

***Belastungserleben und Unterstützungsbedarf pflegender
Angehöriger von Menschen mit Demenz***

**Daniel Wagner
Anabel Taefi
Thomas Görden**

Aus: Erich Marks & Wiebke Steffen (Hrsg.):
Prävention und Freiheit. Zur Notwendigkeit eines Ethik-Diskurses
Ausgewählte Beiträge des 21. Deutschen Präventionstages
6. und 7. Juni 2016 in Magdeburg
Forum Verlag Godesberg GmbH 2017, Seite 493-502

978-3-942865-71-5 (Printausgabe)
978-3-942865-72-2 (eBook)

Belastungserleben und Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

1 Einführung

Der Beitrag gibt einen kurzen Überblick über Ergebnisse aus der Begleitforschung zu einer praktischen Maßnahme zur Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz (MmD). Das Modellprojekt „Aktion Stress-Abbau“ (AStrA) des Demenzforums Darmstadt e. V. (DFD) wurde durch ein Forschungsteam der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol) kontinuierlich über drei Jahre wissenschaftlich begleitet. Schwerpunkt der Begleitforschung war eine Interviewstudie, in deren Rahmen neben den 16 am Modellprojekt teilnehmenden Familien auch die im Projekt tätigen Praktikerinnen in teilstandardisierten, problemzentrierten (Witzel, 2000) Interviews zu für den Untersuchungsgegenstand relevanten Wahrnehmungen, Einschätzungen und Erfahrungen jeweils bis zu dreimal befragt wurden. Bei den Befragungen der pflegenden Angehörigen kam ergänzend zum eher narrativ ausgerichteten Interview (Weiterentwicklung eines Befragungsinstruments aus der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“; Görgen, 2010) ein kurzer, auf dem Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (abgekürzt BIZA-D; Schacke & Zank, 2009; 2010) basierender Fragebogen zum Einsatz. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse basieren auf den Erkenntnissen, die aus insgesamt 39 Interviews mit 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und der Befragung (zwei Interviews, eine Gruppendiskussion) der drei zentralen AStrA-Mitarbeiterinnen des Demenzforums gewonnen wurden.

2 Zum Modellprojekt und den teilnehmenden Familien

Die vom DFD im Rahmen eines Modellprojektes angebotene und durch die DHPol wissenschaftlich begleitete Unterstützungsmaßnahme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz fokussiert die Frage, wie ein Entlastungsangebot für diese Zielgruppe gestaltet sein sollte, wie und womit man die Zielgruppe erreichen und deren Bedarfe erkennen und bedienen kann und welchen Aggressionen und in der Folge auch problematischen Interaktionen und Gewalt verhindernden Beitrag ein entsprechendes Angebot leisten kann.

Die häusliche Pflege von (demenziell beeinträchtigten) Angehörigen durch Familienmitglieder bedeutet insbesondere für die pflegenden Angehörigen, aber auch für die

involvierte Familie und etwaige weitere informell helfende Personen unmittelbare und mittelbare Belastungen auf mehreren Ebenen. Zu nennen sind körperliche Herausforderungen durch Pflege- und Hausarbeit und der damit verbundene zeitliche Aufwand, was sich wiederum auf (andere) Beziehungen der Pflegenden und deren Freizeitgestaltung wie auch gegebenenfalls deren berufliche Tätigkeit auswirkt. Diese Beanspruchungen fordern auch emotional (und das über einen potenziell sehr langen, auch für die Betroffenen nicht abschätzbaren Zeitraum), dazu kommen Sorgen hinsichtlich der Erkrankung selbst und was sie für den nahestehenden Menschen bedeutet, und der eigenen bzw. gemeinsamen Zukunft. Des Weiteren können finanzielle Belastungen eine Rolle spielen, entweder unmittelbar durch Aufwendungen etwa für pflegerechte Anpassungen im Haushalt, oder mittelbar durch eine nötige Einschränkung oder sogar Aufgabe der Berufstätigkeit.

