

Thema:

YOUNG CARERS - KINDER KRANKER ELTERN
Bedarfserhebung, Entwicklung, Umsetzung und
Evaluation eines Präventionsangebotes

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

an der Europa-Universität Flensburg
Fachbereich Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Erste Gutachterin: Prof. Dr. Petra Hampel
Zweite Gutachterin: Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe

vorgelegt von: Nora Großmann

Tag der Disputation 13.02.2015

Danksagung

An dieser Stelle danke ich all denen, deren Engagement und Unterstützung diese Arbeit ermöglicht haben.

Mein erster Dank gilt Prof. Dr. Petra Hampel, die mich zur Durchführung dieser Arbeit initiativ bestärkte, geduldig meine ersten Unsicherheiten ertrug, jederzeit Fragen beantwortete und dabei fruchtbare Irritationen hervorrief.

Ein weiteres Dankeschön geht an Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe für Ihre Bereitschaft zur Begutachtung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt auch Dr. Torsten Rau, stellvertretend für den Rotary Club Bad Bramstedt, und Bernd Heinemann, stellvertretend für das Team des Deutschen Kinderschutzbundes Segeberg, die sich immer wieder und unermüdlich für das Projekt YCD eingesetzt haben und somit die Grundlage für diese Arbeit geschaffen haben.

Ohne die Bereitschaft der Kinder und der Fachkräfte, mir ihre Lebensgeschichten anzuvertrauen, wäre die Durchführung der Studien nicht möglich gewesen. Mich ehrt ihr Vertrauen, ihre persönlichen Lebensgeschichten und heiklen Themen zu offenbaren. Zudem trug die freudige und aktive Teilnahme der Kinder zum Erfolg dieser Arbeit bei.

Meinem Mann bin ich unendlich dankbar, nicht nur für seine Unterstützung beim Projekt, seine Anregungen und fruchtbaren Diskussionen zu dieser Arbeit, sondern vor allem für seine Anwesenheit und Ablenkung, eben für die qualitative Zeit.

Last but not least möchte ich mich bei meinen Eltern, Großeltern und Geschwistern dafür bedanken, dass sie immer an mich geglaubt, jedoch nie zu viel von mir erwartet haben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Kastenverzeichnis.....	IX
Tabellenverzeichnis.....	X
Abkürzungsverzeichnis.....	XI
Zusammenfassung.....	XIII
1 Einleitung	2
2 Kinder und Jugendliche kranker Eltern als ‚Young Carers‘.....	8
2.1 Daten und Fakten: Begriffsbestimmung und Häufigkeiten.....	8
2.2 Kinder unter Berücksichtigung der elterlichen Erkrankung.....	12
2.2.1 Kinder psychisch kranker Eltern.....	13
2.2.2 Kinder suchtkranker Eltern.....	16
2.2.3 Kinder körperlich kranker Eltern.....	19
2.2.4 Kinder geistig behinderter Eltern.....	22
3 Lebenssituation von Young Carers.....	27
3.1 Altersspezifische Krankheitswahrnehmung und Krankheitskommunikation.....	27
3.2 Aufgaben der Kinder.....	29
3.3 Belastungen versus Fähigkeiten.....	31
3.3.1 Belastungen.....	32
3.3.2 Fähigkeiten.....	36
3.4 Risikofaktoren.....	37
3.5 Schutzfaktoren und Resilienz.....	39
3.6 Stress, Stressverarbeitung und Krankheitsbewältigung.....	42
3.6.1 Begriffsklärung und theoretische Einordnung.....	43
3.6.2 Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen.....	46
3.6.3 Spezifische Verarbeitungsstrategien von Young Carers.....	48
3.6.4 Modelle zur Krankheitsbewältigung.....	51
3.7 Auswirkungen.....	53
3.7.1 Ungünstige Entwicklung.....	54
3.7.1.1 Unmittelbare Auswirkungen im Kindes- und Jugendalter.....	54
3.7.1.2 Langfristige Folgen im Erwachsenenalter.....	57
3.7.2 Günstige Entwicklung.....	60
3.8 Wünsche und Bedürfnisse.....	61
3.8.1 Theoretische Einordnung.....	61
3.8.2 Wünsche und Bedürfnisse der Young Carers.....	64
4 Präventions- und Unterstützungsangebote für Young Carers.....	67
4.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention mit Young Carers.....	67
4.1.1 Begriffsbestimmung der Gesundheitsförderung und Prävention.....	67

4.1.2 Präventionsansätze in der Arbeit mit Kindern.....	68
4.1.3 Besonderheiten der Präventionsarbeit mit Young Carers.....	70
4.2 Ausgewählte konzeptionelle Ansätze	73
4.2.1 Netzwerk- und Kooperationsarbeit	73
4.2.2 Kommunikation und Informationsvermittlung.....	74
4.2.3 Stressbewältigungstrainings	76
4.2.4 Gruppenarbeit als Präventionsmaßnahme	78
4.3 Aktuelle Situation der Präventions- und Hilfsangebote	79
4.4 Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsvorhabens	83
5 Aufbau des empirischen Teils	90
5.1 Studiendesign	90
5.2 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung	94
5.2.1 Experteninterviews (Studie 1)	94
5.2.2 Problemzentrierte Interviews (Studie 2 und 3).....	95
5.2.3 Fokusgruppen (Studie 3).....	95
5.3 Auswertungsverfahren	97
6 Studie 1: Bedarfsanalyse mit Fachkräften	102
6.1 Fragestellung	103
6.2 Untersuchungsdesign	104
6.3 Ergebnisse	105
6.3.1 Wissensstand zum Thema.....	105
6.3.2 Bedarf und Wünsche an eine Zusammenarbeit	107
6.3.3 Erreichbarkeit der Kinder	109
6.3.4 Gruppenangebot Young Carers Deutschland.....	112
6.4 Diskussion	115
6.5 Handlungsempfehlungen	118
7 Studie 2: Bedürfnisanalyse mit Kindern	120
7.1 Exkurs: Kindheitsforschung.....	120
7.2 Fragestellung	122
7.3 Leitfaden.....	123
7.4 Interviewpartner	126
7.4.1 Auswahl der Interviewpartner.....	126
7.4.2 Darstellung der Interviewpartner	127
7.5 Untersuchungsdurchführung	133
7.6 Ergebnisse	134
7.6.1 Familiäre Erkrankung.....	135
7.6.2 Stressverarbeitungsstrategien der Kinder	143
7.6.2.1 Ungünstige Verarbeitungsstrategien.....	144
7.6.2.2 Günstige Verarbeitungsstrategien	146
7.6.3 Wünsche und Bedürfnisse der Kinder	150
7.6.3.1 Bedürfnis nach Sicherheit.....	152
7.6.3.2 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	153

