. Weiters werden in einem Unterkapitel die Interviewfragen vorgestellt sowie die Rahmenbedingung für die Umsetzung der Inter-

views näher erläutert. Das Kapitel vier beinhaltet die Auswertung der durchgeführten Interviews, hierbei werden die Fragestellungen des Interviews näher beleuchtet und reflektiert. Kapitel fünf fasst die Ergebnisse der Bachelorarbeit zusammen und das letzte Kapitel umfasst eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und bietet einen Ausblick.

Um die Chancen und Grenzen einer segregativen Versorgung aufzeigen zu können, werden fünf qualitative Interviews mit MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Weiters wird durch die anschließende Auswertung dieser Experteninterviews der Forschungsfrage nachgegangen werden, inwieweit die segregative Versorgungsform als empfehlenswert betrachtet werden kann, bei der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz. Voraussetzung für die Auswahl der InterviewpartnerInnen ist, dass die MitarbeiterInnen bereits Erfahrungen im integrativen als auch segregativen Bereich aufweisen können. Ferner werden die Interviews transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Das Programm „Zotero“ wird zur Verwaltung der Literatur hinzugezogen (www.zotero.org, 18.04.2018).

2 Theoretischer Hintergrund

Bevor mit dem empirischen Teil der Bachelorarbeit II begonnen wird, soll der wesentliche theoretische Hintergrund dieser Thematik erläutert werden. In den folgenden Unterkapiteln wird die Erkrankung Demenz näher erklärt sowie die integrative und segregative Versorgungsform vorgestellt. Diese beiden Formen zählen zu den stationären Versorgungskonzepten bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz.

Eine Versorgung und Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung spielt für immer mehr ältere Menschen eine wesentliche Rolle. Dabei soll dieser letzte Lebensabschnitt so angenehm wie möglich gestaltet werden. Durch Biografiearbeit und einen individuellen Tagesablauf wird ein Leben sowie Sterben in Würde ermöglicht (Müller, 2011, S. 177).

2.1 Demenz

Demenz bedeutet „ohne Geist“ beziehungsweise „ohne Verstand“, abgeleitet wird es vom lateinischen Wort „dementia“. Unter einer Demenzerkrankung wird eine Kombination von diversen Beschwerden verstanden, das Hauptsymptom ist die Gedächtnisstörung. Demenz ist durch eine Vielzahl an Symptomen gekennzeichnet. Zu Beginn ist hauptsächlich das Kurzzeitgedächtnis davon betroffen, im Verlauf der Erkrankung werden auch Einbußen des Langzeitgedächtnisses bemerkt. Außerdem ist oft Sprache, Denkvermögen sowie Orientierung nicht mehr funktionsfähig. Überdies werden Veränderungen des Verhaltens sichtbar. Durch diese Einschränkungen wird ein selbstständiges Leben immer schwieriger bis kaum mehr möglich. Die Ursache der Demenz ist vor allem eine organische Hirnschädigung (Gatterer & Croy, 2005, S. 10).

Demenz ist eine Erkrankung, welche über Monate bis Jahre hinweg andauert und chronisch progredient verläuft. Der Verlauf der Erkrankung geht mit einem Verlust von erworbenen kognitiven Fähigkeiten einher (Gruyter, 2011, S. 451).

2.1.1 Klassifikation

Eine Klassifikation kann nach ICD-10 der WHO (World Health Organization) stattfinden. Hierbei spielen die Kategorien F00-F09 eine bedeutsame Rolle, darunter werden die organischen und psychischen Störungen zusammengefasst.

- F00 Alzheimer Demenz
- F01 Vaskuläre Demenz
- F02 Demenz anderenorts klassifiziert (Chorea Huntington, Morbus Parkinson, HIV oder Creutzfeldt-Jakob Krankheit) (www.who.int, 18.04.2018).

Das Wort Demenz stellt einen Überbegriff für die verschiedenen Formen der Erkrankung dar, die häufigste ist die Alzheimer-Demenz. Hierbei kommt es durch Protein Ablagerungen zu einer Veränderung im Gehirn. Forscher gehen davon aus, dass es durch diese Rückstände zu einem Absterben der Nervenzellen kommt. Dadurch können Signale nicht mehr richtig weitergeleitet werden. Zwei Drittel aller diagnostizierten Fälle ist eine Demenz nach Alzheimer (Weyerer, 2005 zitiert in Sütterlin et al., 2011, S. 9).

2.1.2 Häufigkeit

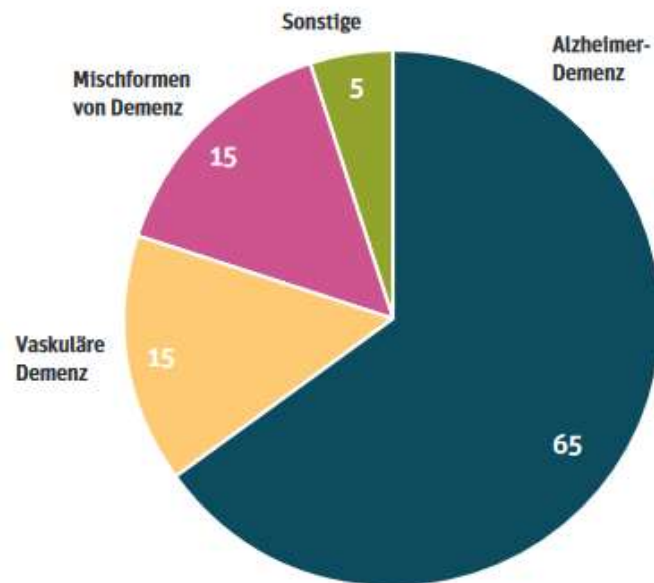
In Österreich leben Schätzungen zufolge derzeit ungefähr 115.000 bis 130.000 Personen, welche an einer Demenz erkrankt sind. Rückblickend auf den demografischen Wandel kommt es in den nächsten Jahren zu einer Zunahme der älteren Bevölkerung und dadurch auch zu einem Anstieg der Erkrankungen. Durch diese Problematik wird die Demenz und die daraus resultierende Betreuung ein wichtiges Thema. Eine Versorgung in den eigenen vier Wänden ist zwar noch möglich, die Bereitschaft der Angehörigen nimmt aufgrund der eigenen Berufstätigkeit und Wandel der Familienstruktur immer mehr ab (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017, S. 92).

Sechs bis neun Prozent der Gesamtbevölkerung innerhalb Europas, welche über 65 Jahre sind, haben eine Form der Demenz. Mit zunehmenden Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken. Frauen sind dabei öfters betroffen, mehr als zwei Drittel. Der Grund dafür ist, dass Frauen eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung haben und dadurch die Wahrscheinlichkeit höher ist, an Demenz zu erkranken (Sütterlin et al., 2011, S. 13).

Die Erkrankung Demenz stellt mit 43% den Hauptfaktor für einen Einzug in eine Pflegeeinrichtung dar. Genaue Zahlen über den Anteil an dementiell erkrankten Menschen in Österreich im stationären Versorgungssektor sind kaum vorhanden (Gleichweit & Rossa, 2009 zitiert in Höfler, Bengough, Winkler & Griebler, 2015, S. 106).

In der nachfolgenden Grafik (Abbildung 1) wird die Verteilung der Häufigkeiten über die verschiedenen Demenzformen grafisch veranschaulicht. Ersichtlich ist dabei, dass die Alzheimer-Demenz wie vorhin beschrieben die häufigste Form darstellt. Vaskuläre Demenz sowie Mischformen sind gleich verteilt. Fünf Prozent stellen sonstige Demenzformen dar.

Abbildung 1: Häufigkeit der Demenzformen



Quelle: Sütterlin, Hoßmann, Klingholz (2011, S. 9)

Anmerkung: Aufgliederung der Demenzformen nach der Häufigkeit

2.1.3 Mini Mental Status Test

Der Verlauf der Erkrankung ist immer individuell und verläuft daher meistens anders. Drei verschiedene Stadien gibt es bei der Erkrankung Demenz. Zur Beurteilung, in welchem Stadium sich der Betroffene befindet, kann der Mini-Mental-Status Test durchgeführt werden (Sütterlin et al., 2011, S. 11).

Dieses Testverfahren wurde im Jahr 1970 entwickelt und kann mit MMSE (Mini Mental State Examination) abgekürzt werden. Bereiche, welche näher betrachtet werden sind die Orientierungsfähigkeit, Erinnerung, Sprache, motorische Fähigkeiten sowie Konzentrationspotential. Damit der MMSE aussagekräftig wird und Verallgemeinerbar ist, findet nach erfolgter Durchführung des MMSE eine Punkteverteilung statt (Folstein, Folstein & MCHugh, 1975, S. 18).

Beim MMSE können maximal 30 Punkte erreicht werden, werden weniger als 24 erreicht, handelt es sich um eine leichte Form der Demenz. Liegt das Testergebnis unter 20 befindet sich diese Person im mittleren Stadium. Werden weniger als 10 Punkte erreicht wird von einer schweren Demenz gesprochen (Sütterlin et al., 2011, S. 11).

2.1.4 Verlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ

Im Anfangsstadium können Großteils noch alle Aktivitäten des täglichen Lebens und Erledigungen selbstständig erbracht werden. Bei komplexen Aufgaben wird teilweise eine Unterstützung notwendig. Im mittleren Stadium wird schon mehr Unterstützung erforderlich. Es kann dazu kommen, dass Gefühle nicht mehr richtig kontrolliert werden können. Im schweren Stadium der Demenz kann an ein eigenständiges Leben nicht mehr gedacht werden. Schwierigkeiten betreffen hier auch oft schon die Sprache. Zudem kommt es zu einer innerlichen Unruhe und dadurch oft zu einem Tag-Nacht-Rhythmus Tausch (Sütterlin et al., 2011, S. 11).

Durch den fortschreitenden Verlauf der Demenz und den damit einhergehenden Einbußen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wird eine stationäre Betreuungsform oft unabdingbar. Bei der Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankung gibt es zwei verschiedene Konzepte, diese sind die integrative und segregative Versorgung (Gatterer & Croy, 2005, S. 144ff).

Diese zwei unterschiedlichen Ansätze werden in den folgenden zwei Unterkapiteln näher erläutert.

2.2 Integrative Versorgung

Bei der integrativen Versorgung werden dementiell erkrankte Menschen und Personen ohne kognitiven Einschränkungen gemeinsam betreut und leben zusammen auf einem Wohnbereich. Positiv anzumerken ist beim integrativen Ansatz, dass die Erkrankung Demenz nicht in den Vordergrund gestellt wird. Die dementielle Erkrankung wird so wahrgenommen, dass sie zu dem Menschen dazugehört. Daher wird bei diesem Konzept eine Stigmatisierung vermieden. Das Zusammenleben mit älteren Personen, welche keine kognitiven Einschränkungen haben, wirkt sich ebenfalls positiv auf diese Gruppe aus. Oft sehen sie es als Aufgabe dem verwirrten Menschen zu helfen, ihn zum Beispiel an das Trinken erinnern. Dadurch bekommt der ältere Mensch eine Aufgabe und dies wirkt sich positiv aus. Bei Spezialabteilungen nur für Menschen mit Demenzerkrankung wird davon ausgegangen, dass sich diese gegenseitig mit Unruhe und Ängsten anspornen. Dies wird durch die integrative Versorgung vermieden. Menschen mit kognitiven Einschränkungen können sich nur schwer an neue Situationen anpassen, daher ist ein häufiger Ortswechsel zu vermeiden. Diese Tatsache spricht für eine integrative Versorgung, da hier, egal wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist, der Mensch auf der gleichen Station bleibt. Bei der segregativen Versorgungsform werden im Gegensatz dazu, die Personen bei Verwirrtheitszuständen auf eine Spezialabteilung verlegt. Dieser Wechsel der

Wohnumgebung erfordert wieder eine neue Eingewöhnung und ist eine Umstellung (Gatterer & Croy, 2005, S. 146f).

Idealerweise ist das Verhältnis von dementiell erkrankten Menschen und Personen ohne kognitiven Einschränkungen gleich verteilt. Bezüglich der Demenzstufe sind hier von einer beginnenden bis zur schweren Demenz vertreten. Begleiterscheinungen, welche durch Demenz entstehen können, wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, werden nur zum Teil akzeptiert (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 87).

Bei der integrativen Versorgung ist die Besuchshäufigkeit von Angehörigen höher, ebenso deren Einbindung in die Betreuung. Weitere Vorteile sind, dass die älteren Menschen häufiger an Veranstaltungen, Aktivitäten, Gedächtnistraining teilnehmen als im segregativen Sektor (Weyerer et al., 2005, S. 90).

2.3 Segregative Versorgung

Diese Form der Betreuung wird als eine Spezialabteilung für Menschen mit Demenzerkrankung angesehen. Hier leben und werden ausschließlich Menschen mit einer dementiellen Erkrankung zusammen betreut. Positiv bei dieser Versorgungsform sind vor allem die baulichen Anpassungen, welche speziell für Menschen mit kognitiven Einschränkungen gemacht werden. Dadurch wird das Suchen von verwirrten Personen vermieden. Begleiterscheinung der Erkrankung Demenz ist oft ein aggressives Verhalten, durch eine segregative Versorgung wird vermehrt Selbst- und Fremdschutz gewährleistet. Ältere Menschen ohne kognitiven Einschränkungen können oft nicht verstehen, warum ein Mensch mit Demenzerkrankung so handelt wie er handelt oder warum dieses Verhalten gezeigt wird. Dementiell erkrankten Menschen zeigen teilweise ein nicht adäquates Verhalten, gesunde Menschen verstehen dies oft nicht und reagieren darauf mit Aggression und Unverständnis (Gatterer & Croy, 2005, S. 146f). In segregativen Einrichtungen kommt es zu weniger Einsatz von beruhigender Medikation. Die Lebensqualität von den Betroffenen selbst als auch die des Personals hat sich in speziellen Demenzabteilungen verbessert (Gatterer & Croy, 2005, S. 151).

Die anschließende Tabelle 1 gibt einen Überblick der Unterschiedlichkeiten zwischen integrativer sowie segregativer Versorgungsform.

Tabelle 1: Unterschiedlichkeiten der integrativen und segregativen Versorgungsform

Integrative Versorgung	Segregative Versorgung
Heterogene Gruppe	Homogene Gruppe
Globale Betreuung	Individuelle Betreuung
Viel Stimulation	Gezielte Stimulation
Verhaltensauffälligkeiten stören den Ablauf	Toleranz für abnormales Verhalten
Fortbildungen breit angelegt	Fortbildungen speziell für den Bereich Demenz
Gartenbereich offen gestaltet	Gesicherter Gartenbereich – Rundwege

Quelle: Gatterer, Croy (2005, S. 151)

Anmerkung: Tabellarische Aufgliederung der diversen Unterschiede

Anhand der dargestellten Tabelle 1 wird ersichtlich, dass in der integrativen Versorgungsform eine heterogene Gruppe vorherrscht, im Gegensatz dazu im segregativen Bereich eine homogene Konstellation. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass die Betreuung im integrativen Sektor global und im gegengesetzten Bereich individuell stattfindet. Während bei der Integration viel Stimulation gegeben wird, findet im anderen Sektor eine gezielte, spezielle Stimulation statt. Verhaltensauffälligkeiten stören den Ablauf, wenn Menschen mit Demenz und Personen ohne kognitiven Einschränkungen gemeinsam leben. Bei der Segregation ist dafür mehr Toleranz ersichtlich. Eine weitere Unterschiedlichkeit ist, dass im integrativen Versorgungssektor Fortbildungen weit gefächert angelegt sind und auf speziellen Demenzbereichen gezielte Schulungen für den Demenzbereich angeboten werden. Auf einer Demenzstation sind außerdem die Gärten gesichert und durch Rundwege angelegt. Im integrativen Bereich ist der Gartenbereich offen gestaltet (Gatterer & Croy, 2005, S. 151).