Zusammenfassend können die genannten Belastungen die Lebensqualität der Pflegenden und letztlich auch die Pflegequalität und damit das Wohlergehen der Gepflegten negativ beeinträchtigen. Reduktion von Belastungen bzw. Unterstützung beim konstruktiven Umgang mit Belastungen kann entsprechend auch der Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung dienen.

Die ursprüngliche Konzeption des Modellprojekts lässt sich als „Gesamtpaket für Alle“ bezeichnen, sprich ein weitgehend standardisiertes Paket aus bewährten bzw. durch das DFD oder vergleichbare Einrichtungen bereits erprobten Angeboten, die zwar auch in individuellen, aber vorwiegend in Form von Kleingruppenangeboten zum einen Belastungen adressieren, zum anderen betroffene Familien zum Zwecke der Überwindung von Isolation zusammenbringen sollten. Schon bei der Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden Akzeptanzprobleme deutlich, die Zielgruppe sah insbesondere die erlebte Verbindlichkeit des Angebots (gerade auch als evaluierte Maßnahme), die feste zeitliche Struktur (Voraussetzung für Gruppenangebote) und die geringe inhaltliche Flexibilität („Gesamtpaket“) kritisch. Das „Paketmodell“ schien als potenzielle zusätzliche Belastung und damit für die teils stark belasteten Familien nicht geeignet bzw. wirkte sogar abschreckend. Entsprechend fand auf Basis dieser ersten Erfahrungen früh im Projekt eine Neuorientierung in Richtung eines individualisierten Case Managements statt. Familien sollten Angebote individuell zusammenstellen und (auch spontan) nutzen können und die Möglichkeit aufsuchender, niedrigschwelliger Beratung trat stärker in den Mittelpunkt. Neben aufsuchender und telefonischer Kontaktpflege durch DFD-Mitarbeiterinnen wurden die auch in der ursprünglichen Konzeption vorgesehenen regelmäßig stattfindenden Angebote wie ein Café für Angehörige und MmD und ein Gesprächskreis nur für die Angehörigen bereitgestellt.

Der Teilnehmerkreis umfasste schließlich 16 Familien, davon jeweils acht in intragenerationeller Betreuungskonstellation, zusammengesetzt aus sieben (Ehe-)Paaren und einer Geschwisterbeziehung und acht Fälle intergenerationeller Betreuung durch

erwachsene Kinder und Schwiegerkinder. In beiden Gruppen überwogen weibliche Pflegende, insgesamt elf der 16 begleiteten Angehörigen waren Frauen.

3 (Umgang mit) Belastungen

Der Übergang in die Pflege-/Betreuungssituation fand bei den begleiteten Angehörigen abrupt (typisch für die Fälle intergenerationeller Pflege) oder schleichend (typischerweise bei der intragenerationellen Pflege) statt. Der Wandel der Lebenssituation und die Übernahme von immer mehr Betreuungsverantwortung durch die Angehörigen kann also graduell vonstattengehen (in der Regel bei Ehepaaren, die mit den MmD jeden Tag und alle Lebensbereiche teilen), oder – jedenfalls was die Anforderungen an die Angehörigen betrifft – plötzlich eintreten (in der Regel wenn der MmD Elternteil der Befragten ist und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt selbständig den Alltag bestreiten konnte).

Oft wäre es sinnvoll gewesen, wenn die betroffenen Angehörigen die geänderte Lebenssituation und die damit verbundenen neuen Herausforderungen und gegebenenfalls notwendigen Konsequenzen bzw. Anpassungen erst einmal bewusst und in Ruhe hätten reflektieren können, dafür fehlte aber entweder die Zeit oder es fand eine Verdrängung bzw. ein Hinausschieben entsprechender Überlegungen und Anpassungen statt.