7.6.3.3	Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit.....	154
7.6.3.4	Bedürfnis nach Bindung.....	155
7.6.3.5	Bedürfnis nach Achtung.....	155
7.6.3.6	Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung.....	156
7.6.3.7	Bedürfnis nach Selbstverwirklichung	158
7.6.3.8	Verlangen nach Wissen und Verstehen.....	159
7.7	Diskussion	160
7.7.1	Familiäre Erkrankung.....	161
7.7.2	Stressverarbeitungsstrategien.....	163
7.7.3	Wünsche und Bedürfnisse	164
7.8	Handlungsempfehlungen	168
8	Konzeptplanung von ‚Young Carers Deutschland‘	169
8.1	Ausgangsbasis.....	169
8.2	Zielgruppe.....	170
8.3	Ziele	171
8.4	Vorgehensweise	172
8.4.1	Modul I: Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung	172
8.4.2	Modul II: Elternarbeit.....	175
8.4.3	Modul III: Gruppenarbeit	176
9	Projektumsetzung von ‚Young Carers Deutschland‘	179
9.1	Projektstandort.....	179
9.2	Projektstart und Umsetzungsphase.....	180
9.3	Mitarbeiter.....	182
9.4	Umgesetzte Angebote von ‚YCD‘	182
9.5	Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung.....	183
9.6	Umsetzung der Kindergruppen	185
9.7	Ausflüge.....	188
9.8	Ausblick	188
10	Studie 3: Evaluation der Gruppen	190
10.1	Fragestellung und Vorgehen.....	191
10.2	Fokusgruppen.....	195
10.2.1	Diskussionsleitfaden und Stimuli	196
10.2.2	Gruppenteilnehmer	197
10.2.3	Untersuchungsdurchführung	198
10.3	Qualitatives Interview	200
10.3.1	Interviewleitfaden	200
10.3.2	Interviewteilnehmer	201
10.3.3	Interviewdurchführung.....	202
10.4	Ergebnisse.....	203
10.4.1	Prozessevaluation: Wünsche, Wahrnehmung und Bedürfnisse.....	203
10.4.1.1	Gruppeninhalte.....	203
10.4.1.2	Wünsche und Veränderung.....	212

10.4.1.3 Gründe des Fernbleibens	215
10.4.1.4 Gesamteindruck der Gruppe	217
10.4.2 Ergebnisevaluation: Entwicklung und Veränderung	219
10.4.2.1 Kommunikation der familiären Erkrankung	219
10.4.2.2 Stressverarbeitung und Übungen	223
10.4.3 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse	227
10.4.4 Prozessqualität der Fragebögen.....	228
11 Allgemeine Diskussion.....	231
11.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in die Literatur.....	231
11.1.1 Bedarfsanalyse mit Fachkräften	232
11.1.2 Bedürfnisanalyse mit Kindern.....	234
11.1.3 Projektkonzeption und Umsetzung von YCD	236
11.1.4 Evaluation der Gruppen	236
11.2 Kritische Methodenreflexion	242
12 Implikationen.....	248
12.1 Implikationen für die Praxis	248
12.2 Implikationen für die Forschung	250
12.3 Fazit	251
Literaturverzeichnis	254
Anhang.....	273
Anhang: Studieninstrumente	274
Anhang: Projektmaterialien	337
Anhang: Interviews	357

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stressverarbeitungsstrategien von Kindern und Jugendlichen	45
Abbildung 2: Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern.....	52
Abbildung 3: Public Health Action Cycle.....	90
Abbildung 4: Studienverlauf nach dem Public Health Action Cycle.....	91
Abbildung 5: Überblick über das Forschungsvorhaben von YCD.....	93
Abbildung 6: Explikation und induktive Kategorienbildung des Forschungsprozesses.....	101
Abbildung 7: Studienverlauf nach dem PHAC: Bedarfserhebung mit Fachkräften.	102
Abbildung 8: Studienverlauf nach dem PHAC: Bedürfniserhebung mit Kindern.	120
Abbildung 9: Code-Baum Familiäre Erkrankung.	135
Abbildung 10: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Kindliche Wahrnehmung.....	136
Abbildung 11: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Kindliches Verhalten.....	138
Abbildung 12: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Empfinden.	140
Abbildung 13: Stressverarbeitungsstrategien der befragten Kinder.	144
Abbildung 14: Ergebnisse: Bedürfnisse der Kinder.....	152
Abbildung 15: Studienverlauf nach dem PHAC: Planung von YCD.....	169
Abbildung 16: Projektziele.....	171
Abbildung 17: Studienverlauf nach dem PHAC: Implementierung des Projektes.....	179
Abbildung 18: Projektlogo.....	180
Abbildung 19: Studienverlauf nach dem PHAC: Evaluation.	190
Abbildung 20: Übersicht Evaluationsschema.....	193
Abbildung 21: Spiel- und Aktivitätsbewertung (Evaluation).	206
Abbildung 22: Themenbewertung der Kindergruppen 6-9 und 10-14 Jahre.	210
Abbildung 23: Stundenbewertung der Gruppe 6-9 Jahre.....	228
Abbildung 24: Stundenbewertung der Gruppe 10-14 Jahre.....	229
Abbildung 25: Bewertung beider Gruppen im Vergleich.....	229

Kastenverzeichnis

Kasten 1: Bedürfnisse von Young Carers.	66
Kasten 2: Schlüsselemente für die Arbeit mit Young Carers.	72
Kasten 3: Funktionen von Netzwerk und Kooperation.	74
Kasten 4: Gründe für die Information der Kinder.....	76
Kasten 5: Hauptfragestellungen der Bedarfs- und Bedürfnisanalysen.	91
Kasten 6: Kooperationspartner von YCD.	184
Kasten 7: Themen und Fragestellungen der formativen Evaluation.	191
Kasten 8: Themen und Fragestellungen der summativen Evaluation.	191