Eine Ausgrenzung soll vermieden werden, daher können die BewohnerInnen in die Gemeinschaftsräume der anderen Bereiche gehen. Die hauptsächliche Betreuung findet jedoch in dem eigenen Aufenthaltsraum statt (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 63).

Studien haben gezeigt, dass Menschen mit schwerer Demenz in segregativen Betreuungsformen vermehrt Vertrauen entwickeln und dadurch eine ruhigere Grundstimmung herrscht (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 104).

Im segregativen Betreuungssektor werden Studien zufolge häufiger Daten zur Biografie erhoben. Die Orientierung der Pflege richtet sich daher vermehrt nach den biografischen Daten, den Vorlieben sowie Abneigungen (Weyerer et al., 2005, S. 85ff).

Ferner gibt es einen Ansatz, welcher eine teilsegregative Versorgung beinhaltet. Hierbei leben Menschen mit einer Demenzerkrankung und Personen ohne kognitiven Einschränkungen prinzipiell gemeinsam. An gewissen Tageszeitpunkten werden die dementiell erkrankten Menschen jedoch in speziellen Gruppen, abseits der anderen kognitiv gesunden Personen, betreut (Weyerer et al., 2005, S. 87).

Ergebnisse einer Forschung ergaben, dass sich sowohl bei einer segregativen Versorgung als auch bei der Kontrollgruppe, welche integrative betreut wurde, der Allgemeinzustand tendenziell verschlechtert. Dies führt zu einer höheren Anzahl an weiteren Erkrankungen. Körperliche Aktivitäten, kognitive Fertigkeiten sowie das Wohlbefinden werden positiv beurteilt (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 66ff).

Weitere Erkenntnisse dieser Studie sind, dass BewohnerInnen mit einer schweren Demenz in einem segregativen Betreuungssektor im Laufe der Zeit vermehrt Vertrauen entwickeln. Durch dieses aufgebaute Vertrauen kommt es zu einer ruhigeren und entspannten Grundstimmung. Ängste und Unruhe können bei Personen mit Verhaltensauffälligkeiten, aufgrund der Demenz, in einer bestehenden segregativen Gruppe genommen beziehungsweise gemildert werden (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 104).

Anhand einer in Deutschland angelegten Längsschnittstudie über die Auswirkungen der besonderen stationären Betreuungsformen wurde herausgefunden, dass beide Konzepte ihre gewissen Vorzüge aufweisen. Die körperliche Aktivität bleibt in der integrativen Versorgung länger und besser erhalten. Im Bereich der segregativen Versorgung wird vermehrt auf die Erhebung der Biografie geachtet. Beim Verlauf der nicht kognitiven Symptome sowie Einschränkungen, welche den Alltag betreffen, gab es keine signifikanten Unterschiede. Bei der speziellen Betreuung für Menschen mit Demenzerkrankung zeigten sich mehr positive Gefühle und Freude. Eine psychiatrische Behandlung ist bei der segregativen Betreuung weitaus häufiger. Verhaltensauffälligkeiten gehen im Laufe der Zeit eher beim integrativen Ansatz zurück (Weyerer, Schäufele, Hendlmeier, et al., 2004, S. 32ff).

3 Qualitatives Forschungsdesign

Als empirischer Teil dieser Bachelorarbeit II wurde ein qualitatives Forschungsdesign ausgewählt. Im Anschluss wird in diesen Unterkapiteln die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) näher erläutert sowie die Pflegeeinrichtung vorgestellt. Zum Schluss wird der Interviewleitfaden und die Durchführung der Experteninterviews beschrieben.

3.1 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Leitfaden gestütztes Interview ausgewählt, welches mit ExpertInnen durchgeführt wird. Hierbei spielt der berufliche Status der InterviewpartnerInnen eine wesentliche Rolle. Die Fragen wurden offen gestaltet, damit die ExpertInnen einen großen Spielraum zur Beantwortung haben. Damit der „rote Faden“ nicht verloren geht wurde das Interview strukturiert aufgebaut.

Bei einem Leitfaden gestützten Interview wird das Gespräch in eine gewisse Richtung gelenkt, damit qualitative hochwertige Daten erzeugt werden können. Der Interviewleitfaden wird im Vorhinein gestaltet und dient als Vorlage für die Gestaltung des Ablaufes. Inhalt sind fertig formulierte Fragestellungen, während des Interviews besteht jedoch ein Freiraum für Zwischenfragen, welche spontan frei formuliert werden können (Helfferich, 2014, S. 559f).

Nach erfolgter Durchführung der Interviews werden die Transkripte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) stellt eine Auswertungsmethode dar und ermöglicht Datenmengen für andere Personen nachvollziehbar, überprüfbar und übertragbar zu machen. Aufbauend auf den konkreten Forschungsstand und bereits fertigem sprachlichen Material wird im Vorhinein genau definiert wie die Analyse der Datenmaterialien stattfindet. Die Nachvollziehbarkeit für andere Menschen wird durch die Bildung von Categoriesystemen erreicht. Kategorien stellen zugleich innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse einen zentralen Faktor dar (Mayring, 2015, S. 51ff).

Anhand der Forschungsfragen und aufbauend auf dem vorhandenen Datenmaterial wurde die Zusammenfassung als die geeignete Analysetechnik ausgewählt. Das Ziel der Zusammenfassung ist es die Interviews zu reduzieren, damit schlussendlich die wesentlichen Inhalte zurückbleiben. Trotz dieser Reduktion soll weiterhin ein Ebenbild der Grundinterviews erhalten bleiben. Durch die Bildung von Kategorien werden bestimmte Textbestandteile herausgefiltert.

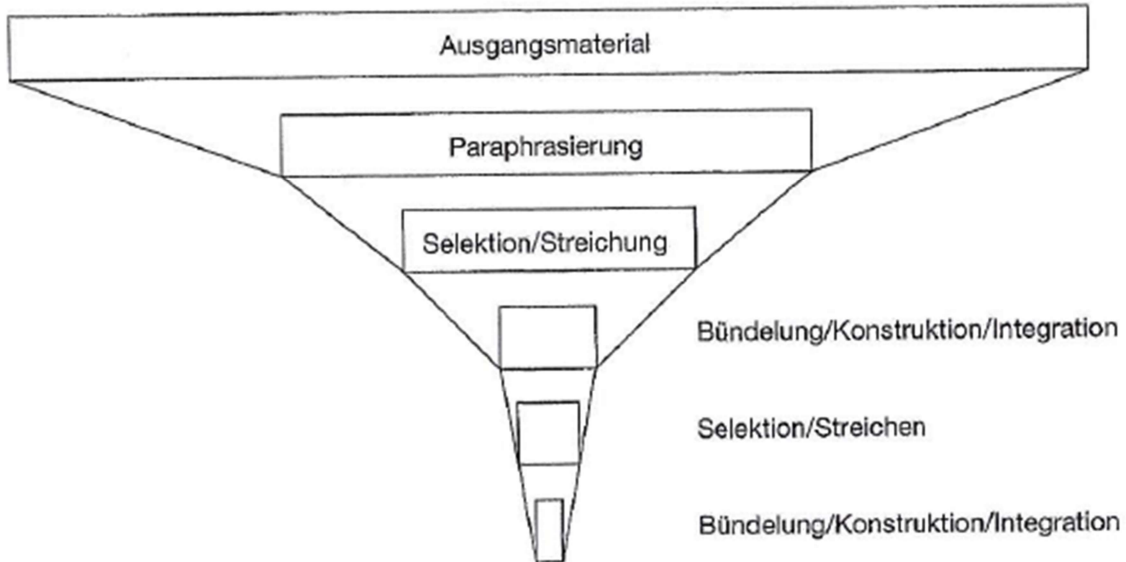
Anhand der Inhaltsanalyse werden alle Textteile betrachtet und systematisch auf das Zentralste reduziert (Mayring, 2015, S. 65ff).

Anschließend wird der Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse näher erläutert. Der erste Schritt besteht aus der Bestimmung der Analyseeinheit, diese wird durch die Forschungsfragen gelenkt. Dadurch wird festgelegt, was genau zusammengefasst werden soll. Im nächsten Schritt findet die Paraphrasierung statt (Z1 Regel). Hierbei werden alle Textteile gestrichen, welche nicht relevant für die Forschungsfragen sind. Ausschmückende, wiederholende Worte werden dabei weggelassen. Darauffolgend werden diese Textstellen auf eine einheitliche Sprache gebracht. Der letzte Schritt der Paraphrasierung ist die Herstellung von einer Kurzform, diese wird herausgeschrieben. Nachfolgend kommt es zur Z2 Regel, der Generalisierung. Hierbei kommt es zu einer Verallgemeinerung aller Paraphrasen. Durch die erste Reduktion werden alle Aussagen mit gleichem Inhalt gestrichen. Es werden nur Paraphrasen übernommen, welche zentral mit dem Thema in Verbindung stehen. Unwichtige beziehungsweise nicht für die Forschungsfrage aussagende Passagen, werden ebenfalls weggelassen. Bei der zweiten Reduktion kommt es zu einer Zusammenfassung von ähnlichen Paraphrasen diese werden durch eine neue Aussage wiedergegeben. Die erste Reduktion (Z3 Regel) beinhaltet die Schritte des Auslassens und der Selektion. Bei der zweiten Reduktion (Z4 Regel) handelt es sich um Bündelung, Konstruktion und Integration. Nach erfolgter Reduktionen wird überprüft ob die neuen Aussagen innerhalb der Kategorien dem Ausgangsmaterial entsprechen. Dieser Prozess der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird so oft kreisförmig durchlaufen, bis das Ergebnis dem Material entspricht (Mayring, 2015, S. 70ff).

Der Zweck der qualitativen Inhaltsanalyse ist, eine große Datenmenge auf eine überschaubare Menge zu reduzieren. Erreicht wird dies durch die Analyseform der Zusammenfassung (Mayring, 2015, S. 85).

Dieser Prozess der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wird in der Abbildung 2 veranschaulicht.

Abbildung 2: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung



Quelle: Mayring (2015, S. 85)

Anmerkung: Beschreibung des Prozesses der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Die Zusammenfassung der Transkripte wird anhand nachfolgender exemplarischer Tabelle (siehe Tabelle 2), angelehnt an Mayring (2015), stattfinden. Die erste Spalte zeigt, um welches Interview es sich hierbei handelt, dies beinhaltet die Interview Nummer. In der zweiten Spalte wird die Zeilennummer der transkribierten Interviews ersichtlich. Darauffolgend findet eine Nummerierung der Paraphrasen statt. In der vierten Spalte sind die Paraphrasen selbst nach erfolgter Z1 Regel ersichtlich. In der fünften Spalte findet die Z2 Regel statt, außerdem kommt es hier auch zu Streichungen. In der letzten Spalte werden die Ergebnisse mit der Kategorie zusammengefasst. Die Kategorien werden fortlaufend nummerisch erfasst und durch K1, K2, K3,... abgekürzt.

Tabelle 2: Erster Durchgang der Zusammenfassung

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Interviewfrage					
01	117-118	1	Paraphrase	Text Text Text	Kategorien (K1, K2,...)
02	122-123	2	Paraphrase	Text Text Text	
02	126-127	3	Paraphrase	Text Text Text	

Quelle: Mayring (2015, S. 74)

Anmerkung: Durchführung der Zusammenfassung der Interview Transkripte

Bei der Bildung von Kategorien gibt es zwei verschiedene Varianten, zum einen die induktive Entwicklung und zum anderen die deduktive Entwicklung. Bei der induktiven Kategorienbildung leiten sich die Kategorien direkt von den Interviews ab. Das Material wird Seite für Seite durchgearbeitet und zu passenden Kategorien hinzugegeben, beziehungsweise neue Kategorien gebildet. Dieser Vorgang wird so lange durchgeführt, bis alle relevanten Textteile einer Kategorie zugeteilt sind. Ergebnisse sind Kategorien zu einem bestimmten Themengebiet, welche auf spezielle Textteile zurückverfolgt werden können. Aufbauend auf dieser Methodik können die Kategorien im Sinne der Fragestellung interpretiert beziehungsweise Häufigkeiten angeführt werden (Mayring, 2015, S. 85ff).

Die Auswertung der Interview-Transkripte sowie die Analyse der Textbestandteile wird mit Hilfe der oben beschriebenen Tabelle im Datenverarbeitungsprogramm Excel vorgenommen.

3.2 Vorstellung der Pflegeeinrichtung und Auswahl der ExpertInnen

Die ausgewählte Pflegeeinrichtung befindet sich in Ostösterreich und bietet einen Pflegeplatz für ungefähr 150 Personen. Schwerpunkt der Einrichtung ist die geriatrische Langzeitbetreuung sowie die Pflege bei Menschen mit Demenz (www.infoservice.sozialministerium.at, 19.03.2018).

Bezüglich baulicher Besonderheiten gibt es in der ausgewählten Pflegeeinrichtung einen eigens angelegten Gartenbereich, welcher durch Rundgänge den dementiell erkrankten Menschen die Möglichkeit für Spaziergänge bietet.

In der angeführten Pflegeeinrichtung bei der segregativen Versorgungsform liegt der durchschnittliche Wert der Pflegestufen bei 5,14. Im Vergleich dazu auf einem integrativen Bereich ist dieser bei 4,18. Im segregativen Sektor leben neun Bewohnerinnen und fünf Bewohner.

Das durchschnittliche Alter der Frauen im segregativen Bereich beträgt 83,9 Jahre, bei den Männern liegt er bei 74,2 Jahre.

Beim integrativen Bereich wohnen vier Bewohner mit einem Durchschnittsalter von 74,5 Jahre und 13 Bewohnerinnen. Bei diesen liegt das durchschnittliche Alter bei 70,9 Jahre.

Studien zufolge ist die Wahrscheinlichkeit höher an Demenz zu erkranken, je höher das Alter ist. Frauen erkranken dabei häufiger als Männer (Sütterlin et al., 2011, S. 20).

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und die TeilnehmerInnen wussten darüber Bescheid, dass Sie das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden können. Jede/r InterviewpartnerIn hat eine Einverständniserklärung unterzeichnet. Die ExpertInnen waren mit den Bedingungen einverstanden. Vor dem Interview bekamen die TeilnehmerInnen einen kurzen Einblick über diese Thematik anhand eines Handouts. Sowohl die Vorlage der Einverständniserklärung, als auch das Handout befinden sich im Anhang der Arbeit.

Einschlusskriterium bezüglich der Auswahl war, dass die MitarbeiterInnen sowohl im segregativen als auch im integrativen Sektor Erfahrungen nachweisen können. Bei der Selektion der TeilnehmerInnen wurde zudem darauf geachtet, dass unterschiedliche Berufsgruppen (siehe Kapitel 3.4) vertreten sind, welche bei der Betreuung und Pflege von dementiell erkrankten Menschen beteiligt sind. Durch diese Vorauswahl kann ein weitläufiger und vor allem unterschiedlicher Einblick in diese Materie gegeben werden.

3.3 Vorstellung der Fragen

Zu Beginn des Interviews wurden allgemeine Daten erfasst. Nach dieser Befragung begann die Aufzeichnung des Interviews.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Leitfaden gestütztes Interview durchgeführt. Der Interviewleitfaden umfasst fünf Schwerpunktfragen. Zu Beginn wird auf die Unterschiedlichkeiten der beiden Versorgungsformen eingegangen. Hervorgehoben werden besonders positive als auch negative Erfahrungen.

- 1) Im Laufe Ihrer Berufserfahrung konnten Sie bereits im segregativen als auch im integrativen Sektor Erfahrungen sammeln. Nennen Sie mir die wesentlichen Erkenntnisse zwischen diesen beiden Versorgungsformen!
- 1a) Was ist Ihnen hierbei besonders positiv beziehungsweise extrem negativ aufgefallen?

Die zweite Hauptfrage betrifft die positiven Aspekte einer segregativen Betreuungsform.