„Man schiebt das natürlich ein Stück weit vor sich her. Man will es ein Stück weit nicht wahrhaben.“

„Ich musste auch mich erst einmal sortieren! Also das war wirklich schlimm und Sie bekommen ja von Jedem was anderes gesagt auch. Erstens einmal die Diagnose [...], dann ‚Sie können die nicht alleine lassen!‘ Ich hatte so einen Druck [...] Diese ganzen Anrufe, der schriftliche Kram [...] ich war mit Allem überfordert.“

Die damit verbundene Änderung gewohnter Rollen wird von den meisten der Befragten thematisiert, aber nicht unbedingt als Belastung geschildert. Sowohl in den partnerschaftlichen als auch den Eltern-Kind-Beziehungen wird offenbar, dass bei der Pflegeübernahme in der Regel ein Gefühl der Verbundenheit und/oder selbstverständlichen Verpflichtung im Mittelpunkt stand. Während bei letztgenannter Konstellation der Rollenwechsel weniger in seiner Eigenschaft als Verlust einer Vater- oder Mutterfigur, sondern vorwiegend aufgrund der objektiven Verantwortungszunahme als belastend beschrieben wird, fällt bei den Paaren der Verlust des gleichberechtigten Partners schwerer bzw. zusätzlich ins Gewicht.

„Er ist einerseits noch [...] mein Partner [...] und andererseits ist er auch einfach eine hilfsbedürftige Person, für die ich jetzt zuständig bin.“

„Ja, weil man diesen Verlust gar nicht wahrnehmen kann. Wissen Sie: sie ist noch da und sie ist doch nicht da, ne?“

In den Erzählungen spiegelt sich das Konzept des „ambiguous loss“ von Pauline Boss (1999; 2011) wider. Demnach kann z. B. die demenzielle Erkrankung einer Person dazu führen, dass ihr nahestehende Menschen einen Verlust erleben und erleiden, während die erkrankte Person jedenfalls in körperlicher Form noch anwesend ist. Diese Uneindeutigkeit verlangt Auseinandersetzung und kann die Bewältigung der Lebenssituation erschweren.

Was das Belastungsempfinden hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsaufgaben anbelangt, zeigt sich, dass die Art der zu erfüllenden Tätigkeiten und der mit der Erkrankung verbundenen Symptome (mit Ausnahme der für die Angehörigen sehr belastenden Stuhlinkontinenz; vgl. hierzu u.a. Cassells & Watt, 2003; Santini, Andersson, & Lamura, 2016) weniger ausschlaggebend sind als der zeitliche Aufwand, die Fremdbestimmung des Tagesablaufs, die mangelnden Freiräume und das ständige Gefühl der Verantwortung.

„Ja, unser ganzes Leben dreht sich nur um [MmD]. Wir haben eigentlich kein Leben mehr, wenn Sie so wollen.“

„Also mich belastet eigentlich, dass ich die nächste Zeit die totale Verantwortung habe über [MmD]!“

Das eigene Wohlbefinden ist nicht nur direkt betroffen, die täglichen Anforderungen wirken sich auch auf (andere) Beziehungen und Lebensbereiche aus und können der Gesundheit der Pflegenden zuwiderlaufende Tendenzen zeigen.

„[...] dass man für sich selber keine Zeit mehr hat und eben für die Partnerschaft auch irgendwie keine Zeit mehr hat.“

„[...] dass ich [in meinem Job] halt jetzt einfach in den letzten Monaten richtig Konzentrationsschwierigkeiten habe und mir auch einfach Fehler unterlaufen.“

„[...] wir sind beide auch körperlich eigentlich und nervlich nicht mehr so in der Lage, das auszuhalten und zu ertragen, aber wir haben ja keine Wahlmöglichkeit. Wir müssen es aushalten.“

Vereinzelt auftretende Spannungen zwischen Pflegenden und Gepflegten sind vor dem Hintergrund der Erkrankung zu betrachten, da sie mit vielfältigen Persönlichkeitsveränderungen einhergeht. Wegen ihres oftmals frühen Auftretens wird diesen Veränderungen auch diagnostische Bedeutung zugeschrieben, charakteristisch sind Stimmungsschwankungen und die Übersteigerungen vorhandener Persönlichkeitszüge (Helmes, Norton & Østbye, 2013).