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verantwortungsbereiche von Young Carers.....	30
Tabelle 2: Belastungen von Young Carers.	32
Tabelle 3: Risikofaktoren von Young Carers.....	38
Tabelle 4: Klassifikation von Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter.....	40
Tabelle 5: Günstige Verarbeitungsstrategien von Young Carers.	50
Tabelle 6: Ungünstige Verarbeitungsstrategien von Young Carers.....	50
Tabelle 7: Ungünstige Auswirkungen auf Young Carers.....	59
Tabelle 8: Fähigkeiten und günstige Auswirkungen auf Young Carers.	60
Tabelle 9: Grundbedürfnisse im Vergleich von Maslow (2008) und Epstein (2003).	62
Tabelle 10: Clusterdarstellung von Projekten für Kinder kranker Eltern.	80
Tabelle 11: Auswertungsprozess der Bedürfnisanalyse.....	100
Tabelle 12: Fragestellung der Bedarfserhebung mit Fachkräften.....	103
Tabelle 13: Methodisches Design der Bedarfserhebung mit Fachkräften.	104
Tabelle 14: Fragestellungen der Bedürfniserhebung mit Kindern.	122
Tabelle 15: Befragte Kinder im Überblick.....	128
Tabelle 16: Handlungsfelder zu Wünschen und Bedürfnissen der Kinder.....	164
Tabelle 17: Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung bei YCD.	173
Tabelle 18: Elternmodul bei YCD.	175
Tabelle 19: Gruppenarbeit bei YCD.....	176
Tabelle 20: Vermittelte Fälle von Kooperationspartnern bei YCD.	184
Tabelle 21: Risikofaktoren betreuter Kinder.....	187
Tabelle 22: Lebenssituation betreuter Kinder	187
Tabelle 23: Ablaufschema der summativen Evaluation.....	193
Tabelle 24: Fokusgruppenteilnehmer.	198
Tabelle 25: Teilnehmer der Einzelinterviews.	201
Tabelle 26: Kategoriendarstellung Gruppeninhalte (Evaluation).	204
Tabelle 27: Kategoriendarstellung Wünsche & Veränderung (Evaluation).	213
Tabelle 28: Kategoriendarstellung der Gründe des Fernbleibens (Evaluation).....	215
Tabelle 29: Kategoriendarstellung des Gesamteindrucks der Gruppe (Evaluation).	217
Tabelle 30: Kategoriendarstellung Kenntnisse von Erkrankung (Evaluation).	220
Tabelle 31: Kategoriendarstellung der Stressverarbeitung (Evaluation).....	223
Tabelle 32: Wünsche für zukünftige Gruppen.....	230

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ATS	Ambulante teilstationäre Therapiehilfe
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
d. Verf.	der Verfasser
ebd.	ebenda (Verweis auf vorherige Literaturangabe)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
et al.	et alii (Latein: und andere)
f.	die angegebene und die folgende Seite / Zeile
ff.	die angegebene und die folgenden Seiten / Zeilen
FG(2a/ 2b)	Fokusgruppe (2a/ 2b)
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
I.	Interviewer / Interviewerin
ICD-10	International Classification of Diseases - 10
jmd.	jemanden / jemandem
KgbE	Kinder geistig behinderter Eltern
kindl.	kindlich
KkkE	Kinder körperlich kranker Eltern
KpkE	Kinder psychisch kranker Eltern
KskE	Kinder suchtkranker Eltern
LST	Learning Sobriety Together
männl.	männlich
n.d.	nicht datiert
PHAC	Public Health Action Cycle
PRMG	Relational Psychotherapy Mothers' Group
RKI	Robert Koch Institut
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
SVF-KJ	Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization
YCD	Young Carers Deutschland
Z.	Zitat
z.B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Als Young Carers wird die bislang wenig erforschte und vernachlässigte Risikogruppe für die Entwicklung von Auffälligkeiten und psychopathologischen Störungen bezeichnet. Young Carers meint Kinder und Jugendliche, die mit kranken oder pflegebedürftigen Angehörigen zusammenleben und in die emotionale oder medizinische Unterstützung eingebunden sind. Studien belegen einheitlich, dass Young Carers unabhängig von der Art der elterlichen Erkrankung überproportional häufig Aufgaben und Unterstützungstätigkeiten (praktischer, emotionaler und medizinischer Art) übernehmen. Sie sind dadurch einer Vielzahl an Belastungsfaktoren, u.a. einer hohen Verantwortungsübernahme, Tabuisierung und Vernachlässigung, ausgesetzt. Kinder aus Familien mit einer Erkrankung verwenden vor allem problemorientierte und passiv-vermeidende Stressverarbeitungsstrategien, die als dysfunktional zu bezeichnen sind. In Deutschland gibt es kaum gezielte Präventionsmaßnahmen für Young Carers unabhängig ihrer familiären Erkrankung. Bestehende Angebote konzentrieren sich zumeist auf eine ausgewählte Erkrankungsgruppe.

Das Ziel dieser Arbeit war, zunächst den Bedarf und eine Relevanz für Unterstützung zu ermitteln, um darauf aufbauend ein Präventionsangebot zu konzipieren, dieses in einer Modellregion umzusetzen und abschließend zu evaluieren. Das Forschungsdesign orientierte sich am Public Health Action Cycle, mit den Aspekten der Problemdefinition, der Strategieformulierung, der Umsetzung und einer abschließenden Evaluation, sowie an Methoden der qualitativen Sozialforschung.

Studie 1: Bedarfserhebung mit Fachkräften: In einer ersten Bedarfserhebung wurden mit Fachkräften aus dem pädagogischen, dem sozialen und dem Gesundheitssektor der Modellregion Experteninterviews geführt. Es wurden Fragestellungen hinsichtlich des Bedarfs eines Unterstützungsangebotes in der Modellregion sowie der Erreichbarkeit betroffener Kinder nachgegangen. In den Ergebnissen konnte festgehalten werden, dass die Relevanz eines Unterstützungsbedarfes für Young Carers in der Modellregion außer Frage steht. Es bestand ein eindeutiger Wunsch nach Kooperation, interinstitutioneller Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen und nach Fortbildung, um eine Sensibilität und Handlungsfertigkeiten für den Umgang mit der Zielgruppe zu erwerben.

Studie 2: Bedürfniserhebung mit Kindern: Im Rahmen der Bedürfniserhebung mit Young Carers selbst ging es um die Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse an ein Unterstützungsangebot. Insbesondere wurden Fragen zur Wahrnehmung der familiären Erkrankung, zum Umgang und zur Bearbeitung der Situation thematisiert. Es zeigten sich heterogene Erklärungsmodelle von Erkrankungen, was auf eine mangelnde Kommunikation innerhalb der Familien hindeutete. Es wurden divergierende Gefühle, wie „sehr mitfühlend und sor-

gend“ versus „ablehnend und wütend“, deutlich. In Bezug auf belastende Ereignisse nutzten die befragten Kinder zumeist emotionsregulierende, aber auch passiv-vermeidende Stressverarbeitungsstrategien. Vielzählige Wünsche und Bedürfnisse der Kinder ergaben sich in Bezug auf die eigene Entwicklung, ihre Familie sowie in Bezug auf Unterstützung, z.B. Verantwortungsentlastung, Stärkung der Sozialkompetenz, Erlernen von Bewältigung und Kommunikation.