- 2) Worin sehen Sie den größten Vorteil einer segregativen Betreuungsform?
- 2a) Welche anderen positiven Erlebnisse der segregativen Versorgung fallen Ihnen noch ein?

Nachkommend werden die negativen Ansichten sowie Grenzen einer speziellen Demenzstation beleuchtet.

- 3) Welche Nachteile ergeben sich durch spezielle Demenzstationen in Form einer segregativen Versorgungsform?
- 3a) Welche Grenzen beziehungsweise Hindernisse sehen Sie, die durch die Betreuung in einer segregativen Versorgungsform entstehen können?

Rückblickend auf die Vor- und Nachteile einer segregativen Versorgungsform wird auf die ExpertInnenmeinung bezüglich einer individuellen Empfehlung für oder gegen eine segregative Versorgung erfragt.

- 4) Inwieweit ist die segregative Versorgungsform für Menschen mit Demenz empfehlenswert?
- 4a) Wäre ein integrativer Ansatz Ihrer Meinung nach teilweise besser? Wenn ja, können Sie mir ein Beispiel dazu nennen?

Aufbauend darauf werden die Vor- und Nachteile des integrativen Ansatzes erfragt.

- 4b) Welche Vorteile beziehungsweise Nachteile ergeben sich für Menschen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich?

Die letzte Fragestellung setzt auf das Ausbaupotential der segregativen Betreuungsform an.

- 5) Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt, zum Schluss würde ich gerne noch wissen, was Sie sich für die Zukunft wünschen, wo sehen Sie noch ein Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform?

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang beigelegt.

3.4 Durchführung der Interviews

Nach erfolgter Auswahl der ExpertInnen wurden die Interviews einzeln durchgeführt. An dem Interview nahmen ausschließlich Frauen teil. Am Beginn des Interviews wurden einige persönliche Eckdaten erhoben, damit eine Auswertung und Beschreibung der Interviewpartnerinnen durchgeführt werden konnte. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde darauf geachtet, dass mehrere Berufsgruppen, welche mit der Betreuung und Pflege von dementiell erkrankten Menschen beschäftigt sind, vertreten waren. Die ausgewählten Berufsgruppen sind der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistenten sowie Heimhilfen. Eine Interviewpartnerin ist zwischen 30 und 40 Jahre alt, zwei sind zwischen 45 und 50. Weitere zwei sind im Alter zwischen 50 und 55.

Außerdem wurden die Berufsjahre erfragt, die Auswertung dieser Daten ergab, dass zwei Expertinnen zwischen fünf und zehn Jahren Berufserfahrung haben. Zwei weitere haben zwischen zehn und zwanzig Jahre Erfahrung in diesem Beruf. Eine Interviewpartnerin hat mehr als zwanzig Berufsjahre. Anhand dieser Auswertung wird ersichtlich, dass die ausgewählten Expertinnen bereits über sehr viel Berufserfahrung verfügen und dadurch ein qualitativ hochwertiges Ergebnis erwartet werden kann.

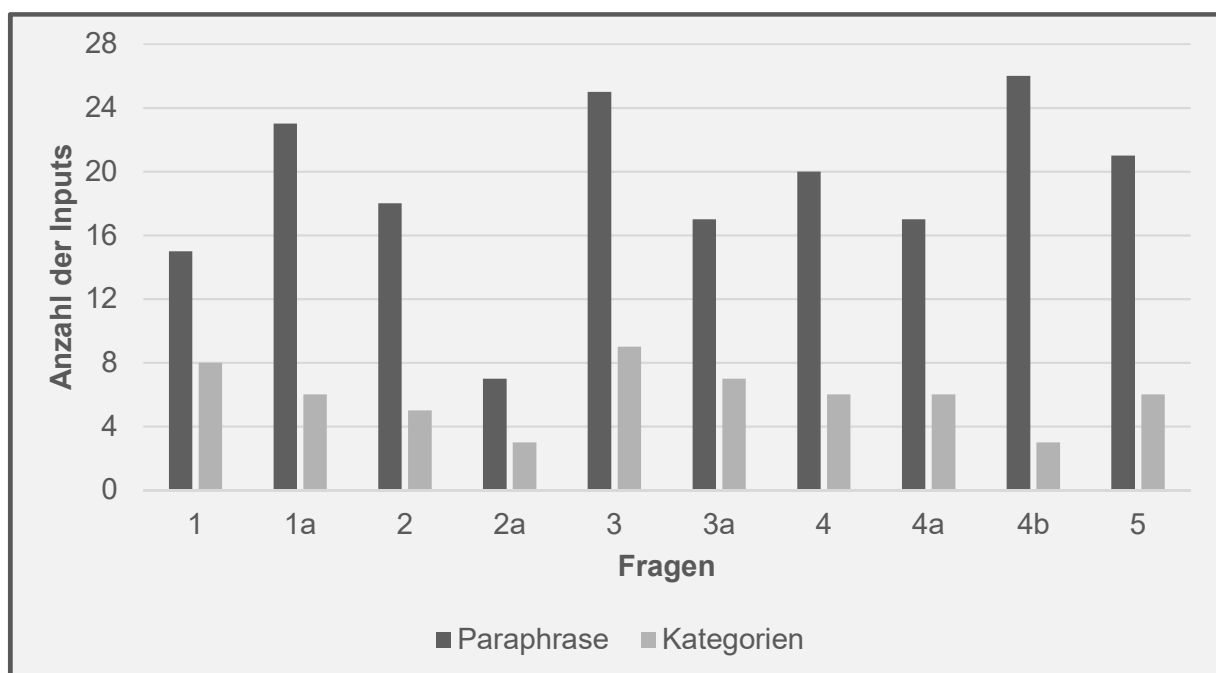
Die Interviews wurden an einem ruhigen Ort in der Pflegeeinrichtung durchgeführt um von externen Einflüssen abgeschlossen zu sein. Die Expertinnen wussten darüber Bescheid, dass die Teilnahme freiwillig ist und wurden zuvor darüber informiert, dass dieses Interview aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird.

4 Auswertung

In den anschließenden Unterkapiteln werden die Auswertungen der geführten Interviews pro Fragekategorie veranschaulicht. Die jeweiligen Reduktionen der einzelnen Fragestellungen und die daraus gewonnenen Kategorien werden dargestellt. Dabei werden einige aussagekräftige Zitate von unterschiedlichen Transkripten zur besseren Verständlichkeit in die Auswertungen miteinbezogen. Diese werden erkenntlich gemacht anhand der Transkripte Nummern.

In der nachfolgenden Grafik (Abbildung 3) wird die Anzahl der Inputs von den Expertinnen dargestellt. Diese Abbildung soll den Unterschied zwischen der Anzahl der Paraphrasen und der daraus entstandenen Kategorien zeigen.

Abbildung 3: Auswertung der Interviewfragen



Quelle: Fellner – eigene Darstellung

Anmerkung: Darstellung der Anzahl an Paraphrasen im Vergleich zu der Menge an Kategorien

Anhand dieser Grafik (Abbildung 3) wird sichtbar, wie viele Paraphrasen durch die fünf Interviews entstanden sind. Die Fragestellung 4b und 3 lieferten die meisten Inputs. Auffallend ist, dass die Fragestellung 4b zugleich die wenigsten Kategorien liefert. In anschließenden Unterkapiteln werden die einzelnen Fragestellungen beantwortet.)

4.1 Wesentliche Erkenntnisse zwischen integrativer und segregativer Versorgungsform

Dieser Unterpunkt wird anhand folgender Fragestellung des Interviews beantwortet:

- Nennen Sie mir die wesentlichen Erkenntnisse zwischen diesen beiden Versorgungsformen.

Im segregativen Sektor bilden die BewohnerInnen eine gemeinsame Einheit. Dadurch passen sie auch besser zusammen. Es stört nicht, wenn jemand aufgrund der Erkrankung zum Beispiel von einem falschen Glas trinkt. Personen ohne kognitiven Einschränkungen empfinden solche fehlenden Verhaltensnormen als störend. Wegen der Demenz besteht ebenso kein Schamgefühl. Menschen mit einer schweren Demenz können in einem segregativen Bereich besser betreut werden. *„Und im segregativen Sektor ja, sind sie eine Einheit. Da gibt es kein Schamgefühl in dem Sinne. Die wachsen meiner Meinung nach viel schneller zusammen, als in der anderen Form.“* (Transkript 01, Zeile 9-11).

In einem integrativen Bereich werden dementiell erkrankte Menschen mehr visuell aufgefangen. Viele verschiedene Charaktere herrschen und die BewohnerInnen denken oft noch anders, da sie teilweise in ihrer Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten sind beziehungsweise keine kognitiven Einschränkungen haben. Personen ohne Demenz sind jedoch weniger tolerant den dementiell erkrankten Menschen gegenüber. Positiv sei, dass ein aktiveres Gesellschaftsleben stattfindet, sie nehmen aktiver am Leben teil. Diese Aussagen werden ebenfalls durch die Angaben der Pflegeeinrichtung bestätigt, in einem integrativen Sektor nehmen die BewohnerInnen aktiver an Beschäftigungsangeboten sowie Ausflügen teil.

Bei der Versorgung und Betreuung in einem integrativen Bereich sei der Schwerpunkt ein anderer als im segregativen Sektor. Der dementiell erkrankte Mensch bekommt in einem integrativen Sektor zwar Unterstützung und Hilfestellung durch andere BewohnerInnen, jedoch wird dieser zugleich bevormundet.

Durch die erste Fragestellung kommt eine Interviewpartnerin zu dem Entschluss, dass ein integrativer Ansatz nicht sehr förderlich für dementiell erkrankte Menschen sei. Eine andere wiederum meint, es sei schwierig zu beurteilen, ob integrativ oder segregativ besser sei. Viele verschiedene Inputs kommen seitens der Expertinnen, welche durch die Reduktion zu acht Kategorien führt.

4.2 Positive und negative Aspekte beider Versorgungsformen

Die positiven als auch negativen Aspekte einer integrativen sowie segregativen Form werden anhand folgender Fragestellung beantwortet:

- Was ist Ihnen hierbei besonders positiv beziehungsweise extrem negativ aufgefallen?

Bei der segregativen Betreuungsform sei positiv, dass alle eine einheitliche Demenzstufe haben und es daher auch keine Schamgrenze gibt. Es treten weniger Konflikte auf, obwohl teilweise die Demenz schon sehr weit fortgeschritten ist. Die BewohnerInnen fühlen sich wohl und nicht gegenseitig durch die Anwesenheit anderer Menschen mit Demenz gestört. *„Besonders positiv finde ich, im segregativen Bereich, dass sich die Leute glaub ich unter sich auch wohl fühlen ja. Die stört das nicht wie sie sind.“* (Transkript 03, Zeile 19-20).

Viele BewohnerInnen haben die gleichen Bedürfnisse in einer segregativen Versorgungsform, wie zum Beispiel einen Laufdrang oder einen gestörten Tag-Nachtrhythmus.

Positiv im integrativen Bereich sei anzumerken, dass sich die BewohnerInnen gegenseitig stützen und helfen können. Diese Hilfsbereitschaft sei oft mit viel Geduld verbunden. Positiv wird von einer Expertin erwähnt, dass die Menschen mit einer Demenzerkrankung bei einer integrativen Betreuung nicht so schnell abrutschen.

Bei der integrativen Versorgung werden weitaus mehr negative als positive Aspekte aufgezählt. Sehr häufig wird unter anderem erwähnt, dass sich Personen ohne kognitiven Einschränkungen durch Menschen mit Demenz gestört fühlen. Dadurch entstehen öfters Konflikte und Auseinandersetzungen. Diese müssen auch sofort geklärt und gerichtet werden, da sich sonst der Streitpunkt immer mehr aufschaukelt. Hierbei kann es sich jedoch auch nur um Kleinigkeiten handeln. Die integrative Form zeichnet sich durch weniger Toleranz aus. Dies kann jedoch auch daran liegen, dass die älteren Menschen zu wenig Wissen über die Erkrankung Demenz haben und teilweise trotzdem ein Unverständnis vorherrscht. Somit kommt es dazu, dass die dementiell erkrankten Menschen nicht verstanden werden und auf sie quasi hinabgeschaut wird. Es kann auch dazu kommen, dass die dementiell erkrankten Menschen beschimpft werden, da die Personen ohne kognitiven Einschränkungen keinen Sinn in zum Beispiel wiederkehrenden Handlungen sehen und sie daher schneller verurteilen. Wiederholende Tätigkeiten sind beispielhaft den Tisch ständig wischen, auf und ab gehen, oder sich selbst ständig abwischen. Die Aussage, dass die positiven als auch negativen Aspekte gleich verteilt sind trifft anhand der ausgearbeiteten Interviews nicht zu, da hier mehr negative als positive Ansichten aufgezählt werden. Auch hier kommt es zum Ausdruck, dass der segregative Ansatz besser sei und es hierbei keine besonderen negativen Aspekte gäbe.

4.3 Größter Vorteil und positive Erlebnisse des segregativen Sektors

- Worin sehen Sie den größten Vorteil einer segregativen Betreuungsform?
- Welche anderen positiven Erlebnisse der segregativen Versorgung fallen Ihnen noch ein?

Eine gut miteinander funktionierende Einheit entsteht. Menschen mit Demenz sind unter sich und alle haben das gleiche Krankheitsbild. Dadurch kommt es zu keiner Verurteilung innerhalb der BewohnerInnen. *„Ein dement Kranker verurteilt den andern nicht.“* (Transkript 04, Zeile 34).

Personen mit einer schwereren Demenz werden hier besser toleriert und auch in der Gruppe integriert. Für die MitarbeiterInnen fällt das Arbeiten leichter, da sie sich hier alleinig auf die Erkrankung einstellen können und daher individuell auf den / die BewohnerIn einstellen können. Eine alleinige Beschäftigung mit der Thematik Demenz kann stattfinden, ähnlich wie bei der Validation. Ein anderer Umgang findet statt, wenn ausschließlich Personen mit einer dementiellen Erkrankung betreut werden.

Dementiell erkrankte Menschen haben oft die selben Bedürfnisse, dies kann zum Vorteil als auch zum Nachteil werden. Die Pflegeperson kann besser auf die individuellen Anliegen eingehen, welche anders sind als im integrativen Sektor. Die Erkrankung Demenz birgt oft viel Stress und es kommt immer wieder zu Herausforderungen. Trotz dieser erschwerenden Bedingungen sind vor allem Zuneigungen, Umarmungen sowie ein respektvoller Umgang sehr wichtig. Wird dies beachtet, so steht einem reibungslosen Alltagsablauf nichts im Wege.

Positiv auffallend sei, dass sich dementiell erkrankte Menschen teilnahmslos gegenseitig akzeptieren. Sie entwickeln einen anderen Zugang zueinander, welchen außenstehende Personen nicht wahrnehmen können. Durch diesen individuellen Umgang miteinander helfen sie sich gegenseitig in ihrer Erkrankung. Es kommt zu keiner Konfrontation mit einem Schamgefühl, überdies belächeln sie sich nicht gegenseitig. Gesellschaftliche Regeln und Normen sind in der segregativen Form nicht so relevant. Eine spezielle Sitzplatzordnung hat hier nicht so einen hohen Stellenwert wie im integrativen Sektor. *„So gesellschaftliche Normen wie wo etwas zu stehen hat. Wie etwas zu sein hat. Fällt da weg.“* (Transkript 02, Zeile 39-40).

4.4 Nachteile einer segregativen Versorgungsform

- Welche Nachteile ergeben sich durch spezielle Demenzstationen in Form einer segregativen Versorgungsform?

In der segregativen Betreuungsform schreitet die Erkrankung laut Aussage einer Interviewpartnerin schneller voran. *„Dass diese Bewohner ja in ihrer Erkrankung sehr schnell voranschreiten und immer nur das gleiche visuelle vor Augen haben, sie haben einfach diese Erkrankung.“* (Transkript 01, Zeile 56-58).