„Manchmal denke ich, sie merkt halt ihre Situation und ist deswegen [so aggressiv].“

„Ja, er hat sich ganz verändert und sein Charakter auch. [...] Er pöbelt ja auf der Straße dann die Leute an, wenn ihm was nicht passt.“

Auch die Qualität der Beziehung vor der Erkrankung spielt eine Rolle, bei manchen pflegenden Kindern der demenziell Erkrankten wurde eine schwierige Vorgeschichte mit dem MmD geschildert. Plötzlich sehen sie sich der Erwartung ausgesetzt (bzw. stellen entsprechende Erwartungen an sich selbst) einen Elternteil zu versorgen, mit dem sie über Jahre oder Jahrzehnte wenig Kontakt hatten und jedenfalls keinen so emotional und körperlich unmittelbaren wie ihn die Pflege erfordert.

„Ich bin ein ungewolltes Kind und das habe ich mein Leben lang gespürt und wo soll da die Zuneigung irgendwie herkommen? Das ist einfach nicht angelegt in unserer Beziehung. Und deswegen fällt es mir halt auch schwer, [...] dass jetzt halt irgendetwas von mir erwartet wird quasi oder zwangsläufig, was im Prinzip nicht da ist.“

Teils kommt es auch zu problematischen Interaktionen, meistens in Form von Streit, gegenseitigem Anschreien, nur selten in Form von Handgreiflichkeiten. Öfter werden Auseinandersetzungen aber gemieden und etwaigem Ärger in Abwesenheit des MmD Luft gemacht.

„Ich versuche jetzt, allen Konflikten so möglichst aus dem Weg zu gehen, [...] ich habe ihn [den MmD] immer versucht, mit einzubinden, aber es war irgendwann so konfliktreich [...].“

„Ich habe schon im Auto Schreikrämpfe bekommen [...], ich wollte nur mal irgendwie zum Sport fahren und dann sagt sie: ‚Ach, ich habe mich so gefreut, dass Du jetzt schon zu Hause bist‘ und ‚Musst Du denn da hingehen?‘“

Zu Spannungen und Auseinandersetzungen kommt es auch in anderen Beziehungen der pflegenden Angehörigen. Beachtenswert sind insbesondere Konstellationen, bei denen sich die Partnerin / der Partner und ein Kind des MmD die Betreuung teilen. Das „Kind“, selbst in der Regel bereits zwischen 50 und 60 Jahren alt, sorgt sich nicht nur um den demenziell erkrankten Elternteil, sondern auch um den (noch) gesunden. Auftretende Konflikte drehen sich entsprechend hauptsächlich um das Annehmen professioneller Unterstützung. Die Befragung zeigte, dass insbesondere pflegende Partnerinnen versuchen, mit möglichst wenig außerfamiliärer Unterstützung auszukommen, neben Selbstansprüchen ist dabei wohl auch ein Wunsch nach (jedenfalls demonstrierter) Normalität ausschlaggebend.

„Und vielleicht ist das die Art und Weise wie wir groß geworden sind nach dem Krieg und so weiter. Wir versuchen um jeden Preis, erst alleine zurechtzukommen.“

Die Mehrheit der Befragten sucht allerdings gezielt nach Unterstützungsmöglichkeiten oder akzeptiert diese zumindest, wenn sie angeboten werden (was natürlich nicht verwundern kann, da gerade dies ja im Zentrum der angebotenen und von den Teilnehmenden eben auch wahrgenommenen Maßnahme steht).

„[D]as, was wir abgeben können, wollen wir auch abgeben.“

Grundsätzlich ist für beide Konstellationen, inter- wie auch intragenerationelle Pflege, festzustellen, dass die pflegenden Angehörigen unterschiedlich mit den Belastungen umgehen, Art und Ausmaß des Belastungsempfindens, die Verarbeitung der Lebenssituation und Hilfebedürfnis wie eben auch Hilfesuchverhalten unterscheiden sich deutlich. In den Interviews zeichnen sich einige Merkmale ab, die das Ausmaß der psychischen Belastung bei den Betroffenen zu beeinflussen scheinen. Von vergleichsweise hohen Belastungen berichten Interviewpartner, die die Hauptverantwortung für die Pflege tragen sowie Pflegende, die mit der/dem demenziell erkrankten Angehörigen zusammenleben oder deren erkrankte Angehörige besonders herausfordernde Verhaltensweisen zeigen (dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, vgl. Chiao et al. 2015, S. 346ff). Die Selbsteinschätzungen der Betroffenen hinsichtlich der eigenen Belastungsstärke und Bewältigungsfähigkeit spiegeln den Druck wider, dem sich die Angehörigen ausgesetzt fühlen bzw. selbst aussetzen.