Projektkonzeption und Umsetzung: Auf diesen Grundlagen wurde ein Konzept bestehend aus drei Modulen (Elternarbeit, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Gruppenarbeit für Young Carers) entwickelt. Das Konzept zielte darauf ab, Young Carers in ihren Problemlagen zu unterstützen, ihnen Krankheitsinformationen zu geben und Methoden der Stressverarbeitung zu vermitteln sowie die Möglichkeit der Verantwortungsentlastung durch kindgerechte Tätigkeiten zu bieten. Die Projektumsetzung fokussierte die Inanspruchnahme, das konkrete Vorgehen bei der Implementierung unter Berücksichtigung des örtlichen Trägers, struktureller Rahmenbedingungen und örtlicher Gegebenheiten der Region. Es wurden die Durchführbarkeit und Machbarkeit sowie persönliche Erfahrungen mit den Kindergruppen dargelegt.

Studie 3: Evaluation: Im Rahmen der Evaluation des Präventionsprojektes ‚Young Carers Deutschland‘ wurden die Kindergruppen bewertet. Mit zwei Fokusgruppen- und sechs ergänzenden Einzelinterviews der teilnehmenden Kinder wurde den Fragen nachgegangen, wie Gruppeninhalte von den Kindern wahrgenommen wurden, ob Erwartungen erfüllt wurden und Veränderungen in Bezug auf Kenntnisse über Erkrankung und Verarbeitungsstrategien festzustellen waren. In den Ergebnissen wurde dem freien, selbstbestimmten Spielen sowie Aktivitäten, Bewegung und Ausflügen eine hohe Bedeutung zugesprochen. Die Motivation der Teilnahme begründete sich in gemeinsamen Aktivitäten mit anderen Gruppenkindern. Zur Krankheitskommunikation und Aufklärung gaben die Kinder divergierende Aussagen. Ältere Kinder nutzten den Austausch und die Informationsmöglichkeit häufiger als jüngere Kinder. Insgesamt belegten die Aussagen der Kinder die Passgenauigkeit des entwickelten Gruppenangebotes in Akzeptanz, Durchführbarkeit und Machbarkeit.

Fazit: Es besteht eine eindeutige Relevanz und ein Bedarf an Präventionsmaßnahmen für Young Carers in der untersuchten Modellregion. Young Carers benötigen sowohl Verantwortungsentlastung, Krankheitsaufklärung sowie die Förderung von Verarbeitungsstrategien (v.a. emotionsorientierter Art). Kinder sollten als Experten ihrer Situation wahrgenommen werden und an Angeboten partizipieren. Eine zentrale Absicht war die Sensibilisierung und Aufmerksamkeitsförderung der Fachöffentlichkeit und der Gesellschaft mit dem Ziel der Enttabuisierung und Kommunikation. Diese Forschungsarbeit stellt die Gemeinsamkeiten, Wün-

sche und Bedürfnisse von Young Carers unabhängig der familiären Erkrankung heraus. Ein Präventionsangebot in Form von Kindergruppen bietet diesen Kindern die Möglichkeit, ihren besonderen und alltäglichen Problemen Raum zu geben, sich auszutauschen und Unterstützung zu erfahren. Das hiesige Forschungsprojekt liefert auf der Basis von qualitativen Befragungen Projektbausteine, Schlüsselprinzipien und Erfahrungswerte für die Initiierung weiterer Präventionsprojekte.

Prolog

Interviewerin: „Wie geht es dir denn dann, wenn es deiner Mama nicht so gut geht?“

Florian: „Mir geht's dann selbst auch nicht gut.

Ich hab ja fünf Herzen sozusagen und wenn ein Herz kaputt ist, sind [es] alle anderen auch“

(Verbundenheit)

Sonja: „Dann kam immer ein Krankenwagen und dann stehe ich um zwölf Uhr auf ‚Was ist denn los?‘ ‚Geh wieder schlafen‘, aber die Sirene düdüdü. Ich lag ja auch immer so am Fenster“

(Emotionale Belastungen)

Alina: „Ich würde gerne wissen, wie das so - also ich meine, wie man das eben- Wie soll ich sagen? Wie das eben ist. Weil mein Onkel hatte das auch mal, aber er wurde deswegen operiert und dann kam da so ein Ding rein (Interviewerin: „So ein Stent“) Ja genau. Ja, weil damit ich es später vielleicht vermeiden kann, falls ich mal so was bekommen sollte“

(Krankheitserklärung)

Fachkraft: „Ich weiß nicht, ob das noch unsere Aufgabe ist (...) natürlich helfe ich gerne, bin ich auch bereit zu, aber es übersteigt eben auch die Grenzen. Also ich merke das. Ich beschäftige mich ganz doll damit, weil mir das auch nahe geht“

(Überforderung der Fachkräfte)

1 Einleitung

Young Carers sind Kinder und Jugendliche, die mit kranken oder pflegebedürftigen Angehörigen zusammenleben und in die emotionale oder praktische, medizinische Unterstützung eingebunden sind (Children's Society, 2013). Abgrenzend von dem Begriff der Pflege, der im deutschsprachigen Raum eher einen körperlichen Pflegeaspekt im Sinne medizinischer Betreuungsleistungen meint, wird in dieser Arbeit dem Aspekt der Fürsorge, des Kümmerns und der emotionalen Unterstützung, die von Young Carers geleistet wird, Rechnung getragen.

Ogleich bei Prävalenzschätzungen bei über 4% aller minderjährigen Kinder von Young Carers ausgegangen wird (Barkmann, Romer, Watson & Schulte-Markwort, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012), herrscht in Deutschland nahezu kein Problembewusstsein für diese Kinder. Besondere Teilzielgruppen, wie z.B. Kinder psychisch kranker Eltern, genießen inzwischen eine umfassende Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit und in Forschungsarbeiten. Dennoch bleiben *verwandte* Zielgruppen, wie Kinder körperlich kranker Eltern oder Kinder behinderter Eltern, eben Young Carers unabhängig der familiären Erkrankung, völlig unbeachtet. In Deutschland entwickelt sich erst langsam ein Problembewusstsein, so dass Aussagen über Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, Bedürfnisse und Unterstützungsforderungen (über Teilzielgruppen) getätigt werden können (Metzing, 2007). Innerhalb der Familien wird die Erkrankung in der Regel tabuisiert (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Die mangelnde Information und Unterstützung führt bei Kindern zur Bildung von unrealistischen Erklärungsmodellen von Erkrankungen, die mitunter beängstigender als die Realität sein können (Romer, Möller & Wiegand-Grefe, 2011).