Ein ständiger geistiger Abbau findet statt, weiters bekommen die BewohnerInnen wenig neue visuelle Impulse und sind weniger Reizen ausgesetzt. Zudem findet weniger Förderung bis gar keine in eine andere Richtung statt. Immer öfters kommt es dazu, dass das Erkrankungsbild der Demenz in den Vordergrund gestellt wird. Diese Erkrankung erfordert oft eine zeitintensive 1:1 Betreuung, dieser Mehraufwand entsteht durch die Demenz und deren Begleitscheinungen. Für dementiell erkrankte Menschen wird viel Zeit benötigt um Beobachtungen und zum Beispiel die Techniken der Validation durchführen zu können. Diese Tätigkeiten beansprucht wiederum Zeitressourcen. Zum einen steht die Erkrankung selbst im Vordergrund und zum anderen die Versorgung sowie die Ernährung. Ausreichend Personal sei notwendig, damit die dementiell erkrankten BewohnerInnen mehr gefördert und gefordert werden können. Bei Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz müsse von Haus aus der Personalschlüssel dementsprechend angepasst werden, damit eine professionelle und würdevolle Pflege und Betreuung durchgeführt werden kann, welche den Anforderungen eines Menschen mit Demenz entsprechen. Negativ wird zudem auch durch eine Interviewpartnerin angemerkt, dass alle in der gleichen Demenzstufe seien. Als problematisch wird auch der Prozess einer Neuaufnahme von BewohnerInnen erachtet. Hier fällt die Auswahl oft sehr schwer eine/n passende/n BewohnerIn zu finden, da sich diese/r in eine bereits bestehende und gut funktionierende Gruppe anpassen muss. Findet eine Integration statt, so kann es vor allem am Beginn zu Aggressionen kommen. Laut Aussage einer Expertin gibt es bei der segregativen Versorgungsform wenig Nachteile, da diese Variante sehr positiv für Menschen mit kognitiven Einschränkungen sei.

Durch die unterschiedlichen Inputs der Expertinnen werden neun Kategorien gebildet. Wobei zwei dieser Kategorien nicht die tatsächliche Fragestellung beantworten, sondern andere Themengebiete beschreiben. Durch die Teilnehmerinnen kommen einige identische Aussagen, daher kommt es in der Generalisierung zu einigen Streichungen der Paraphrasen. Mit 25 Aussagen durch die Expertinnen zählt dieser Abschnitt zu der zweit umfangreichsten Fragestellung.

4.5 Grenzen und Hindernisse der segregativen Versorgungsform

Die Grenzen sowie Hindernisse der segregativen Form werden anhand der darauffolgenden Forschungsfrage herausgearbeitet.

- Welche Grenzen beziehungsweise Hindernisse sehen Sie, die durch die Betreuung in einer segregativen Versorgungsform entstehen können?

Durch mehrere Interviewpartnerinnen wird angeführt, dass die Grenzen vor allem das vorhandene Personal, die Ressourcen sowie die finanziellen Mittel darstellen. *„Die Grenzen sind natürlich das Personal, was zur Verfügung steht. Die Mittel zur Verfügung und die Ressourcen die zur Verfügung stehen, das können die Grenzen die Hindernisse gleich beidseits sein.“* (Transkript 01, Zeile 68-70). Bei einer ausreichenden Personalbesetzung kann noch besser und individueller auf die BewohnerInnen eingegangen und aktiver gefördert werden. Nachteilig wird empfunden, dass die Versorgung oft in den Vordergrund gestellt wird und dadurch die anderen Bedürfnisse leichter übersehen werden. Demente Menschen sind sehr stark auf die Pflegepersonen angewiesen, vor allem in der schweren Demenzstufe. Durch diese hohe Abhängigkeit wird viel Zeit in Anspruch genommen, da der/die BewohnerIn in all seinen/ihren Aktivitäten des täglichen Lebens auf eine Unterstützung angewiesen ist. Die Körperpflege, das Kleiden, die Nahrungsaufnahme müssen oft durch eine Pflegeperson übernommen werden.

Personen mit kognitiven Einschränkungen sind sehr sensibel und spüren, wenn jemand unter Zeitdruck arbeitet, dies wirkt sich somit negativ auf den / die BewohnerIn aus. Daher benötigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen viel mehr Zeit als Personen ohne kognitive Einschränkungen. Zudem wird viel Zuwendung, Liebe, Geduld und Ruhe gebraucht. Durch die Durchführung der Interviews wird deutlich, dass es zu wenig Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz gäbe. Eine Interviewpartnerin merkt an, dass es nur Vorteile bei einer segregativen Betreuungsform gäbe.

17 Paraphrasen werden durch die fünf Interviewteilerinnen geliefert, daraus werden schlussendlich sieben Kategorien gebildet.

4.6 Empfehlung für oder gegen eine segregative Versorgungsform

- Inwieweit ist die segregative Versorgungsform für Menschen mit Demenz empfehlenswert?

Zu Beginn der Demenzerkrankung stellt sich eine häusliche Versorgung als ideal dar. Sobald die Erkrankung fortschreitet, sei eine Versorgung in einer stationären Einrichtung mit dem Schwerpunkt auf Demenz ratsam. Bei der segregativen Versorgungsform sei eine Gliederung nach dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung besser. *„Ich finde, dass es schon empfehlenswert ist, Menschen mit Demenz im weitesten Sinne her schon am besten ist, wenn man sie von der Erkrankung der Demenz zusammen tut.“* (Transkript 01, Zeile 90-92).

Ein positiver Effekt entsteht somit für Menschen mit schwerer Demenz, da diese unter sich sind und nicht von den anderen BewohnerInnen ausgeschlossen oder verspottet werden können. Alle fünf Expertinnen empfehlen die segregative Versorgungsform für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. *„Es ist sehr empfehlenswert, dass die dement Kranken untereinander bleiben und nicht vermischt werden mit normalen Geriatrie Bewohner.“* (Transkript 04, Zeile 69-70).

Gründe dafür sind, dass durch diese Betreuungsform keine Spannungen entstehen, weniger Konflikte unter den BewohnerInnen vorherrschen und dadurch die Menschen mit Demenz nicht so einem großen Stress ausgesetzt sind. Der Alltag läuft prinzipiell stressfreier ab, da es zu weniger Beschimpfungen oder Belästigungen kommt. Die segregative Form hat eher nur Vorteile und die BewohnerInnen werden nicht ausgeschlossen, sondern akzeptieren sich gegenseitig. Positiv sei noch, dass auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen besser und vermehrt eingegangen werden kann. Durch all diese positiven Aspekte kommt es zu weniger Einschränkungen für die dementiell erkrankten Menschen. Wenn keine segregative Betreuungsform möglich ist, dann wird der Alltag spürbar schwieriger.

Wichtig sei, dass keine Überforderung erzeugt wird, da dies bei der Betreuung und Versorgung von dementiell erkrankten Menschen zu einem Hindernis werden kann. Positiv sei, dass bei der segregativen Versorgungsform auch die Angehörigen mehr Wissen und dadurch Verständnis für die Erkrankung Demenz haben. Bei der integrativen Form kann es oft dazu kommen, dass die Angehörigen keine Erfahrungen mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen haben und daher viele Erklärungen notwendig sind. Schwierig sei immer im Hinterkopf zu behalten, dass der Mensch nur deswegen so handelt, weil er an Demenz erkrankt ist.

4.7 Empfehlung für oder gegen eine integrative Versorgungsform

- Wäre ein integrativer Ansatz Ihrer Meinung nach teilweise besser?

Eine Expertin gibt an, dass ein integrativer Ansatz vor allem zu Beginn der Demenz teilweise besser sei. Positiv sei jedoch auch, wenn dementiell erkrankte Menschen mit Personen ohne kognitiven Einschränkungen zusammenleben. Dadurch können Handlungen gegenseitig abgesehen werden.

Eine weitere Expertin gibt an, dass eine integrative Form möglich sei, jedoch müssen dafür gewisse Voraussetzungen vorhanden sein. Personen ohne kognitiven Einschränkungen müssen tolerant sein, dies sei immer auch abhängig von den vorhandenen Personen und deren Charakteren. Drei von den Expertinnen geben an, dass für dementiell erkrankte Menschen eine Betreuung in einem integrativen Sektor nicht gut sei. *„Nein eher nicht, wäre nicht besser ein integrativer Ansatz.“* (Transkript 05, Zeile 51).

Die Erkrankung soll nicht in den Vordergrund gestellt werden und der Mensch trotz seiner Krankheit wahrgenommen werden. Menschen ohne kognitiven Einschränkungen sind teilweise mitfühlend und möchten hilfsbereit sein. Diese helfen den dementiell erkrankten Menschen beim Wasser einschenken, heben Sachen auf, welche hinuntergefallen sind oder schieben den Becher näher hin. Personen ohne kognitiven Einschränkungen wollen sich gebraucht fühlen und gleichzeitig Gutes für andere tun. Jedoch stoßen sie im Zusammenhang mit dementiell erkrankten Menschen oft an ihre Grenzen. Sie verstehen nicht warum Personen mit kognitiven Einschränkungen zum Beispiel ständig aufstehen oder immer wieder das gleiche erzählen. Durch dieses Unverständnis kommt es oft zu Beschimpfungen und Beleidigungen.

4.8 Vor- und Nachteile in einem integrativen Wohnbereich

Die Vor- und Nachteile eines integrativen Sektors werden anhand dieser Fragestellung beantwortet:

- Welche Vorteile beziehungsweise Nachteile ergeben sich für Menschen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich?

Bei den Vor- und Nachteilen eines integrativen Wohnbereiches kommt es seitens der Expertinnen zu sehr vielen wesentlichen Inputs. Drei Kategorien werden daraus abgeleitet.

Einige Vorteile gibt es, welche sich für Personen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich ergeben, diese sind unter anderem die gegenseitige Hilfsbereitschaft und das bieten von

Orientierungshilfen. *„Einer kann helfen, dem anderen wird geholfen, unter dem Prinzip.“* (Transkript 05, Zeile 56-57). Dementiell erkrankte Menschen bekommen ein Gefühl der Geborgenheit. Eine bessere Kommunikation sei möglich und dadurch sei auch das Gesellschaftsleben aktiver. Ein wesentlicher positiver Punkt sei, dass sich die Menschen mit Demenz Verhaltensformen anschauen können, zum Beispiel der richtige Umgang mit dem Besteck. *„Dann sieht man direkt, dass sie zum Nachbarn schauen. Na der nimmt den Löffel, so kann ich die Suppe halt essen.“* (Transkript 04, Zeile 84-85). Auch Personen mit schwerer Demenz können in einem integrativen Sektor profitieren.

In einem integrativen Bereich stoßen die Menschen mit kognitiven Einschränkungen öfters auf Ablehnung. Hauptnachteil seien unter anderem auch Beschuldigungen seitens der Personen ohne kognitiven Einschränkungen. *„Aber wenn ich so auf das große und ganze denke ist für mich der Hauptnachteil, dass sie dann eben oft konfrontiert werden mit einem, na bist du blöd. Weißt du das nicht? Oder was machst du da?“* (Transkript 02, Zeile 110-112).

Zu diesen Aussagen kommt es, weil ein Unverständnis und zu wenig Wissen über die Erkrankung Demenz vorherrscht. Wären alle dement, so würde es keinem etwas ausmachen, wenn zum Beispiel die Toilettentüre offenbleibt. Die Erkrankung Demenz und deren Begleitsymptome werden als störend empfunden. Hin und wieder kommt es dazu, dass Menschen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich durch Personen ohne kognitiven Einschränkungen bevormundet werden. Schwierig sei, dass ältere Menschen die Handlungen von dementiell erkrankten Menschen verstehen sowie respektieren und akzeptieren. In einem integrativen Bereich haben es vor allem schwer demente Personen nicht leicht, diese werden sogar oft nicht akzeptiert.

Eine Eingliederung in eine bereits bestehende Gruppe sei zu Beginn schwieriger. Die Integration fällt jedoch von Tag zu Tag leichter. Daher sei beim Aufnahmeprozess eines Menschen mit Demenz eine Unterstützung durch das Pflegepersonal notwendig. Am Beginn können oft Auseinandersetzungen sowie Verständnislosigkeit zum Vorschein kommen.

Mit 26 Paraphrasen stellt sich heraus, dass diese Frage, die umfangreichste ist. Dies liegt darin, dass die Fragestellung sehr weitgefächert ist und sowohl positive als auch negative Aspekte aufgreift. Nach der Generalisierung bleiben 20 Aussagen weiterhin bestehen. Diese wurde zum Schluss in der Reduktion auf drei Kategorien heruntergekürzt. Wobei Kategorie 51 die Vorteile des integrativen Ansatzes widerspiegeln und Kategorie 52 die Nachteile.

4.9 Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform

- Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt, zum Schluss würde ich gerne noch wissen, was Sie sich für die Zukunft wünschen, wo sehen Sie noch ein Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform?

Die letzte Interviewfrage baut auf die Zukunft und das Ausbaupotential einer segregativen Betreuungsform auf. Hierbei wird vor allem beobachtet, dass einige Expertinnen die gleichen Ansätze haben. Durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen werden sechs Kategorien gebildet.

Ausbaupotential wird vor allem in vermehrten Fort- und Weiterbildungen über Demenz gesehen. Auch spezielle Schulungen zum Umgang mit dementiell erkrankten Menschen seien hilfreich. Wichtig sei außerdem bei der Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, dass genügend Zeitressourcen vorhanden sind. *„Für die Zukunft wünschen würde ich mir mehr Zeit für den Bewohner. Dazu gehört natürlich das nötige Personal.“* (Transkript 01, Zeile 148-149).

Ausreichend Zeit sei vor allem bei Menschen mit schwerer Demenz notwendig, da diese sehr empfindlich sind und es merken, wenn jemand unter Zeitdruck arbeitet. Angemessene Zeitressourcen seien notwendig, damit ein würdevoller letzter Lebensabschnitt ermöglicht werden kann. Daher entsteht ein Ausbaupotential durch mehr qualifiziertes Personal. Durch eine passende Ausbildung können die BewohnerInnen noch besser gefördert werden. Bei Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz sollte vermehrt auf Ausbildung und Fortbildung geachtet werden. Ein zusätzliches Personal für die Betreuung und Beschäftigung sei sehr vorteilhaft. Die Beschäftigungsangebote sollten jedoch am gleichen Ort stattfinden, den die BewohnerInnen bereits kennen, denn sonst entsteht Angst und Unruhe. Ausbaupotential besteht bei Aromapflege und Basale Stimulation. Auch Spezialisten, wie Therapeuten und Animateure, seien bei der Betreuung und Versorgung von dementiell erkrankten Menschen sehr wichtig. Das Personal muss die Möglichkeit haben, tageweise auf eine andere Station zu wechseln, damit wieder Energie getankt und sich voll und ganz auf den Menschen mit Demenz eingelassen werden könne.

Wichtig sei vor allem immer, dass der/die BewohnerIn wahrgenommen wird, damit sich diese/r geborgen fühlt. Durch Backen und gemeinsames Kochen können aufgrund der Gerüche auch bei Menschen mit schwerer Demenz wieder Erinnerungen geweckt werden.

5 Ergebnisse

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der Bachelorarbeit II vorgestellt. Die arbeitsleitenden Forschungsfragen:

- Worin liegen die Chancen und Grenzen des segregativen Versorgungskonzeptes bei der Betreuung von älteren Menschen?
- Inwieweit ist dieses Modell als empfehlenswert bei der Versorgung von Menschen mit Demenz zu betrachten?

lassen sich nun aufgrund der vorhandenen Literatur und des durchgeführten empirischen Teiles wie folgt beantworten.