„Ich fühle mich soweit stabil, [...] ich stecke das weg. Ich bilde es mir zumindest ein [...].“

„Um nicht nen Slang-Ausdruck zu nutzen, sag ich mal: ‚[Es geht mir] bescheiden‘. Aber das interessiert nicht. Ich habe mich zu kümmern.“

4 Unterstützung

Aus den Angaben der pflegenden Angehörigen (wie eben kurz umrissen) und den Beschreibungen der Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Befragungen mit Mitarbeiterinnen des Demenzforums kristallisieren sich drei zentrale Arten von Wünschen bzw. Unterstützungsbedarfen heraus.

1. **Fachliche Auskunft und Beratung:** Der zentralste explizite Bedarf der meisten Betroffenen ist auf der Informationsebene festzustellen. Hier stehen fundierte Informationen zum Krankheitsbild, zu den damit verbundenen Herausforderungen, zu rechtlichen Ansprüchen und zu (professionellen) Unterstützungsmöglichkeiten im Mittelpunkt. Wichtig ist dabei nicht nur die fachliche Qualität der gebotenen Aufklärung, sprich der Inhalt, sondern auch wie dieses Wissen vermittelt wird. Auch Nickel et al. (2011, S.113 f.) weisen darauf hin, „dass die Berater sowohl ein umfangreiches Fachwissen über Krankheiten als auch psychosoziale Kompetenzen besitzen müssen“.

2. Soziale und emotionale Unterstützung: Beziehungsarbeit ist eine förderliche Voraussetzung für effektive Wissens- und Kompetenzvermittlung, wichtig ist sie aber auch auf einer weiteren Ebene, nämlich der sozialen und emotionalen Unterstützung von stark belasteten Menschen. Wie oben beschrieben, sind ja nicht nur die unmittelbar mit der Pflege einhergehenden Verpflichtungen von Mensch zu Mensch sehr vielfältig, sondern auch die berichteten mittelbaren Folgen. Für den Großteil des begleiteten Personenkreises erwies sich die angebotene intensive und individuelle Betreuung und in manchen Fällen schon alleine die den Betroffenen vermittelte Gewissheit, dass sie sich bei Fragen und Problemen an fachlich wie menschlich kompetente Ansprechpersonen wenden können, als positiv hinsichtlich ihrer Bewältigungsfähigkeit und allgemein ihrer Lebensqualität.
3. Perspektivenerweiterung und Überwindung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien: Dieser Bedarfsbereich knüpft an den letztgenannten Aspekt an, liegt allerdings etwas zwischen den beiden zuvor dargestellten Kategorien Wissensvermittlung und soziale Unterstützung. Bei der intensiven Begleitung und Befragung kristallisierte sich bei manchen Betroffenen ein Bedarf heraus, der nur selten explizit geäußert wird oder den Betroffenen selbst überhaupt bewusst ist. Manche Angehörige sind (nach teils jahrelanger Pflegeverantwortung) so tief in der eigenen belastenden Lebenssituation versunken, dass es ihnen kaum mehr möglich ist, Optionen und eigene Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu verfolgen bzw. negativen Entwicklungen bei sich wie auch beim MmD entgegenzutreten. Auch bei Angehörigen, deren Blickwinkel nicht so stark verengt ist, konnte mehrfach das Bemühen festgestellt werden, allen Herausforderungen alleine oder innerhalb der Familie gerecht zu werden. Geeignete Unterstützung sollte entsprechend fähig sein, potenziell selbstschädigende Überzeugungen und Selbstansprüche zu adressieren.

Für den letztgenannten im Besonderen, aber auch für die anderen beiden geschilderten Komplexe gilt: Das Erkennen von Problemen und die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs sowie die Identifikation geeigneter Wege zur Erfüllung dieser Bedarfe bzw. Behebung von Defiziten erfordern in manchen Fällen mehr als einen nur singulären oder punktuellen und funktional beschränkten Kontakt.