Empirische Studien bestätigen Gemeinsamkeiten von Kindern körperlich, psychisch, suchtkrank und behinderter Eltern hinsichtlich ihrer Lebenssituation und Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung sowie in Bezug auf das spätere Leben. Eine hohe Verantwortungsübernahme, emotionale Belastungen und dysfunktionale Familienkonstellationen prägen den Alltag der Kinder (Metzing, 2007). In der Regel übernehmen die Kinder eine Vielzahl an Aufgaben, die im Vergleich zu Kindern ohne familiäre Erkrankung das ‚normale Maß‘ von Unterstützung überschreitet (Frank & Slatcher, 2009). Die Belastungen für die Kinder entstehen vor allem durch krankheitsübergreifende Faktoren sowie Begleitumstände, die eine Erkrankung mit sich bringt. Als Folgen werden Entwicklungsstörungen, psychosomatische Symptome bis hin zu eigenen (psychischen) Erkrankungen benannt, so dass es zwischen den Zielgruppen große Parallelen gibt (Pixa-Kettner, 2008; Zobel, 2006). Es ist festzuhalten, dass Kinder psychisch und suchtkranker Eltern als die größte bekannte Risikogruppe hinsichtlich der Entwicklung einer eigenen psychischen oder Abhängigkeitserkrankung verstanden werden (Klein, 2008a; Lenz, 2010).

Die familiäre Erkrankung kann als ein kritisches Lebensereignis bezeichnet werden, was ein besonders hohes Maß an Anpassung unter Hinzunahme aller zur Verfügung stehenden Ressourcen von den Kindern abverlangt (Lenz, 2008). Es stellt sich folglich die Frage, wie betroffene Kinder mit den belastenden Familienumständen umgehen und welche Verarbeitungsstrategien sie nutzen.

Trotz der bekannten Forschungslage werden in Deutschland nur punktuell Präventionsangebote für die Kinder angeboten. Bestehende Projekte legen ihren Schwerpunkt zumeist auf eine bestimmte familiäre Erkrankung (z.B. bei Bröning et al. 2012a; Romer, 2006; Wiegand-Grefe, Geers, Rosenthal & Plass, 2009b), so dass eine Unterstützung für Kinder mit ähnlichen Belastungsanforderungen ausbleibt. Folglich besteht für Young Carers unabhängig der familiären Erkrankung ein eindeutiger Bedarf an wirksamen Präventionsmaßnahmen, die auf einem stabilen Fundament basieren. Young Carers stellen für Präventionsprogramme eine besonders schwer identifizierbare und schwer erreichbare Zielgruppe dar. Die Gesundheitsförderung legt ihren Schwerpunkt unter anderem auf benachteiligte Personengruppen, denen präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu Gute kommen sollen. Für die interdisziplinär arbeitende Gesundheitswissenschaft stellt diese Zielgruppe daher eine besondere Herausforderung dar.

Die Relevanz von Prävention und einer erhöhten Aufmerksamkeit für Kinder kranker Eltern als vulnerable Zielgruppe steht außer Frage. Vielmehr stehen in dieser Arbeit die Art der Unterstützungsleistung sowie das konkrete subjektive Bedürfnis der Kinder selbst im Fokus, um darauf aufbauend passende Präventionsangebote zu konzipieren und umzusetzen. In bestehenden Forschungsarbeiten mangelt es zumeist nicht an Kriterien für die Umsetzung von Praxisprojekten. Es stellt sich jedoch die Frage, wie die Handlungsempfehlungen konkret implementiert werden und an bestehende Rahmenbedingungen angepasst werden können. Die Aussage, dass Forschung für Praxis gemacht wird und Praxis auf Forschung basieren sollte, ist nicht immer ohne Weiteres umsetzbar. Wie können beide Aspekte trotz begrenzter finanzieller und zeitlicher Ressourcen, besonders schwer zugänglicher Zielgruppe, vorgegebenen Forschungsstandards und persönlichen Schwerpunkten bestmöglich verbunden werden?

Dieser kurze Abriss zur Darstellung der Problematik zu Young Carers offenbart einen Forschungsbedarf in zweierlei Hinsicht:

1. Es mangelt an Erkenntnissen über Wünsche und Bedürfnisse von Young Carers in Deutschland, anhand derer sich Präventionskonzepte orientieren können.

2. Es existieren derzeit keine wissenschaftlich fundierten Konzepte für die Unterstützung von Young Carers, unabhängig von der Art der familiären Erkrankung sowie mit Erfahrungen einer nachhaltigen Umsetzung von altersspezifischen Präventionsangeboten.

Dementsprechend ist es das Ziel dieses Forschungsvorhabens, zunächst die Relevanz und den Bedarf von Young Carers zu ermitteln, um darauf aufbauend ein Präventionsangebot zu konzipieren, dieses umzusetzen und abschließend zu evaluieren. Zunächst sind dafür der Bedarf einer Unterstützung aus Sicht von Experten und die Bedürfnisse aus Sicht betroffener Kinder selbst zu ermitteln. Dabei geht es sowohl um Wünsche und Erwartungen für ein Angebot als auch um die Erreichbarkeit und Identifikationsmöglichkeiten von Young Carers. Die Konzeption eines Projektes basiert folglich auf den Ergebnissen der Bedarfs- und Bedürfniserhebung und auf theoretischen Grundlagen einschlägiger Literatur. Das Projekt ‚Young Carers Deutschland‘ wurde anschließend in einer Modellregion implementiert und für drei Jahre begleitet. Eine Evaluation soll abschließend die Wirksamkeit der Kindergruppen sowie Handlungsfelder zur Modifikation ermitteln.

Der Aufbau dieser Arbeit gliedert sich in zwei Teile: Zunächst wird der aktuelle Stand der Forschung im ersten Teil beschrieben, um anschließend im empirischen Teil auf das Forschungs- und Praxisvorhaben näher einzugehen.

Der theoretische Teil gliedert sich in drei Kapitel (Kapitel 2 bis 4). Im zweiten Kapitel geht es um definitorische Einordnungen und Prävalenzen. Die spezifische Zielgruppe dieser Arbeit wird unter Berücksichtigung von körperlich, sucht- und psychisch kranken sowie behinderten Angehörigen betrachtet. Im dritten Kapitel wird die Lebenssituation der Young Carers näher beleuchtet. Das vierte Kapitel widmet sich den Grundlagen über Prävention und Gesundheitsförderung.

Der empirische Teil dieser Arbeit gliedert sich in acht weitere Unterkapitel (Kapitel 5 bis 12) bestehend aus insgesamt drei Studien, der Projektvorstellung sowie einer abschließenden Diskussion. Im fünften Kapitel wird die Fragestellung der ersten beiden Erhebungen und das Studiendesign, das sich an dem Public Health Action Cycle nach Rosenbrock (1995) orientiert, sowie die dafür genutzten Erhebungsmethoden vorgestellt. Es folgt in Kapitel sechs die Bedarfserhebung mit Fachkräften. Hier geht es um die Relevanz des Themas in der Modellregion: Welche Bedeutung der Sachverhalt für Experten der Region hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang gesehen werden. Das Kapitel sieben widmet sich der zweiten Studie mit den Young Carers selbst. Im Rahmen qualitativer Interviews können Einblicke in die Gedankenwelt, das Empfinden und Wünsche der Kinder gewährt werden. Ne-

ben den Bedürfnissen der Kinder liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der kindlichen Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen, wie es eine familiäre Erkrankung mitunter darstellt. Im Rahmen des achten und neunten Kapitels wird die konzeptionelle Darstellung des Projektes sowie dessen Umsetzung beschrieben. Der zehnte Abschnitt beschäftigt sich mit der Evaluation des Projektes. Es wird vorrangig die Gruppenarbeit durch eine Ergebnis- und Prozessevaluation überprüft und bewertet. Die Ergebnisse aller Studien und der Evaluation werden in Kapitel 11 diskutiert. Eine kritische Auseinandersetzung der angewandten Methoden reflektiert das Forschungsprojekt und thematisiert die Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse. Abschließend bündelt das zwölfte Kapitel die Erkenntnisse und führt Implikationen für künftige Praxis- und Forschungsvorhaben auf.