Chancen des segregativen Versorgungskonzeptes sind vor allem, dass eine Einheit entsteht und alle BewohnerInnen die gleiche Erkrankung haben. Die BewohnerInnen passen dadurch besser zusammen und es kommt zu weniger Streitigkeiten und Konflikten. Innerhalb des segregativen Sektors kommt es zu keiner Verurteilung. Idealerweise findet auch eine Gliederung nach dem Schweregrad der Demenz statt, damit eine einheitliche Demenzstufe vorherrscht. Durch diese Erkrankung gibt es kein Schamgefühl und Verhaltensnormen werden als nicht so wichtig erachtet. Eine weitere Chance besteht vor allem für Menschen mit einer schweren Demenz, da diese in einem segregativen Sektor besser toleriert und auch integriert werden. Eine individuelle Einstellung auf den einzelnen Menschen ist möglich. Auch die Angehörigen sind besser über die Erkrankung Demenz und deren Symptome informiert. Dies erleichtert auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Das Gesellschaftsleben sei nicht so aktiv, wie in der integrativen Versorgungsform, dies stellt unter anderem eine Grenze dar. Die BewohnerInnen werden leichter bevormundet durch Personen ohne kognitiven Einschränkungen. Nachteilig kann ebenfalls sein, dass alle die gleichen beziehungsweise ähnlichen Bedürfnisse haben. Ein vermehrter Laufdrang sowie ein veränderter Tag- Nachtrhythmus können auftreten. Im segregativen Sektor stellt vor allem das Fehlen von dem gegenseitigen Stützen eine Grenze dar. Dadurch können Verhaltensformen sowie Normen nicht abgeschaut werden. Die Erkrankung schreitet in der segregativen Form schneller voran, da weniger neue visuelle Impulse vorhanden sind und weniger Reize vorherrschen. Zudem findet selten eine Förderung in eine andere Richtung statt. Die Erkrankung Demenz und die Versorgung wird oft in den Vordergrund gestellt, andere Bedürfnisse werden leichter übersehen. Die Erkrankung und deren Begleitscheinungen verursachen oft Stress und stellt eine Herausforderung dar. Oft sei eine zeitintensive bis zu 1:1 Betreuung notwendig. Diese

intensive Einzelbetreuung stellt wiederum einen Mehraufwand dar, welcher viel Zeit in Anspruch nimmt. Grenzen seien auch der Personalschlüssel, die vorhandenen Ressourcen sowie finanzielle Mittel. Für Menschen mit Demenz gibt es zu wenig Spezialeinrichtungen.

Eine segregative Betreuung sollte nach dem Schweregrad der Demenz gegliedert sein. Für Menschen mit einer schweren Demenz stellt der segregative Sektor eine sehr wichtige Form dar. Positiv sei hierbei, dass die Personen mit kognitiven Einschränkungen unter sich sind.

Die segregative Versorgungsform stellt sich generell als sehr positiv dar. Alle Expertinnen empfehlen eine segregative Form für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Drei Expertinnen sind gegen die integrative Betreuung. Zu Beginn der Demenzerkrankung sei eine Betreuung und Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in einem integrativen Sektor jedoch möglich. Generell sei diese möglich, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben sind. In einem integrativen Bereich haben es vor allem schwer demente Personen schwieriger, diese werden oft nicht akzeptiert.

6 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Anhand der ausgewerteten Interviews und der zuvor beschriebenen Literatur findet in diesem Kapitel ein Theorie-Praxis Vergleich statt.

Bezüglich des veränderten Tag-Nacht-Rhythmus aufgrund der Demenz gibt es eine Übereinstimmung von der Theorie und Praxis. *„Haben ziemlich alle schon die gleiche Form. Also eben den Laufdrang, oder den Tag-Nachtrhythmus Tausch viele Bedürfnisse eben gleich.“* (Transkript 01, Zeile 15-16).

Im schweren Stadium der Demenz kommt es zur innerlichen Unruhe sowie zu einem Tag-Nacht-Rhythmus-Tausch (Sütterlin et al., 2011, S. 11).

Unterschied im Theorie-Praxis Vergleich zeichnet sich bei der segregativen Versorgungsform bezüglich Unruhe und Ängste aus. Laut Aussagen der Expertinnen gehen diese davon aus, dass es in einem segregativen Bereich zu weniger Konflikten und Streitpunkten kommt. *„Ja positiv im Sinne dessen, dass weniger Konflikte vorkommen. Weil es jetzt rein rein der segregativen sind. Also rein alle jetzt wirklich eine Demenzerkrankung haben. Vor allem wenn sie auch fortgeschrittener ist.“* (Transkript 02, Zeile 14-16).

Laut der Theorie stecken sich Personen auf einer speziellen Demenzstation jedoch gegenseitig mit Unruhe und Ängsten an (Gatterer & Croy, 2005, S. 147).

Im integrativen Bereich werden Verhaltensauffälligkeiten, welche durch die Demenz entstehen nur zum Teil akzeptiert (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 87).

„Wiederkehrende Tätigkeiten oder sonst irgendwas machen. Und die normal Geriatrie Patienten was wir haben sehen keinen Sinn in dieser Handlung und verurteilen diese dement Kranken Bewohner.“ (Transkript 04, Zeile 16-18). Die Praxis zeigt, dass Abweichungen vom normalen Verhalten im integrativen Sektor kaum akzeptiert werden. Daher stimmt hier der Theorie-Praxis Vergleich nur zum Teil überein.

Im Gegensatz zum segregativen Bereich zeichnet sich der integrative Sektor dadurch aus, dass eine höhere Teilnahme an diversen Aktivitäten und Veranstaltungen stattfindet (Weyerer et al., 2005, S. 90).

„Die Bewohner die denken noch anders, die sind noch anders. Die wie soll ich das sagen am besten. Der nimmt am Leben noch viel mehr teil ja.“ (Transkript 03, Zeile 11-12).

„... sie können sich besser miteinander verständigen, sie können vielleicht auch dann teilweise mit mit noch was weiß ich Kartenspielen oder sonst irgendwas miteinander noch und ein bisschen viel besser unterhalten oder von früher erzählen.“ (Transkript 03, Zeile 114-117).

Durch diese beiden Aussagen der Expertinnen wird ersichtlich, dass hier der Vergleich von Theorie und Praxis zusammenpasst. Bei einer integrativen Versorgungsstruktur sei das gesellschaftliche Leben aktiver gestaltet, diese Personen nehmen vermehrt an angebotenen Aktivitäten und Ausflügen teil.

In einem integrativen Wohnsektor werden dementiell erkrankte Menschen von Personen ohne kognitiven Einschränkungen zum Teil mit Aggression konfrontiert, da keine Toleranz vorhanden ist (Gatterer & Croy, 2005, S. 147).

„Negative Erfahrung ist, dass im im integrativer Sektor sich auch teilweise weniger tolerieren.“ (Transkript 05, Zeile 14-15).

„Nachteil für mich ist eben. Ja, dass sie oft eher auf Ablehnung und und Zurückstoßung also bestimmt öfters mit dem konfrontiert werden.“ (Transkript 02, Zeile 108-109).

Durch mehrere Aussagen der Expertinnen wird den Erkenntnissen der Fachliteratur zugestimmt, daher gibt es hier eine deutliche Übereinstimmung zwischen der gelebten Praxis und der Theorie.

„Besonders positiv finde ich, im segregativen Bereich, dass sich die Leute glaub ich unter sich auch wohl fühlen ja. Die stört das nicht wie sie sind.“ (Transkript 03, Zeile 19-20).

Laut Weyerer et al (2004) zeigen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in einem segregativen Versorgungsbereich mehr positive Gefühle und Freude.

Viele Aspekte, welche in der vorhandenen Theorie über eine segregative und integrative Versorgungsform vorhanden sind, widerspiegeln sich in der Praxis der ausgewählten Pflegeeinrichtung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Expertinnen für eine segregative Form seien bei der Betreuung und Versorgung von dementiell erkrankten Menschen. Ein integrativer Bereich sei unter gewissen Voraussetzungen jedoch möglich, aber vor allem in der schweren Stufe der Demenz nicht empfehlenswert.

Rückblickend auf den Forschungsgegenstand gibt es vor allem in Österreich einen Nachholbedarf bezüglich Vergleichsstudien von segregativer und integrativer Versorgungsstruktur. Eine wesentliche Einschränkung ist, dass die meisten Studien aus Deutschland stammen. Forschungsbedarf besteht vor allem auch bei aktuelleren Studien, die meisten Forschungen und Berichte sind über 10 Jahre alt. Wichtig wäre vor allem auch eine aktuelle Aufzählung der Demenzerkrankten in Österreich und eine Gliederung wie viele davon in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Bezüglich der Anzahl an Menschen mit einer dementiellen Erkrankung werden meistens nur Schätzungen und Hochrechnungen angegeben.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2017). *Sozialbericht Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016 Sozialpolitische Analysen*. Wien: Paul Gerin GmbH & Co KG.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Leuchtturmprojekt Demenz* (Abschlussbericht). Abgerufen von www.bundesgesundheitsministerium.de [Abruf am 23.01.2018].
- Folstein, M. F., Folstein, F. S., & MCHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, (12), 189–198.
- Gatterer, G., & Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz: praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer.
- Gleichweit, S., & Rossa, M. (2009). *Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung*. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.
- Gruyter, W. (Hrsg.). (2011). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2012* (263., neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Helfferich, C. (2014). *Leitfaden- und Experteninterviews*. Abgerufen von [https://link-1springer-1com-1000001bx047d.han.fernfh.ac.at/chapter/10.1007/978-3-531-18939-0_39](https://link-1.springer-1com-1000001bx047d.han.fernfh.ac.at/chapter/10.1007/978-3-531-18939-0_39) [Abruf am 20.04.2018].
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Online: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf> [Abruf am 23.01.2018].
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

- Müller, D. (2011). Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In M. Kojer, & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 173-184). Wien: Springer.
- Reggentin, H., & Dettbarn-Reggentin, J. (2006). *Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern: Ein Praxisleitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Sütterlin, S., Hoßmann, I., & Klingholz, R. (2011). *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Weyerer, S., Schäufele, M., & Hendlmeier, I. (2005). Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 85–94. doi.org/10.1007/s00391-005-0293-y
- Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C., Sattel, H., Jantzen, B., & Schumacher, P. (2004). *Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Internetversion*. doi.org/10.5771/2196-3886-2013-1-17
- Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 28. Berlin: Robert Koch-Institut.

Online-Quellen

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf?sequence=8&isAllow=y&ua=1 [Abruf am 18.04.2018].

<https://www.infoservice.sozialministerium.at/InfoService2/?execution=e2s3> [Abruf am 19.03.2018].

<https://www.zotero.org/download/> [Abruf am 18.04.2018].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der Demenzformen	6
Abbildung 2: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung.....	13
Abbildung 3: Auswertung der Interviewfragen	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedlichkeiten der integrativen und segregativen Versorgungsform	9
Tabelle 2: Erster Durchgang der Zusammenfassung.....	14

Abkürzungsverzeichnis

et al.	und andere
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Int. Nr.	Interview Nummer
K	Kategorie
MMSE	Mini Mental State Examination
Nr.	Nummer
WHO	World Health Organization

Anhang

Interviewleitfaden	
Interview Nummer:	Datum:
Alter:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Aktuelle berufliche Tätigkeit:	Berufsjahre:

1. Im Laufe Ihrer Berufserfahrung konnten Sie bereits im segregativen als auch im integrativen Sektor Erfahrungen sammeln. Nennen Sie mir die wesentlichen Erkenntnisse zwischen diesen beiden Versorgungsformen.
 - a. Was ist Ihnen hierbei besonders positiv beziehungsweise extrem negativ aufgefallen?
2. Worin sehen Sie den größten Vorteil einer segregativen Betreuungsform?
 - a. Welche anderen positiven Erlebnisse der segregativen Versorgung fallen Ihnen noch ein?
3. Welche Nachteile ergeben sich durch spezielle Demenzstationen in Form einer segregativen Versorgungsform?
 - a. Welche Grenzen beziehungsweise Hindernisse sehen Sie, die durch die Betreuung in einer segregativen Versorgungsform entstehen können?
4. Inwieweit ist die segregative Versorgungsform für Menschen mit Demenz empfehlenswert?
 - a. Wäre ein integrativer Ansatz Ihrer Meinung nach teilweise besser? Wenn ja, können Sie mir ein Beispiel dazu nennen?
 - b. Welche Vorteile beziehungsweise Nachteile ergeben sich für Menschen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich?
5. Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt, zum Schluss würde ich gerne noch wissen, was Sie sich für die Zukunft wünschen, wo sehen Sie noch ein Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform?

Liebe Mitarbeiter, liebe Mitarbeiterinnen!

Ich, Bianca Fellner, studiere derzeit berufsbegleitend an der Ferdinand Porsche Fern FH in Wiener Neustadt. Im Rahmen meines Bachelorstudiums bin ich gerade dabei meine Bachelorarbeit II zu verfassen. Zur Vervollständigung dieser benötige ich noch Interviews. Die Thematik der Bachelorarbeit II sind Chancen und Grenzen einer segregativen Versorgungsform.

Das Interview wird elektronisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Inhalte werden ausschließlich im Rahmen dieser Bachelorarbeit verwendet. Alle Angaben, welche zur Identifikation von persönlichen Daten Aufschluss geben, werden anonymisiert. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Rahmen der Bachelorarbeit II verwendet. Personenbezogene Kontaktdaten wie zum Beispiel der Name werden von den Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert.

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit dieses ohne Angabe von Gründen abzubrechen oder Fragen nicht zu beantworten. Falls Sie damit einverstanden sind, würde ich Sie darum bitten den untenstehenden Abschnitt auszufüllen. Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gerne unter der Telefonnummer 0680 2313697 oder persönlich zur Verfügung.

Bianca Fellner, DGKP

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Name) _____
mein Einverständnis zur Teilnahme an dem Interview sowie zur elektronischen Aufzeichnung. Die obenstehenden Punkte habe ich gelesen sowie verstanden, außerdem bin ich mit der Weiterverarbeitung von Interviewausschnitten im Rahmen dieser Bachelorarbeit einverstanden. Gegen eine Veröffentlichung der Bachelorarbeit auf der Homepage der Pflegeeinrichtung habe ich nichts einzuwenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Chancen und Grenzen des segregativen Versorgungskonzeptes veranschaulicht anhand einer Pflegeeinrichtung

- Worin liegen die Chancen und Grenzen des segregativen Versorgungskonzeptes bei der Betreuung von älteren Menschen?
- Inwieweit ist dieses Modell als empfehlenswert bei der Versorgung von Menschen mit Demenz zu betrachten?

Im stationären Sektor betreffend Betreuung und Pflege von dementiell erkrankten Menschen gibt es zwei verschiedene Ansätze. Diese sind die integrative und segregative Betreuungsform. Eine Spezialform für die Versorgung von ausschließlich dementiell erkrankten Menschen stellt die segregative Betreuung dar. Im Gegensatz dazu leben bei einer integrativen Versorgung Menschen mit der Erkrankung Demenz und Personen ohne kognitive Einschränkungen gemeinsam auf einem Wohnbereich (Gatterer & Croy, 2005, S. 146).