5 Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass pflegende Angehörige vielfältigen Belastungen ausgesetzt und ihre Ressourcen nicht nur hinsichtlich der Bewältigung dieser Herausforderungen, sondern auch hinsichtlich der Annahme von Hilfe begrenzt sind. Zur (insbesondere auch emotionalen) Entlastung gedachte Angebote können der Zielgruppe als zusätzliche Belastungen und Verpflichtungen erscheinen, die mit zumindest aus Gründen der Höflichkeit einzuhaltenden Terminen oder zusätzlichem „Papierkram“ (so die Aussage einer Teilnehmerin bezüglich der Befragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung) verbunden sind. Auf Seiten des Anbieters ist Verbindlichkeit

gewünscht, für die Teilnehmenden ist es gleichzeitig eine Erleichterung, wenn sie selbst nicht in die Pflicht genommen werden.

Die alltäglichen Herausforderungen in Form der zu erfüllenden Betreuungsaufgaben wie auch der beschneidenden Folgen, die diese ständige Verantwortung für die Verfolgung eigener Bedürfnisse hat, stellen gerade für die in der Regel selbst hochaltrigen pflegenden Partnerinnen und Partner ein gesundheitliches Risiko dar. Konfliktpotenzial findet sich nicht nur in der Beziehung zum MmD, sondern auch zu anderen Angehörigen und zu Akteuren des Gesundheitssystems.

Nicht nur in der vorliegenden Untersuchung hat sich bestätigt, dass der Umgang mit Belastungen wie auch Konflikten in hohem Maße individuell und nicht ohne Weiteres „von außen“ sichtbar und zugänglich ist. Prävention, d. h. Vermeidung negativer Folgen sowohl auf Seiten der pflegenden Angehörigen (körperliche und seelische Gesundheit, soziale Einbettung) als auch auf der der demenziell Erkrankten (Prävention von Vernachlässigung und Gewalt) muss entsprechend auf individualisierter Unterstützung und gelungener Beziehungsarbeit aufbauen. Geeignete Angebote sollten überindividuell angelegt sein, das familiäre System und dessen Umfeld in den Blick nehmen, um die pflegenden Angehörigen und über diese letztlich auch die Pflegebedürftigen zu erreichen. Eine breit angelegte Prävention (auch von Gewalt und Vernachlässigung) ist hierbei notwendig und sollte auch die Themenfelder Belastung/Entlastung, Beziehung und Lebensqualität mit einschließen.

6 Literatur

- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Boss, P. (2011). *Loving someone who has dementia: How to find hope while coping with stress and grief* (1st ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cassells, C. & Watt, E. (2003). The impact of incontinence on older spousal caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 607-616.
- Chiao, C.Y., Wu, H.S., & Hsiao, C.Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350.
- Gørgen, T. (Hrsg.) (2010). *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Helmes, E., Norton, M.C., & Østbye, T. (2013). Personality change in older adults with dementia: Occurrence and association with severity of cognitive impairment. *Advances in Aging Research*, 2(1), 27-36.

- Nickel, W., Born, A., Hanns, S., & Brähler, E. (2011). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(2), 109-114.
- Santini, S., Andersson, G., & Lamura, G. (2016). Impact of incontinence on the quality of life of care-givers of older persons with incontinence: A qualitative study in four European countries. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 92-101.
- Schacke, C. & Zank, S. (2009). *Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D): Manual zur Praxisversion (BIZA-D-PV)*. Siegen: Universität Gesamthochschule Siegen – Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.
- Schacke, C. & Zank, S. (2010). Die Erfassung von Belastungen und Ressourcen bei der Pflege demenzkranker Angehöriger. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln. Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung*, S. 295-303. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft Aka.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(1). Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> [28.10.2016].