THEORETISCHER TEIL

2 Kinder und Jugendliche kranker Eltern als ‚Young Carers‘

Das familiäre Schutzgerüst, das bei einem Krankheitsfall in der Familie die Familienmitglieder auffangen könnte, kann in einigen Fällen durch den Wandel der Familienformen, beispielsweise wegen Erkrankungen, Scheidungen oder Versterben wegfallen. Wenn sich der Ehemann oder die Ehefrau nicht um den Erkrankten kümmern kann, rutschen die Kinder automatisch in diese Rolle und „füllen die Lücke“ (Metzing, 2007, S.93). Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie sich die Zielgruppe der *Young Carers* auszeichnet und wie sich ihre Lebenssituation von jenen nicht betroffener Kinder unterscheidet.

2.1 Daten und Fakten: Begriffsbestimmung und Häufigkeiten

Der Begriff der *Young Carers* stammt aus dem Angloamerikanischen und bezeichnet Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die mit mindestens einem kranken oder pflegebedürftigen Elternteil zusammenleben. Bisher besteht noch keine zufriedenstellende deutsche Übersetzung für die Begrifflichkeit. Frank (1995) schließt solche Kinder und Jugendliche in ihre Definition mit ein, deren Angehörige unter körperlichen oder geistigen Behinderungen, längerfristig begrenzten Erkrankungen, psychischen Erkrankungen oder Alkohol- und Suchterkrankungen leiden. Die Children’s Society in Winchester, England definiert *Young Carers* wie folgt (Clarkson, Frank & Lucantoni, 2006, S.1):

„Children and young people (under 18) who provide or intend to provide a substantial amount of care on a regular basis“

Später wird die Terminologie um die reguläre und emotionale Pflege sowie um die Bereiche der Pflege und Verantwortung ergänzt (Children’s Society, 2013, S.6).

“The term young carer should be taken to include children and young people under 18 who provide regular or ongoing care and emotional support to a family member who is physically or mentally ill, disabled or misuses substances (...) a young carer becomes vulnerable when the level of care-giving and responsibility to the person in need of care becomes excessive or inappropriate for that child, risking impacting on his or her emotional or physical well-being or educational achievement and life chances“

Autoren aus Irland, England und Amerika ergänzen in ihrer Definition die (Pflege-)Aufgaben, die sie von anderen (kindgerechten) Tätigkeiten, wie sozialen Aktivitäten und Schulbildung abhalten (Becker, Aldridge & Dearden, 1998; Hunt, Levin & Naiditch, 2005; Fives et al., 2010). Alle Definitionen haben gemeinsam, dass sich minderjährige Kinder und Jugendliche um einen kranken oder behinderten Angehörigen kümmern und entweder durch körperlich-pflegerische, praktische Unterstützung oder emotionale Fürsorge berührt bzw. eingeschränkt

sind. In der Regel handelt es sich bei dem Angehörigen um ein erkranktes Elternteil, doch können ebenso Geschwisterkinder, Großeltern oder andere nahe Angehörige gemeint sein. Im Weiteren wird aufgrund des vereinfachten Sprachgebrauches in erster Linie von Kindern kranker Eltern oder Young Carers gesprochen. Dies schließt Kinder und Jugendliche ein, die mit einem längerfristig körperlich, psychisch, suchtkranken oder behinderten Angehörigen (Eltern, Großeltern, Geschwistern oder nahen Angehörigen) zusammenwohnen und in die Pflege, Fürsorge oder die Unterstützung des Erkrankten eingebunden bzw. davon berührt sind. Die freie Übersetzung *junge Pfleger* bzw. *pflegende Kinder* verbindet aufgrund der deutschen Übersetzung *der Pflege* in erster Linie einen körperlichen Pflegeaspekt im Sinne von praktischen Unterstützungsleistungen, z.B. bei der Körperpflege, dem An- und Ausziehen, der Intimpflege oder der Nahrungsaufnahme des Erkrankten. Der englische Begriff *care* schließt darüber hinaus die emotionale Fürsorge mit ein, die für betroffene Kinder meist eine Haupt- oder Nebenaufgabe darstellt.

Dietz (1995) unterscheidet in der deutschen Sprache zwischen ‚harten‘ Pflegetätigkeiten wie Waschen, Betten und Lagern und ‚weicher‘ Pflege wie persönliche Betreuung und Haushaltstätigkeiten. Frank (1995) unterscheidet Young Carers zudem in drei Gruppen:

- Kinder, die der alleinige Pfleger in der Familie sind. Das Kind trägt die Hauptverantwortung für den zu Pflegenden.
- Kinder, die ein anderes Familienmitglied in den Pflegeaufgaben unterstützen, z.B. wenn der gesunde Elternteil voll berufstätig ist. Das Kind fühlt sich verantwortlich und möchte entlasten.
- Kinder, die Erziehungsaufgaben für jüngere Geschwister übernehmen, weil ihre Eltern unfähig sind oder Pflege zu bestimmten Zeiten benötigen.

Auch Fives et al. (2010) unterscheiden zwischen primärer (alleiniger) und sekundärer Betreuung. Wichtig bei der Identifikation eines Young Carers ist die Differenzierung zwischen ‚normalen‘ Bereichen der Pflege und einer unangebrachten physischen und psychischen Pflegerolle, die sich auf die kindliche Identität, auf soziale Entwicklungsaufgaben und das psychische und körperliche Wohlbefinden auswirkt. Clarkson et al. (2006) betonen, dass ein Kind als Young Carer zu bezeichnen ist, wenn das Niveau der Pflege zu der pflegenden Person für das Kind unangemessen ist und Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und das Wohlbefinden zu befürchten sind. Riedesser und Schulte-Markwort (1999) sowie Metzging (2007) geben zudem an, dass das Ausmaß der Unterstützung des Kindes mit dem Ausmaß der Erkrankung des Elternteils korreliert. Sowohl Art, Verlauf und Schwere der Erkrankung als auch die Anzahl der Personen im Haushalt, auf denen die Verantwortung für den Erkrankten lastet, haben einen Einfluss auf das Kind. Romer (2006) widerspricht hingegen dem

Einfluss von Schwere, Dauer und Prognose einer familiären Erkrankung auf das Kind und benennt vor allem dann kindliche Verhaltensauffälligkeiten, wenn zusätzlich eine psychische Erkrankung des Elternteils oder eine innerfamiliäre Dysfunktionalität besteht.