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Nennen Sie mir die wesentlichen Erkenntnisse zwischen diesen beiden Versorgungsformen.					
01	6-9	1	Integrative Form visuelle mehr gestützt, aufgefangen wird	Bei integrativer Form mehr visuell aufgefangen	K1: Eine Einheit bei segregativen Sektor • BewohnerInnen passen besser zusammen • Es ist egal, wenn jemand vom falschen Glas trinkt
01	9	2	Im segregativen Sektor sind sie eine Einheit	Segregativer Sektor ist eine Einheit	
01	9-10	3	Kein Schamgefühl, wachsen viel schneller zusammen als bei integrativ	Es besteht kein Schamgefühl bei segregativer Form, wachsen schneller zusammen	K2: Kein Schamgefühl bei segregativer Betreuungsform • Person ohne Demenz empfindet es als störend, wenn Verhaltensnormen nicht eingehalten werden
02	5	4	Es ist schwer zu beurteilen, welche Form die bessere ist	Ob integrativ oder segregativ besser ist, ist schwer zu beurteilen	
02	8	5	Schwerpunkt ist ein anderer, wenn nur demente Menschen sind	Der Schwerpunkt ist bei der segregativen Form ein anderer	K3: Integrativer Form sind BewohnerInnen mehr visuell aufgefangen
02	10-11	6	Wenn sie keine psychische Erkrankung haben, liegt der Schwerpunkt ganz anders	Ohne psychische Erkrankung ist ein anderer Schwerpunkt gegeben	
03	5	7	Im segregativen Form die Bewohner mehr zusammenpassen	Bei der segregativen Betreuung passen die Bewohner besser zusammen	K4: Im integrativen Bereich: • Unterschiedliche Charaktere • Denken die BewohnerInnen anders • Nehmen aktiver am Leben teil • Anderer Schwerpunkt • Weniger Tolerant
03	6-8	8	Segregativ ist es egal ob der jetzt von jedem Glas trinkt, den anderen Bewohnern ist das egal, die sind alle gleich	Alle Bewohner sind bei segregativ gleich , daher ist es egal wenn jemand vom falschen Glas trinkt	
03	10-11	9	Im integrativen Sektor sind die Charaktere noch ganz anders	Unterschiedliche Charakter kommen im integrativen Bereich mehr zum Vorschein	K5: Dementiell erkrankten Menschen wird im integrativen Sektor geholfen, aber gleichzeitig wird er bevormundet
03	11-12	10	Bewohner denken noch anders, nimmt am Leben noch viel mehr teil	Im integrativen denken die Bewohner anders und nehmen aktiver am Leben teil	
03	13-14	11	Den stört das, wenn irgendwer her spucken würde	Kognitiv uneingeschränkter Mensch empfindet es als störend, wenn Verhaltensnormen nicht eingehalten werden	K6: Menschen mit schwerer Demenz sind im segregativen Bereich besser betreut
03	15	12	Drum passen die beiden Sachen nach so zusammen	Dementiell erkrankte Menschen und Personen ohne Demenz passen nicht so gut zusammen	
04	7-9	13	Wo eine Mischung ist, sich die nicht dement Kranken teilweise helfen wollen aber die dement Kranken bevormunden, in ihrem Tun	Bei Integration wird den dementiell erkrankten Personen zwar geholfen, jedoch werden sie gleichzeitig bevormundet	K7: Integrativer Ansatz nicht so gut
05	7-8	14	Im separierten Bereich können Bewohner die schwergradig dement sind besser betreut werden	Bessere Betreuung für schwer dementiell erkrankte Menschen im segregativen Bereich	
05	8-9	15	Teilweise weniger tolerant sind in einer integrative Gruppe	Im integrativen Sektor sind sie weniger tolerant	K8: Integrativ oder segregativ besser, ist schwer zu beurteilen