Inhalt

Vorwort	5
In memoriam Dr. Wiebke Steffen	7

I. Der 21. Deutsche Präventionstag im Überblick

<i>Deutscher Präventionstag und Veranstaltungspartner</i>	
Magdeburger Erklärung	15
<i>Erich Marks, Karla Marks</i>	
Zusammenfassende Gesamtdarstellung des 21. Deutschen Präventionstages	21
<i>Erich Marks</i>	
Zur Eröffnung des 21. Deutschen Präventionstages in Magdeburg	51
<i>Regina Ammicht Quinn mit Andreas Baur-Ahrens, Peter Bescherer, Friedrich Gabel, Jessica Heesen, Marco Krüger, Matthias Leese, Tobias Matzner</i>	
Gutachten für den 21. Deutschen Präventionstag: Prävention und Freiheit. Zur Notwendigkeit eines Ethik-Diskurses	57
<i>Rainer Strobl, Olaf Lobermeier</i>	
Evaluation des 21. Deutschen Präventionstages	185

II. Praxisbeispiele und Forschungsberichte

<i>Marc Coester, Hans-Jürgen Kerner, Jost Stellmacher, Christian Issmer</i>	
<i>Ulrich Wagner</i>	
Die Evaluation des Hessischen Jugendstrafvollzugs Hintergrund und Ergebnisse des Forschungsprojekts sowie Implikationen für die künftige Praxis und Forschung	229
<i>Arne Deißigacker, Gina Rosa Wollinger, Dirk Baier, Tillmann Bartsch</i>	
Phänomen Wohnungseinbruch. Ansätze zur Prävention auf Basis einer multiperspektivischen Studie	271
<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH</i>	
„Sozialer Zusammenhalt und Integration“ Vorstellung von Methoden der Prävention und Konfliktbearbeitung in der Entwicklungszusammenarbeit als möglicher Beitrag zur Integration von Geflüchteten	285
<i>Brigitte Gans</i>	
Wem gehört der öffentliche Raum? Gratwanderung zwischen Schutz der Sicherheit und Freiheit der Nutzung	333
<i>Thomas Hestermann</i>	
Die Rückkehr der Dämonen: Wie die Medien über Gewaltkriminalität berichten	341

<i>Sally Hohnstein</i> Distanzierungsarbeit mit rechtsextrem orientierten Jugendlichen – Elemente gelingender Arbeit	357
<i>Sabrina Hoops</i> Dauerthema „Geschlossene Unterbringung“: Erziehung zur Freiheit durch Freiheitsentzug?	363
<i>Leo Keidel</i> „Nix Rechts!“ Ein interaktives Präventionsprojekt für Schulen zum Thema Rechtsextremismus	379
<i>Daniel Köhler, Belinda Hoffmann</i> Kompetenzzentrum zur Koordinierung des Präventionsnetzwerks gegen (islamistischen) Extremismus in Baden-Württemberg (KPEBW)	385
<i>Eva Kühne-Hörmann</i> Cybercrime – Strategien der Kriminalprävention	391
<i>Adelina Michalk</i> „Fairplay in der Liebe“ – Ein Präventionsprojekt aus der Opferperspektive zum Thema Beziehungsgewalt	397
<i>Harkmo Daniel Park, Cheonhyun Lee</i> Prävention und Freiheit im Spannungsfeld des Infektionsschutzes in Südkorea	399
<i>Isabell Plich, Bettina Doering</i> Konfliktprävention in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete	407
<i>Stefan Saß</i> Prozessorientierte Ausstiegsbegleitung – ein Praxisbericht	421
<i>Lara Schartau, Sylwia Buzas</i> Sicherheitsempfinden älterer Menschen im Wohnquartier – Die „Senioren- sicherheitskoordination“ als ein Modell sozialraumorientierter Prävention	429
<i>Lisa Schneider, Anne Kaplan, Stefanie Roos, Laura Schlachzig, Jan Tölle</i> Junge geflüchtete Menschen in Deutschland – Rahmenbedingungen, Herausforderungen und pädagogische Implikationen	449
<i>Tillmann Schulze</i> Welches und wie viel Licht braucht erfolgreiche Kriminalprävention?	481
<i>Daniel Wagner, Anabel Taefi, Thomas Görgen</i> Belastungserleben und Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz	493
III Autoren	503