Prävalenz

Young Carers sind eine besonders schwer zugängliche Gruppe, weil sie in der Familie selten oder gar nicht als solche wahrgenommen werden. Vor allem in Deutschland befindet sich sowohl die wissenschaftliche Forschung als auch das Interesse der Öffentlichkeit zu der jungen Personengruppe noch in den Kinderschuhen. Familien meiden sowohl die Öffentlichkeit als auch die Inanspruchnahme von externen Hilfsangeboten aus Angst vor Kritik, vor Behörden (z.B. Jugendämtern) und der Absprache ihrer elterlichen Kompetenzen. Durch dieses Verhalten sind die Kinder und Jugendlichen für Hilfesysteme und Forschung nahezu unsichtbar, leben im Verborgenen und sind nur sehr schwer zu identifizieren, geschweige denn repräsentativ zu zählen (Metzing, 2007). In England beschäftigen sich die Forscher Aldridge und Becker (1993; Becker et al. 1998) bereits seit den 90ern mit dem Thema und veröffentlichten 1992 eine erste englische Studie. In Deutschland ist auf eine erste qualitative Studie von Dietz (1995) zurückzublicken, der sich im Rahmen eines europäischen Projektes mit den Pflegetätigkeiten und Belastungen pflegender Kinder in Deutschland beschäftigte. Etwa zwölf Jahre später befragt Metzing (2007) im Rahmen qualitativer Interviews deutsche Kinder pflegebedürftiger Angehöriger nach ihren Aufgaben und Wünschen und schafft es, Medien, Wissenschaft und Forschung auf das Thema aufmerksam zu machen.

Eine erste Prävalenz für Young Carers kommt aus Großbritannien. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts gehen britische Forscher nach dem Zensus des Jahres 2001 von einem Anteil von 1,5% aller Kinder unter 18 Jahren in Großbritannien aus, die einen Angehörigen zu Hause pflegen (Dearden & Becker, 2004). Im Jahr 2013 beläuft sich der Anteil bereits auf 4,4% mit einer vermuteten Dunkelziffer in vierfacher Höhe. Insgesamt wurden 15.000 Schülerinnen und Schüler in UK befragt. Einen Unterscheid zwischen Jungen und Mädchen belegt die Studie nicht. Die Hälfte der befragten Schüler kümmert sich um Geschwister und ein Drittel um einen Elternteil. Die Anzahl der Stunden pro Woche beläuft sich bei 60% auf mehr als fünf Stunden (Children's Society, 2013). In Deutschland kommt eine erste repräsentative Befragung aus dem Jahr 2001 von knapp 2.000 Familien im Rahmen einer Hamburger Gesundheitsstudie zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz einer schweren körperlichen Erkrankung unter deutschen Familien mit Kindern zwischen 4 und 18 Jahren 4,1% beträgt (Barkmann et al., 2007). Ganz ähnliche Ergebnisse gibt es in Amerika von Hunt et al. (2005) mit einer Prävalenz von 3,2% und in Österreich von 4,5% der nationalen Gesamtbevölkerung (Nagl-Cupal et al., 2012). Wenn man von einem Anteil von 4,0% der deutschen minderjähri-

gen Bevölkerung ausgeht, sind bei insgesamt 13 Millionen Kindern unter 18 Jahren in Deutschland (Destatis, 2012a) hochgerechnet ca. 520.000 Kinder in der BRD als Young Carers bzw. als Kinder kranker Eltern zu bezeichnen. Bereits im Jahr 1999 unterstreichen Riedesser und Schulte-Markwort ohne Angaben einer Prävalenz *das „millionenfach auftretende Phänomen, das in unserem Versorgungssystem bislang weder klinisch noch wissenschaftlich, noch im Hinblick auf präventive Konzepte ausreichend berücksichtigt worden ist.“* (S.2353).

Die Angabe einer Prävalenz ist jedoch mit besonderen methodischen Herausforderungen verbunden, weil Young Carers nicht einfach als solche zu identifizieren sind (Barkmann et al., 2007). Sogar in England, wo die Befassung mit der Thematik weiter zurückreicht und in der Öffentlichkeit bereits eine höhere Aufmerksamkeit als in Deutschland genießt, bezeichnen sich Kinder, die sich um ihre kranken Eltern kümmern, nicht zwangsläufig auch selbst als Young Carers. Es ist somit von einem deutlich höheren Prozentsatz als dem hier angegebenen auszugehen.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass der Anteil weiblicher Young Carers höher als der von Jungen ist (Dearden & Becker, 2004; Frank, 1995; Metzing, 2007). Die Ergebnisse bestätigen, dass Mädchen öfter pflegerische Tätigkeiten übernehmen als Jungen. Sie unterstützen die Familie im Haushalt, der Intimpflege sowie bei der emotionalen Pflege. Bei Hunt et al. (2005) und einer aktuellen Studie der Children's Society (2013) können jedoch keine expliziten Unterschiede in der Betreuungsübernahme von Jungen und Mädchen gemacht werden. Das durchschnittliche Alter des Helfens beginnt mit 12 Jahren (Dearden & Becker, 2004) und zu 70% übernehmen ältere Kinder oder Einzelkinder die Unterstützung (Metzing, 2007). Durchschnittlich sind vor allem Teenager und Jugendliche in die Pflegeverantwortung eingebunden (Children's Society, 2013). Den exakten Beginn der Pflegerolle zu bestimmen, ist jedoch schwierig, weil die Übernahme der Unterstützungsfunktion schleichend stattfindet und je nach Verlauf der Erkrankung des Elternteils im Laufe der Zeit mehr wird. Frank (1995) und Metzing (2007) betonen, dass die Kinder bei der Übernahme der Pflegerolle keine Wahl haben. Die Situation stellt für sie Normalität dar und es gibt für die Kinder keine Vergleichsmöglichkeiten.

Pflegeempfänger

Die Pflegeempfänger variieren in den unterschiedlichen Young Carers-Studien stark. Bei Dearden und Becker (2004) sind die meisten Pflegebedürftigen Mütter, insbesondere in Ein- elternfamilien. In den Vereinigten Staaten werden zu 72% Eltern und Großeltern versorgt (Hunt et al., 2005) und in England sind es zur Hälfte Geschwister, um die sich Young Carers kümmern, nur zu einem Drittel sind es die eigenen Elternteile (Children's Society, 2013).