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Was ist Ihnen hierbei besonders positiv beziehungsweise extrem negativ aufgefallen?					
01	13-14	16	Positiv bei segregativ es gibt keine Schamgrenze	Bei segregativer Form gibt es keine Schamgrenze	
01	14	17	Sind alle einheitlich in ihrer Erkrankung fortgeschritten bei segregativ	Demenzstufe einheitlich bei segregativer Form	
01	15-16	18	Alle die gleiche Form, den Laufdrang, den Tag-Nachtrhythmus Tausch, viele Bedürfnisse gleich	Viele Bedürfnisse sind gleich, haben einen Laufdrang, einen gestörten Tag- Nachtrhythmus	
01	16-17	19	Integrativ ist positiv, dass sie sich gegenseitig stützen	Gegenseitiges Stützen im integrativen Sektor	
01	18	20	Demenz weiter fortgeschritten, nicht so schnell abrutscht bei integrativ	Demente rutschen nicht so schnell ab bei integrativ	K9: Positiv segregativ:
01	18-21	21	Negativ bei integrativer Form mehr Konflikte, mehr Reiberein, mehr Auseinandersetzungen	Mehr Konflikte, Reiberein, Auseinandersetzungen bei integrativer Form	<ul style="list-style-type: none"> Keine Schamgrenze Einheitliche Demenzstufe Weniger Konflikte, trotz hoher Demenzstufe BewohnerInnen fühlen sich wohl, empfinden es als nicht störend wie sie sind
01	24-27	22	Erkrankung weit fortgeschritten, ein immer gleichbleibender Tagesrhythmus nicht richtig funktioniert, das stört die anderen	Bewohner ohne kognitive Einschränkungen fühlen sich gestört durch demente, welche nicht immer den gleichen Tagesrhythmus haben	K10: Negativ segregativ:
01	27-28	23	Genauso positive wie negative, haltet sich in der Waage, funktioniert ziemlich gut	Positiv als auch negative gleich verteilt	<ul style="list-style-type: none"> Demenz weiter fortgeschritten Viele gleiche Bedürfnisse, Laufdrang, gestörten Tag-Nachtrhythmus
02	14-16	24	Positiv, dass weniger Konflikte vorkommen bei segregativen vor allem wenn auch fortgeschrittener ist	Bei der segregativen Betreuung kommt es zu weniger Konflikten, auch wenn die Demenz weit fortgeschritten ist	
02	19-20	25	Menschen die noch alles bewusst mitbekommen, sich öfters dann gestört fühlen, und da eher Konflikte entstehen	Konflikte entstehen eher bei kognitiv gesunden Menschen, fühlen sich durch gewisse Situationen gestört	K11: Positiv integrativ:
02	20-21	26	Diese Konflikte gehören bei integrativ gelöst, man kann nicht einfach abwarten oder beobachten	Bei integrativer Form müssen Konflikte immer sofort gelöst werden	<ul style="list-style-type: none"> Gegenseitiges Stützen / Helfen Hilfsbereitschaft und Geduld Demente rutschen nicht so schnell ab
03	19-20	27	Positiv im segregativen Bereich, dass die Leute sich auch wohl fühlen, die stört das nicht wie sie sind	Personen fühlen sich im segregativen Bereich wohl, empfinden es als nicht störend wie sie sind	K12: Negativ integrativ:
03	26	28	Ich glaube, dass es besser ist, wenn sie getrennt sind	Ein segregativer Ansatz ist besser	<ul style="list-style-type: none"> Personen ohne Demenz fühlen sich gestört durch Demente
04	13	29	Hilfsbereit sind und Geduld aufbringen	Hilfsbereitschaft und Geduld seitens Personen ohne Demenz	<ul style="list-style-type: none"> Mehr Konflikte, Reiberein, Auseinandersetzungen, diese müssen sofort gelöst werden
04	14-15	30	Gibt Bewohner die das Tun der dement Kranken nicht verstehen, auf sie hinunter schauen und sie beschimpfen	Andererseits Bewohner die Personen mit Demenz nicht verstehen und auf sie hinunterschaun und sie beschimpfen	<ul style="list-style-type: none"> Weniger Toleranz
04	16-18	31	Wiederkehrende Tätigkeiten, normal Geriatrie Patienten sehen keinen Sinn in dieser Handlung und verurteilen dement Bewohner	Personen ohne kognitiven Einschränkungen sehen keinen Sinn in wiederkehrenden Tätigkeiten und verurteilen daher	<ul style="list-style-type: none"> Zu wenig Wissen und Unverständnis bei den Personen ohne Demenz
04	21-23	32	Selber wischen, Tisch abwischen, Plastik Blumen gießen, selbst den Sinn sehen, aber normal Personen mit kognitiven Fähigkeiten kennen nicht den Sinn	Demente sehen einen Sinn wenn sie ganze Zeit den Tisch wischen oder Plastik Blumen gießen, diesen sehen jedoch andere nicht	<ul style="list-style-type: none"> Verstehen demente Menschen nicht und schauen auf sie hinab und beschimpfen sie
04	27	33	Zu wenig Wissen und Unverständnis, nicht wissen wollen	Seitens der Personen ohne Demenz zu wenig Wissen und Unverständnis	<ul style="list-style-type: none"> Personen ohne kognitive Einschränkungen sehen keinen Sinn in wiederkehrenden Tätigkeiten und verurteilen daher
04	30-31	34	Sehen nicht ein, warum ein dement Kranke sämtliche Blätter abreist	Unverständnis	K13: Positiv als auch negativ gleich verteilt
05	12	35	Besonders positiv ist mir aufgefallen, dass die Bewohner weniger aufeinander losgehen	Im Segregativen Bereich gehen die Bewohner weniger auf sich los	K14: Segregativer Ansatz ist besser
05	13-14	36	Positiv im integrativen Sektor, dass Bewohner sich gegenseitig helfen	Im Integrativen Sektor helfen sie sich gegenseitig	<ul style="list-style-type: none"> Keine besonderen negativen Aspekte
05	14-15	37	Negativ, das im integrativen Sektor weniger tolerieren	Im integrativen Sektor wird weniger toleriert	
05	15-16	38	Segregativ negativ Erfahrungen fallen mit jetzt nicht besonders ein	Keine besonderen negativen Erfahrungen vom segregativen Bereich	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Worin sehen Sie den größten Vorteil einer segregativen Betreuungsform?					
01	32-33	39	Größter Vorteil, dass man eine Einheit hat, wirklich gut funktioniert	Eine funktionierende Einheit	K15: Eine funktionierende Einheit • Dementen sind unter sich • Krankheitsbilder sind alle gleich • Keine Verurteilung innerhalb der BewohnerInnen • Schwere Demenz wird besser toleriert und integriert • Alleinige Beschäftigung mit der Thematik Demenz, wie beim validieren
01	33-34	40	Pflegeperson nicht oft switchen muss auch gedanklich nicht	Pflegeperson kann sich individuell auf Bewohner einstellen	
01	34-35	41	Mehrere Bewohner hat, viele gleichen Bedürfnisse haben, Vorteil manchmal Nachteil	Viele haben die gleichen Bedürfnisse, dies ist ein Vorteil und Nachteil	K17: Viele haben die gleichen Bedürfnisse, dies ist ein Vorteil und Nachteil • Auf die Bedürfnisse kann besser eingegangen werden • Andere Bedürfnisse als im integrativen Bereich • Zuneigung und Umarmungen sind wichtig bei Demenz
01	36-37	42	Sehr herausfordernd und sehr mit Stress verbunden, weil Demenzerkrankung weit vorangeschritten sind	Schwere Demenz ist sehr herausfordernd und mit Stress verbunden	
02	25-26	43	Größte Vorteil, dass man sich auf die Erkrankung mit der Thematik beschäftigen kann, so wie beim validieren	Größter Vorteil ist die alleinige Beschäftigung mit der Thematik Demenz, wie beim validieren.	K16: Pflegeperson kann sich individuell auf BewohnerInnen einstellen • Voll und ganz auf die dementen Menschen einlassen • Leichter nur mit dementiell erkrankten Menschen zu arbeiten • Anderer Umgang wenn nur Personen mit Demenz
02	26-28	44	Ich persönlich kann mich besser darauf einstimmen, wenn ich weiß, hier hat jeder nur ein gewisses Verständnis für sein Umfeld	Bessere persönliche Einstellung bezüglich der Pflegeperson möglich, wenn jeder nur ein gewisses Verständnis für Umfeld hat.	
02	39-31	45	Frau B. bekommt alles mit, da muss ich ganz anders umgehen, als wenn ich ich weiß die sind alle dement, die bekommen es nur zu einem gewissen Rahmen mit	Anderer Umgang wenn Personen ohne kognitiven Einschränkungen auf der Station sind.	K18: Alltag läuft reibungsloser ab
02	33-35	46	Man kann sich mit dem ganzen Körper und Kopf drauf einlassen, was das arbeiten mit dementen Menschen angeht	Voll und ganz auf die dementen Menschen einlassen beim arbeiten	
02	35-36	47	Ich finde es leichter, wenn man nur Menschen mit Demenz hat	Es ist leichter, nur mit dementiell erkrankten Menschen zu arbeiten	K19: Herausforderung und Stress verursacht durch die schwere Erkrankung Demenz und deren Begleiterscheinungen
03	28	48	Weil man auf die Bewohner Bedürfnisse wirklich eingehen kann	Auf die Bedürfnisse der Bewohner kann besser eingegangen werden	
03	29	49	Andere Bedürfnisse, wie der Bewohner im integrativen Bereich	Bedürfnisse sind anders	K18: Alltag läuft reibungsloser ab
03	33-34	50	Mehr umarmt, mehr Zuneigung, das ist für sie ganz wichtig	Zuneigung und Umarmungen sind sehr wichtig für Menschen mit Demenz	
04	33	51	Das die Krankheitsbilder der Demenz gleich sind	Krankheitsbilder sind alle gleich	K19: Herausforderung und Stress verursacht durch die schwere Erkrankung Demenz und deren Begleiterscheinungen
04	34	52	Ein dement Kranker verurteilt den anderen nicht	Keine Verurteilung innerhalb der Bewohner	
04	35	53	"Normal Kranke" beurteilen und verurteilen dement Kranke	Personen ohne kognitiven Einschränkungen verurteilen Demente	K19: Herausforderung und Stress verursacht durch die schwere Erkrankung Demenz und deren Begleiterscheinungen
05	18	54	Das die Bewohner unter sich sind	Dementen sind unter sich	
05	18-20	55	Die schwer dementen tolerieren sich viel besser sie werden weniger gestört durch anderen, weniger ausgeschlossen	Personen mit schwerer Demenz werden besser toleriert und integriert, werden weniger gestört	K19: Herausforderung und Stress verursacht durch die schwere Erkrankung Demenz und deren Begleiterscheinungen
05	20-21	56	Der Alltag läuft reibungsloser ab	Reibungsloserer Alltagsablauf	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Welche anderen positiven Erlebnisse der segregativen Versorgung fallen Ihnen noch ein?					
01	41-42	57	Es gibt unter den Bewohnern nicht wirklich ein Schamgefühl	Unter den Bewohnern gibt es kein Schamgefühl.	K20: Demente Menschen akzeptieren andere teilnahmslos • Haben einen eigenen Zugang zueinander • Helfen sich gegenseitig in ihrer Erkrankung
01	47	58	Weil die anderen teilnahmslos akzeptieren	Demente Menschen akzeptieren andere teilnahmslos	
01	47-51	59	Wird man nicht konfrontiert mit Schamgefühl, beschämend mit einem Lächeln oder schimpfen	Keine Konfrontation mit Schamgefühl, oder belächeln	K21: Keine Konfrontation mit Schamgefühl oder belächeln
02	39-40	60	Gesellschaftliche Normen, wie etwas zu sein hat, fällt da weg	Gesellschaftliche Normen sind nicht so relevant	
02	40-41	61	Muss weniger aufpassen, wer sitzt wo, dass fällt da weg und ist daher leichter	Im segregativen Sektor muss weniger darauf geachtet werden, wo wer sitzt, daher fällt dies leichter.	K22: Gesellschaftliche Normen sind nicht so relevant
04	38-39	62	Teilweise finden dement Kranke einen Weg zueinander, was Betreuer nicht sieht	Demente Menschen haben untereinander einen eigenen Zugang	
04	40	63	Helfen sich in ihrer Krankheit gegenseitig	Gegenseitiges Helfen in der Krankheit	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Welche Nachteile ergeben sich durch spezielle Demenzstationen in Form einer segregativen Versorgungsform?					
01	56-57	64	Die Bewohner in ihrer Erkrankung sehr schnell voranschreiten	Erkrankung schreitet schneller voran	
01	57	65	Nur das gleiche visuelle vor Augen haben	Keine neuen visuellen Impulse	
01	58	66	Haben einfach diese Erkrankung	Erkrankung steht im Vordergrund	
01	58-59	67	Werden vielleicht nicht mehr in die andere Richtung gefördert	Keine Förderung in eine andere Richtung	
01	60-61	68	Großen Gruppe gerecht zu werden, wichtig nötige Personal vorhanden ist	Ausreichend Personal ist nötig-	K23: Die Erkrankung schreitet schneller voran • Geistiger Abbau • Keine neuen visuellen Impulse • Weniger Reize • Keine Förderung in eine andere Richtung
01	61-62	69	Nötige Personal kann mehr fördernd und fordernd mit Bewohnern umgehen	Ausreichend Personal kann den Bewohner mehr fördern und fordern	
01	62-63	70	Zu wenig Personal kann zu einem Problem werden	Ausreichend Personal ist notwendig, damit kein Problem entsteht-	
01	63-65	71	Weil es fehlt dann die nötige Zeit, gewisse Dinge mit ihnen durchzuführen	Durch zu wenig Personal können gewisse Dinge nicht durchgeführt werden-	K24: Erkrankung steht im Vordergrund • Demenz erfordert oft eine zeitintensive 1:1 Betreuung • Mehraufwand entsteht durch Besonderheiten der Demenz, wie validieren, beobachten, Zeit nehmen
02	48-49	72	Das man zu wenig Personal hat, das ganze umgestellt gehört	Zu wenig Personal-	
02	50-51	73	Einrichtung wo Menschen mit Demenz sind, anhand des Personalschlüssels ausgleicht	Einrichtungen für demente Menschen gehört der Personalschlüssel angepasst	
02	51-52	74	Eine Person für den Tagraum dazu gibt	Zusätzliche Person für den Tagraum-	K25: Versorgung und Nahrung stehen im Vordergrund
02	55-57	75	Hat einen Mehraufwand, diese validierenden Gespräche, viel beobachten, viel Zeit die man sich nehmen sollte aber nicht kann	Mehraufwand entsteht durch Besonderheiten bei dementen Menschen wie validieren, beobachten, Zeit nehmen	K26: Ausreichend Personal ist notwendig: • Bewohner kann mehr gefördert und gefordert werden • Spezielle Einrichtungen für demente Menschen muss Personalschlüssel angepasst werden
02	57-58	76	Größte Nachteil ist für mich der Personalschlüssel	Nachteilig ist der Personalschlüssel	
03	42-43	77	Das alle in der gleichen Demenzstufe sind	Alle in der gleichen Demenzstufe	
03	44-45	78	Man kann nur mehr versorgen, trinken, essen geben, noch spazieren gehen	Versorgung, Nahrung stehen im Vordergrund	
03	47-48	79	Sie kommen nicht mehr so richtig mit, was rum um sie geschieht	Geistiger Abbau	K27: Alle in der gleichen Demenzstufe
03	49	80	Reine Versorgung nur mehr	Versorgung im Vordergrund-	
03	57	81	Gemischte Variante ist sicher nicht schlecht	Integrative Variante ist teilweise nicht schlecht	K28: Kein/e passende/r BewohnerIn wird aufgenommen • Durch die Integration dieses Bewohners kann eine Aggression entstehen
03	57-58	82	Muss immer schauen, wie passen die zusammen, weil jeder einen verschiedenen Charakter	Auf die unterschiedlichen Charaktere muss geachtet werden	
03	63-65	83	Gibt Leute die mehr Verständnis haben, dann kein Problem, wenn höhere Demenzstufen	Bei Integration muss Verständnis vorherrschen, dann werden auch höhere Demenzstufen akzeptiert	K29: Segregative wenig Nachteile
04	43-44	84	Nachteil wenn neue Bewohner aufgenommen werden nicht immer die passenden kommen	Nachteilig wird es, wenn kein passender Bewohner aufgenommen wird	K30: Integrative Variante ist teilweise nicht schlecht
04	46-47	85	Falsche Gruppe integriert, können teilweise Aggressionen entstehen	Durch diese falsche Integration in die bestehende Gruppe können Aggressionen entstehen	K31: Bei Integration muss Verständnis vorherrschen, somit werden auch höhere Demenzstufen akzeptiert
04	47-48	86	Demenz ist eine spezielle Betreuungsform und teilweise wird 1:1 Betreuung notwendig, Zeitintensiv	Die Erkrankung Demenz erfordert oft eine zeitintensive 1:1 Betreuung	
05	29-31	87	Das sie weniger Reize bekommen von andere Bewohner die nicht so schwer dement sind	Weniger Reize	
05	31	88	Eher nicht so viele Nachteile	Wenig Nachteile	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Welche Grenzen beziehungsweise Hindernisse sehen Sie, die durch die Betreuung in einer segregativen Versorgungsform entstehen können?					
01	68-69	89	Grenzen sind das Personal, die Mittel, die Ressourcen die zur Verfügung stehen	Grenzen sind das Personal und die Ressourcen welche zur Verfügung stehen	K32: Grenzen sind das Personal und die Ressourcen, die zur Verfügung stehen
01	72-73	90	Demente Menschen viel Zuwendung, viel Liebe, sehr viel Geduld, Ruhe brauchen	Zuwendung, Liebe, Geduld und Ruhe braucht ein dementiell erkrankter Mensch	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend Personalbesetzung ist wichtig: • kann noch besser auf die BewohnerInnen eingegangen werden
01	74-75	91	Pflegende unter Druck gerät oder nicht die nötigen Ressourcen hat, dann spürt dass der Bewohner	Arbeiten unter Druck, nicht vorhandene Ressourcen, spürt der Bewohner	<ul style="list-style-type: none"> • können diese mehr gefördert werden • bessere Spezialisierung möglich
01	75-76	92	Demente spürt dies noch eher als Mensch mit dem noch auseinander setzen kann	Demente sind sensibler und spüren es eher wenn jemand unter Stress arbeitet	K33: Reine Versorgung:
01	81	93	Das wichtigste die Personalbesetzung	Ausreichend Personalbesetzung ist wichtig	<ul style="list-style-type: none"> • anderen Bedürfnisse werden leicht übersehen
02	61-62	94	Bis auf Personalmangel keinen, wenn das gegeben ist, kann man sich besser spezialisieren	Personalmangel , bei genügend Personal bessere Spezialisierung möglich	K34: Demente Menschen sind auf die Pflegepersonen sehr stark angewiesen
03	70-71	95	Nur mehr auf ihre Bedürfnisse, achtet nur mehr auf das	Es wird nur mehr auf die Bedürfnisse geachtet	<ul style="list-style-type: none"> • Dadurch weniger Zeit vorhanden • Pflege, Essen einspeisen benötigt viel Zeit
03	73-75	96	Trotzdem Geborgenheit noch gibt, vielleicht brauchen die noch viel mehr, das übersieht man dann, nur rein die Versorgung	Reine Versorgung, anderen Bedürfnisse werden leicht übersehen	K35: Mehr Zeit, mehr Ausbildung:
03	77-78	97	Personal zu wenig Zeit für das ganze, dieser Sache viel haben, weil alles übernehmen müssen	Durch die hohe Abhängigkeit von der Pflegeperson, hat das Personal zu wenig Zeit	<ul style="list-style-type: none"> • dementiell erkrankte Menschen benötigen mehr Zeit • Demente sind sensibler und spüren es eher wenn jemand unter Stress arbeitet
03	79	98	Von der Pflege bis zum Essen, ganze Einspeisen	Pflege, Essen einspeisen nehmen viel Zeit in Anspruch	<ul style="list-style-type: none"> • Zuwendung, Liebe, Geduld und Ruhe braucht ein dementiell erkrankter Mensch
03	80-81	99	Die Zeit, viel mehr Ausbildung braucht, viel mehr Personal	Mehr Zeit, mehr Ausbildung und mehr Personal wird benötigt	K36: Grenze stellt das vorhandene Geld dar
03	82-83	100	Demenz Erkrankte brauchen ganz einfach Zeit	Dementiell erkrankten Menschen benötigen mehr Zeit	K37: Zu wenig Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz
03	84-85	101	Viel mehr rausbringen würde, viel mehr fördern könne, aber braucht Zeit und Personal dafür	Bewohner können noch mehr gefördert werden, wenn mehr Zeit und ausreichend Personal zur Verfügung steht	K38: Nur Vorteile bei segregativer Form
04	63	102	Grenzen, das Geld das zu Verfügung	Grenze stellt das zur Verfügung gestellte Geld dar	
04	64-65	103	Wäre besser, wenn mehr Betreuungspersonal da wäre, könnten besser auf Bewohner eingehen	Durch mehr Pflegepersonal könnte noch besser auf die Bewohner eingegangen werden	
04	65-66	104	Spezielle Einrichtungen bezüglich dement Kranke fehlen	Es gibt zu wenig Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz	
05	36-37	105	Ich sehe eher nur Vorteile, das sie getrennt sind	Segregative Versorgung gibt es nur Vorteile	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Inwieweit ist die segregative Versorgungsform für Menschen mit Demenz empfehlenswert?					
01	84-85	106	Menschen mit Demenz sollte man so lange es geht im normalen Leben miteinbauen	Menschen mit Demenz so lange wie möglich zu Hause betreuen Wenn eine adäquate Versorgung in den eigenen vier Wänden nicht mehr gegeben ist, eine Unterbringung in speziellen Einrichtungen	
01	85-87	107	Erst wenn es nicht mehr geht, in spezielle Einrichtungen, wo sie gut versorgt und aufgehoben sind	nicht mehr gegeben ist, eine Unterbringung in speziellen Einrichtungen	
01	87-89	108	Versucht das Nötigste herauszuholen und das Bestmögliche Ihnen zukommen zu lassen, will sie nicht überfordern	Demente sollen nicht überfordert werden, trotzdem bestmögliche Betreuung	K39: Zu Beginn der Erkrankung so lange wie möglich Betreuung in den eigenen vier Wänden, danach Unterbringung in speziellen Einrichtungen
01	89	109	Überforderung in der Demenz trifft auf ein großes Hindernis	Überforderung wird in der Demenz zum Hindernis	
01	91-94	110	Schon empfehlenswert ist, wenn sie von der Erkrankung der Demenz zusammen tut, nach dem Schweregrad	Empfehlenswert ist es, wenn sie nach dem Schweregrad der Demenz aufgeteilt werden	K40: Gliederung nach dem Schweregrad der Demenz ist empfehlenswert
02	66-68	111	Es ist besser, weil diese Spannung die entsteht nicht haben	Besser, weil keine Spannung entsteht	• Positiv, dass die schwer dementen Menschen unter sich sind
02	68-72	112	Wir haben viel Fachwissen, wissen viel über diese Erkrankung, trotzdem bedarf es sehr viel Übung und Konzentration, dass man bedenkt der Mensch hat diese Erkrankung, die birgt dies und das mit sich. Dies kann man nicht erwarten von geistig normalen	Trotz Erfahrung und Fachwissen ist es nicht leicht im Hinterkopf zu behalten, dass der Mensch dement ist und deswegen so handelt. Kann man von anderen nicht dementen Menschen nicht erwarten. Bewohner sind nicht so einem Stress ausgesetzt, da weniger Konflikte sind	K41: Segregative Form ist sehr empfehlenswert
02	73-74	113	Die Konflikte angeht, die Reaktion untereinander nicht so einem Stress ausgesetzt.		• Segregativ ist besser, weil keine Spannung entsteht
02	74-78	114	Wenn jemand schreit, du bist blöd, du machst dies und das, löst das trotzdem was in ihnen aus. Egal ob sie es sich merken oder nicht. Der Stress Pegel ist dann höher. Bei segregativer bekommt man das besser zusammen.		• Durch weniger Konflikte sind BewohnerInnen nicht so einem großen Stress ausgesetzt
02	79-80	115	Verständnis halt einfacher ist, auch unter den Angehörigen	Erhöhter Stress, wenn jemand einen dementen Menschen schimpft, bei segregativer ist dies besser	• Stressfreier, da sie nicht beschimpft, belästigt oder ausgeschlossen werden
02	80-85	116	Angehörige nicht wirklich über dieses Thema befasst haben, dann zu erklären warum und wieso eine Situation so ist wie sie gerade ist. Wenn rein die segregative Versorgungsform, würde man sich dies ersparen.	Angehörige haben ein besseres Verständnis dafür	• Segregativ eher nur Vorteile
03	88-89	117	Das sie dann auf einer Station sind, nicht von den anderen segiert werden	Integrativ haben auch oft die Angehörigen keine Erfahrung über die Erkrankung Demenz, daher sind viele Erklärungen notwendig, dies entfällt bei der segregativen.	• Auf die Bedürfnisse kann vermehrt eingegangen werden
03	90-91	118	Weil das wären sie unter sich, die schwerer dement sind	Bei segregativer Form werden demente Menschen nicht durch andere Personen belästigt	• Weniger Einschränkungen für dementiell Erkrankte
03	92-93	119	Noch mehr eingehen kann auf ihre Bedürfnisse	Positiv, dass die schwer dementen Menschen unter sich sind	• Wenn keine segregative Form möglich ist, dann wird der Alltag schwieriger
04	69-70	120	Sehr empfehlenswert, dass die dement Kranken untereinander bleiben und nicht vermischt werden	Auf die Bedürfnisse kann noch mehr eingegangen werden	
04	70-71	121	Sie sind in ihrer Welt freier, können sich freier bewegen	Segregative Form ist sehr empfehlenswert	K42: Wichtig ist, dass keine Überforderung erzeugt wird, da dies zum Hindernis werden kann
05	42	122	Ich empfehle diese Gruppierung	Weniger Einschränkungen für dementiell erkrankte Menschen	K43: Bei segregativer Versorgung haben auch die Angehörigen ein besseres Verständnis dafür
05	42-44	123	Schon Erfahrung gemacht, nicht die Bewohner zum trennen, da war der Alltag weil schwieriger	Segregative Form wird empfohlen.	• Integrativ haben Angehörige keine Erfahrung, viele Erklärungen notwendig, entfällt bei segregativer Form
05	44-46	124	Die Bewohner die weniger dement waren sind auf los gegangen auf die schwer dementen. Haben sie nicht toleriert, ausgeschlossen, beschimpft, gestoßen	Schwierigerer Alltag, wenn eine Trennung nicht möglich ist	K44: Schwierig im Hinterkopf zu behalten, dass der Demente so handelt, weil er krank ist
05	46	125	Sehe eher nur Vorteile wenn Gruppierungen entstehen	Personen ohne kognitiven Einschränkungen gehen auf schwer demente los, tolerieren sich nicht, werden ausgeschlossen, beschimpft und gestoßen	
				Bei segregativ eher nur Vorteile	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Wäre ein integrativer Ansatz Ihrer Meinung nach teilweise besser?					
01	99-100	126	Teilweise besser ja, wenn Demenz noch nicht so weit fortgeschritten, Stufe 1 bis 2	Integrativer Ansatz ist zu Beginn der Erkrankung teilweise besser	
01	102-104	127	Es ist gut, wenn man die Bewohner nicht nur untereinander in der gleichen Demenzerkrankung zusammengruppiert, sondern auch mit normal denkenden Menschen umgibt	Bewohner sollen nach der Demenzstufe gegliedert werden, es ist aber auch gut, wenn sie mit Personen ohne kognitiven Einschränkungen zusammen leben	K45: Integrativer Ansatz zu Beginn teilweise besser
01	106	128	So sehen Sie wie bei Kindern, was der macht, mache ich auch	Gegenseitiges abschauen von Handlungen	K46: Nach der Demenzstufe gliedern, jedoch auch positiv, wenn sie mit Personen ohne kognitiven Einschränkungen zusammen leben
01	109-110	129	Wichtig, dass der Mensch trotz seiner dementiellen Erkrankung das Gefühl hat er wird wahrgenommen	Dem Menschen trotz seiner Erkrankung das Gefühl geben, dass er wahrgenommen wird	• Gegenseitiges Abschauen von Handlungen
02	91	130	Für mich eher nicht	Integrativer Ansatz ist eher nicht besser	
02	91-92	131	Frau B. ist sehr mitfühlend, leicht bemuttern, möchte hilfsbereit sein	Personen ohne kognitive Einschränkungen sind teilweise mitfühlend und möchten hilfsbereit sein	K47: Integrativer Ansatz nicht gut • Integrativer Ansatz wäre nicht besser • Integrativer Ansatz ist eher nicht besser
02	94-95	132	Bei Frau H. ist es gut, wenn sie jemanden, wenn sie sich gebraucht fühlt. Anderen Frau die Hand gibt, mit ihr spricht.	Personen ohne kognitive Einschränkungen wollen gerne sich gebraucht fühlen, dementen Menschen die Hand geben	
02	96	133	Ich tu der Person gut, und sie braucht mich	Anderen Personen gutes tun und gebraucht werden	K48: Integrativer Ansatz ist möglich wenn: • Personen ohne kognitive Einschränkungen tolerant sind • abhängig von vorhandenen Personen und Charakteren
02	97	134	Größtenteils stoßen sie eher an ihre Grenzen	Menschen ohne Demenz stoßen in Zusammenhang mit Dementen oft an ihre Grenzen	
02	98	135	Gibt immer ein für und ein dagegen, ich bin eher nicht für die Form	Eher nicht für den integrativen Ansatz	K49: Menschen trotz seiner Erkrankung das Gefühl geben, dass er wahrgenommen wird
02	103-105	136	Beim Einschenken von einem Glas oder wenn etwas hinuntergefallen ist, aufzuheben. Kleinigkeiten richten, den Becher hinschieben, dass sie besser hinkommt	Beim Einschenken von Wasser helfen, Becher hinschieben, Sachen aufheben, damit helfen Personen ohne kognitive Einschränkungen Menschen mit einer Demenz	K50: Menschen ohne Demenz: • sind teilweise mitfühlend und möchten hilfsbereit sein • Schenken Wasser ein, schieben den Becher näher, heben Sachen auf
03	97-99	137	Ja ist schon möglich, aber müssten die niedrigeren Pflegestufen sehr tolerant sein	Integrativer Ansatz ist schon möglich, die Personen ohne kognitiven Einschränkungen müssen jedoch tolerant sein	• wollen sich gebraucht fühlen, geben dementen Menschen die Hand, wollen gutes tun für andere
03	103-105	138	Schimpfen mit ihnen, können nicht verstehen warum ständig aufsteht, au weh au weh schreit oder wischt herum	Personen ohne kognitiven Einschränkungen verstehen nicht warum Demente ständig aufstehen oder immer wieder das gleiche reden, daher kommt es oft zu Beschimpfungen	• stoßen in Zusammenhang mit Dementen oft an ihre Grenzen
03	105-108	139	Verstehen nicht, da wird es schwierig. Kommt immer auf die Bewohner selber drauf an	Abhängig von den vorhanden Personen und deren Charakteren	• verstehen nicht warum Demente ständig aufstehen, immer wieder das gleiche reden, es kommt dadurch oft zu Beschimpfungen
03	110-111	140	Streitereien sind gleich da, wen sich nicht verstehen untereinander	Bei integrativer Form kommt es schneller zu Streitereien	
04	76	141	Ich finde es nicht. Wäre nicht besser	Integrativer Ansatz wäre nicht besser	
05	51	142	Nein eher nicht, wäre nicht besser ein integrativer Ansatz	Integrativer Ansatz wäre nicht besser	

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Welche Vorteile beziehungsweise Nachteile ergeben sich für Menschen mit Demenz in einem integrativen Wohnbereich?					
01	117-118	143	Sie werden eingebunden, anfangs dauert es bis sie angenommen werden vor allem wenn die Gruppe sich schon formiert hat	Eingliederung in die bestehend Gruppe zu Beginn schwieriger	
01	122-123	144	Tag für Tag merkt man, dass sich der Bewohner immer mehr integriert	Integration fällt von Tag zu Tag leichter	
01	126-127	145	Hier gut aufgenommen wird, da muss man ihm behilflich sein	Pflegeperson muss behilflich sein, damit der Bewohner gut aufgenommen wird	
01	127-128	146	Keine Demenz oder 1-2 Stufe da ist gefragt, dass das Personal dahinter ist	Pflegeperson muss dahinter sein	
01	131-132	147	Vorteil wenn dann eine gemischte Gruppe entsteht	Es ist positiv, wenn eine gemischte Gruppe entsteht	
01	132-134	148	Anfangs vielleicht Auseinandersetzung, Reiberein, Verständnislosigkeit, merkt dass Bewohner dann auf einmal Pflichten übernehmen	Zu Beginn bestehen Auseinandersetzungen beziehungsweise Verständnislosigkeit	
01	136-139	149	Hilfestellungen leisten und anbieten, wie Wasser eingießen, Serviette die runterfällt aufheben	Personen ohne kognitive Einschränkungen helfen Dementen beim Wasser eingießen, Dinge aufheben	K51: Vorteile integrativer Wohnbereich: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv wenn eine gemischte Gruppe entsteht • Hilfsbereitschaft (Wasser einschenken) • Orientierungshilfen bieten • Gegenseitigkeit, einer hilft, dem anderen wird geholfen • bietet dementiell erkrankten Menschen ein Gefühl der Geborgenheit • Bessere Kommunikation • Aktiveres Gesellschaftsleben • Verhaltensformen können abgeschaut werden (richtiger Umgang mit Besteck) • Schwer dementen profitieren
01	140-142	150	Noch nicht so weit fortgeschritten in seiner Erkrankung eine Herausforderung ist, für den anderen der weiter in seiner Demenz fortgeschritten ist ein Gefühl der Geborgenheit gibt	Integration bietet dementiell erkrankten Menschen ein Gefühl der Geborgenheit	
02	108-109	151	Nachteil ist, dass sie eher auf Ablehnung und Zurückstoßung öfters konfrontiert werden	Demente stoßen öfters auf Ablehnung	
02	109-110	152	Vorteil von diesem Hilfsbereitern	Vorteil ist hier die Hilfsbereitschaft der anderen Menschen	
02	111-112	153	Hauptnachteil konfrontiert werden mit, na du bist blöd, weißt du das nicht? Was machst du da?	Hauptnachteil sind Beschuldigungen den dementiell Erkrankten gegenüber wie zum Beispiel: "Na du bist blöd" oder "Was machst du da?"	
02	113-115	154	Klo nicht findet oder die Klotüre nicht zumacht, wenn alle die gleiche Erkrankung hätten würde das keinem was ausmachen	Wären alle dement würde es niemanden etwas ausmachen, wenn die Klotüre offen bleibt	
02	116-122	155	Personen ohne Demenz Unverständnis, Unwissen, aber sie meinen es bestimmt nicht böse	Personen ohne kognitive Einschränkungen haben ein Unverständnis beziehungsweise Unwissen der Erkrankung gegenüber	K52: Nachteile integrativer Sektor: <ul style="list-style-type: none"> • Demente stoßen öfters auf Ablehnung • Hauptnachteil sind Beschuldigungen wie "Na du bist blöd" oder "Was machst du da?" • Wären alle dement, würde es keinem etwas ausmachen, wenn die Klotüre offen bleibt • Unverständnis, Unwissen bezüglich der Erkrankung • Erkrankung wird als störend empfunden • Dementen Menschen werden bevormundet • Schwierig, dass ältere Menschen Handlungen von Dementen verstehen, respektieren und akzeptieren • Schwer demente werden nicht verstanden, nicht akzeptiert
02	128-132	156	Nicht demente haben alle eine Leidensgeschichte hinter sich und da auch noch zu erwarten, dass sie im Alter das akzeptieren und respektieren, was Menschen mit einer Demenzerkrankung machen, ist zu viel verlangt	Es ist viel verlangt, dass die älteren Mitbewohner, die Handlungen von dementiell erkrankten Menschen verstehen, respektieren und akzeptieren	
03	114-117	157	Können besser miteinander verständigen, Kartenspielen miteinander, viel besser unterhalten, von früher erzählen	Bessere Verständigung untereinander sowie vermehrt gemeinsame Spiele	
03	118-119	158	Gesellschaftsleben ist sicher aktiver	Aktiveres Gesellschaftsleben	
03	122-125	159	Demenz störend für nicht demente Menschen, weil sie nicht verstehen können, warum ständig das gleiche fragt	Die Erkrankung Demenz wird als störend empfunden	
04	79	160	Die Nachteile sind sie werden bevormundet von den normalen Bewohnern	Nachteil ist, dass die dementen Menschen bevormundet werden	K53: Eingliederung in eine bestehende Gruppe zu Beginn schwieriger
04	80-82	161	Vorteile sind, Verhaltensnormen oder Formen abschauen. Wie verwende ich richtig den Löffel, Gabel, Messer	Vorteilhaftig ist, dass sich die Menschen mit Demenz Verhaltensformen abschauen können	<ul style="list-style-type: none"> • Integration fällt von Tag zu Tag leichter • Beim Aufnahmeprozess Unterstützung durch Pflegeperson erforderlich
04	84-85	162	Sieht man, dass sie zum Nachbarn schauen. Na der nimmt den Löffel, so kann die die Suppe essen	Gegenseitiges abschauen , bezüglich dem richtigen Umgang mit dem Besteck	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Beginn sind Auseinandersetzungen und Verständnislosigkeit
04	87-88	163	Wenn sie nicht abschauen können sieht man halt teilweise, dass sie mit der Gabel die Suppe essen	Im segregativen Sektor können sich Verhaltensformen nicht abgeschaut werden, daher kann es dazu kommen dass die Suppe mit dem falschen Besteck gegessen wird	
05	54-55	164	Vorteile nicht so schwer dement sind können anderen helfen die bedürftig sind, die Orientierungshilfen brauchen oder andere Hilfe	Vorteil ist gegenseitiges Helfen , Orientierungshilfen bieten	

05	56	165	Profitieren die schwerer demente Bewohner	Schwer dementen Menschen profitieren
05	56-57	166	Einer kann Helfen dem anderen wird geholfen Nachteil in einer integrativen Gruppe, schwer demente störend sind,	Gegenseitigkeit, einer hilft, dem anderen wird geholfen
05	57-59	167	nicht verstanden, nicht akzeptiert von Bewohner die noch kognitiv ziemlich gut sind	Integrativ ist nachteilig, dass schwer demente nicht verstanden, nicht akzeptiert werden
05	59-60	168	Eine Mischgruppe mit Vor- und Nachteilen	Integrativ hat Vor- und Nachteile

Int. Nr.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Zum Schluss würde ich gerne noch wissen, was Sie sich für die Zukunft wünschen, wo sehen Sie noch ein Ausbaupotential bezüglich einer segregativen Betreuungsform?					
01	148-149	169	Zukunft wünschen würde ich mit mehr Zeit für den Bewohner, dazu gehört das nötige Personal	Mehr Zeit für den Bewohner und nötige Personal-	
01	149-151	170	Mehr Fort- und Weiterbildungen punkto Demenz	Mehr Fort-, Weiterbildungen über Demenz	
01	151-154	171	Segregative Form mag sehr gerne, aber es muss den Personal geboten werden, dass man zu anderen Station wechseln kann. Weil es kommt so die Routine hinein.	Bei segregativer Form muss das Personal die Möglichkeit haben, tageweise auf einer anderen Station zu arbeiten	
01	163-165	172	Wichtig, dass ich wechseln kann und die andere Seite sehe, und dort wieder ganz anders handeln kann und andere Dinge wieder mitnehme zurück auf die Station	Ein Wechsel der Station ist wichtig-	K54: Mehr Fort-, Weiterbildungen über Demenz • Schulungen bezüglich dem Umgang mit dementiell erkrankten Menschen
01	169	173	Größter Wunsch ist einfach die Zeit	Genügend Zeitressourcen-	
01	170-172	174	Dementer Bewohner spürt sofort wenn man unter Druck gerät oder unter Stress etwas machen will, reagiert sehr empfindlich darauf	Demente Menschen merken einen Zeitdruck und reagieren empfindlich darauf	K55: Genügend Zeitressourcen • vor allem in der schweren Demenzstufe • Demente Menschen merken Zeitdruck und reagieren empfindlich darauf • damit ein würdevoller letzter Lebensabschnitt möglich ist
01	174-176	175	Das nötigste ist, was sich der Bewohner wünscht, ist dass er wahrgenommen wird, dass er ernst genommen wird in seiner Erkrankung, das er umsorgt wird, dass er sich geborgen fühlt	Der Bewohner soll wahrgenommen werden und ernst genommen werden, damit er sich geborgen fühlt	
01	180-184	176	Gruppe wo Demente sehr hoch in ihrer Stufe sind und für jede Mahlzeit einspeisen, ist die Zeit das um und auf	Zeitressourcen sind sehr wichtig, vor allem in der schweren Demenzstufe	K56: Ausbaupotential entsteht durch mehr qualifizierte MitarbeiterInnen • durch Ausbildung und genügend Zeit können BewohnerInnen noch besser gefördert werden
01	193-195	177	Wichtigste einfach die Zeit, die man diesen Menschen geben kann, dass sie würdevoll den letzten Weg einschlagen können	Zeitressourcen ist das wichtigste, damit ein würdevoller letzter Lebensabschnitt möglich gemacht werden kann	
02	140	178	Pflegepersonal gehört mehr geschult	Mehr Schulungen für das Pflegepersonal-	• Spezialeinrichtungen für Demenz sollte Ausbildung und Fortbildungen Pflicht sein • Zusätzliches Personal für die Betreuung und Beschäftigung
02	140-143	179	Wenn man in so einer Einrichtung arbeitet, von Haus aus sein sollte, dass man eine Ausbildung dazu hat, oder eine Fortbildung	In Spezialeinrichtungen für Demenz sollten prinzipiell eine Ausbildung beziehungsweise Fortbildungen Pflicht sein	
02	147-148	180	Schulungen und Weiterbildungen sind das non plus Ultra, auf das mehr Augenmerk gelegt wird	Mehr Augenmerk auf Schulungen und Weiterbildungen-	K57: Personal muss die Möglichkeit haben, tageweise auf eine andere Station zu wechseln
03	135-136	181	Personal besser schult, was kann ich mit diesen Bewohnern noch machen, wie kann ich die fördern noch besser	Bessere Schulungen bezüglich dem Umgang mit dementiell erkrankten Menschen	
03	137-139	182	Weil ich glaub man kann mit diesen Bewohnern noch mehr machen, nur muss man die Ausbildung dazu haben und Zeit	Mit passender Ausbildung und genügend Zeit, kann man den Bewohner noch besser fördern	K58: Bewohner soll wahrgenommen werden, damit er sich geborgen fühlt
03	139-140	183	Zeit und Ausbildung, wäre ganz wichtig	Wichtig ist die Zeit und Ausbildung-	• Gerüche können bei weit fortgeschrittener Demenz wieder Erinnerungen wecken
04	92	184	Ausbaupotential ist mehr qualifizierte Mitarbeiter	Ausbaupotential entsteht durch mehr qualifizierte MitarbeiterInnen	
04	93-95	185	Hausmanager installiert werden, aus Kostengründen eingespart wurden. Können mit den Bewohnern kochen, plaudern.	Zusätzliches Personal, welches mit den Bewohnern kocht und redet	K59: Beschäftigung am gleichen Ort, sonst entsteht Angst und Unruhe • Spezialisten wie Therapeuten oder Animateure • Ausbaupotential besteht bei Aromapflege und Basale Stimulation
04	104-105	186	Demenz weit fortgeschritten sind, riechen aktiv mit, manche Sachen kommen wieder	Bei weit fortgeschrittener Demenz können durch Gerüche wieder Erinnerungen aufkommen	
05	67-69	187	Bewohner am Ort wo sie leben zu beschäftigen, nicht weg bringen müssen zu einer Beschäftigung. Das bringt Unruhe und Angst	Bewohner am gleichen Ort wo sie leben auch Beschäftigung anbieten, nicht an einem anderen Ort, dies bringt Unruhe und Angst	
05	69-71	188	Wünsche mir mehr Möglichkeiten, spezielle Therapeuten oder Animateure	Mehr Möglichkeiten wie spezielle Therapeuten oder Animateure	
05	72-73	189	Aromapflege oder Basale Stimulation anwenden könnten, da sehe ich noch Möglichkeit	Ausbaupotential besteht bei Aromapflege oder Basale Stimulation	