Ebenso wie die Pflegeempfänger in den Studien variieren, weichen auch die Angaben von der Art der Erkrankung stark voneinander ab. In einer der ersten Studien von Frank (1995) sind die meist genannten Erkrankungen der Eltern Multiple Sklerose und psychische Erkrankungen. In der Erhebung von Barkmann et al. (2007) stehen vor allem körperliche Erkrankungen, wie Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, im Vordergrund. Die am häufigsten genannten Erkrankungen bei Hunt et al. (2005) sind Alzheimer und Demenz sowie Erkrankungen des Herzens bei den Großeltern. In Irland wurden in erster Linie geistige und körperliche Behinderungen sowie psychische Erkrankungen benannt (Fives et al., 2010).

Insgesamt zeigt sich, dass jegliche Arten von familiären Erkrankungen, von schweren körperlichen, chronischen bis hin zu psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in der Verantwortung der Kinder liegen. In dieser Arbeit wird daher kein Schwerpunkt auf eine besondere familiäre Erkrankung gelegt, da hierfür keine Relevanz gegeben scheint. Im Weiteren soll daher auf die Besonderheiten unterschiedlicher Erkrankungen der Angehörigen und ihre Auswirkungen auf die Kinder eingegangen werden.

2.2 Kinder unter Berücksichtigung der elterlichen Erkrankung

Die Definition der Young Carers schließt in dieser Arbeit Kinder mit ein, deren Eltern oder Angehörige

1. unter einer psychischen Erkrankung
2. unter einer Alkohol- und Suchtmittelabhängigkeit
3. unter einer chronisch körperlichen Erkrankung leiden oder
4. eine geistige Behinderung haben.

Die Risikokonstellation von Kindern kranker Angehöriger wird nicht ausschließlich über die Symptome der Kinder charakterisiert, sondern bezieht die familiäre Situation mit ein. Diese Tatsache weist bereits darauf hin, dass die Besonderheiten der Kinder nicht ausschließlich in den eigenen Symptomen, sondern vor allem in der veränderten Familiensituation zu sehen sind.

Die Situation von Kindern psychisch oder körperlich kranker bzw. eingeschränkter Eltern unterscheidet sich, wenngleich sie auch viele Gemeinsamkeiten haben. Im vergangenen Jahrzehnt hat sich die Forschungslage zu Kindern psychisch kranker Angehöriger positiv entwickelt. Es gibt zahlreiche qualitative und quantitative Studien zur Lebenssituation der Kinder zu Wirkungszusammenhängen und Interventionsansätzen (Kötter, Stemmler, Bühler & Lösel, 2010; Kuhn, Lenz & Jungbauer, 2011). Auch die Forschungslage zu Kindern sucht-

kranker Eltern hat sich aufgrund der Pioniere Zobel (2006) und Klein (2005) in Deutschland positiv entwickelt. Die Forschungslage zu Kindern körperlich kranker Eltern ist dagegen lückenhafter. In Deutschland gibt es vereinzelte Studien zu Kindern körperlich kranker Eltern, meist mit dem Schwerpunkt auf einer besonderen Erkrankung, wie z.B. Krebs (Möller, Krattenmacher & Romer, 2011; Pott et al., 2005; Romer, 2007). Erst in den letzten Jahren befassen sich internationale Forscher zunehmend mit dieser Thematik. Zu besonderen familiären Erkrankungen, wie Dialysepatienten (Stavenow, 2001), dementiellen Erkrankungen (Philipp-Metzen, 2011; Svanberg, Stott & Spector, 2010) und HIV/ Aids Patienten (Scovdal & Ogutu, 2009; Zang et al., 2009) gibt es meist quantitative Forschungsarbeiten. Die Forschungslage zu Kindern von Eltern mit einer geistigen Behinderung ist hingegen noch mehr als lückenhaft. Es gibt eine deutsche Dissertation zum Thema (Prangenberg, 2002) sowie zumeist qualitative Arbeiten im angrenzenden Forschungsgebiet ‚Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung‘. Im Folgenden wird daher auf die Prävalenz der elterlichen Erkrankungen, die Aufgaben, Belastungen und Auswirkungen von Kindern unter Berücksichtigung der familiären Belastung eingegangen.

2.2.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Nach dem aktuellen Bundesgesundheitsurvey des Robert Koch Institutes erleiden etwa 30% der deutschen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung, dies sind bei 25% mit einer behandlungsbedürftigen Erkrankung ca. 4,5 Millionen erwachsene Menschen (zitiert nach Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Im Schnitt haben psychisch Kranke genauso häufig Kinder, wie Gesunde, so dass davon ausgegangen werden kann, dass 3 Millionen Kinder im Verlauf des Lebens mit einer familiären psychischen Erkrankung konfrontiert werden. In vielen Veröffentlichungen wird die Zahl von Remschmidt und Mattejat (1994, S.5) herangezogen, die *„bei recht konservativer Schätzung (...) auf etwa 500.000 Kinder psychotischer Eltern, die infolge ihrer multiplen Gefährdung stärkere Aufmerksamkeit verdienen“*, schließen. Ein professioneller Kontakt entsteht häufig erst dann, wenn bereits auffällige Symptome beobachtet werden (Mattejat & Lisofski, 2008).

Kinder und Jugendliche, die in Familien mit psychisch kranken Angehörigen aufwachsen, werden durch die familiäre Erkrankung in vielfältiger Weise beeinflusst. Wenn ein Mensch psychisch erkrankt, sind automatisch auch dessen Familienangehörigen davon betroffen. Das bekannte Familiengefüge gerät aus dem Gleichgewicht (Jungbauer & Lenz, 2008). Nach der zunächst marginalen Beschäftigung der Forschung mit dieser Zielgruppe, bestätigen inzwischen zahlreiche empirische Studien einen Zusammenhang zwischen einer familiären psychischen Belastung und psychosozialen Symptomen sowie Auffälligkeiten der Kindes-

entwicklung (Kötter et al., 2010; Lenz, 2005; Stadelmann et al., 2010; Wiegand-Grefe et al., 2013a). Die bekannte prospektive Vergleichsstudie von Rutter und Quinton (1984) ermittelte über vier Jahre bei einem Drittel der untersuchten Kinder aus benachteiligten Lebensräumen keine Auffälligkeiten in der Entwicklung. Ein weiteres Drittel weist vorübergehende Störungen auf und dem verbleibenden Drittel konnten anhaltende psychische Störungen nachgewiesen werden. Als Hauptrisikofaktor wird jedoch nicht die Erkrankung als solche, sondern vor allem die damit assoziierten Belastungen der Familie als Ursache für die Störung der Kindesentwicklung benannt. Das Erkrankungsrisiko eines Kindes mit psychisch kranken Eltern selbst im Laufe des Lebens psychosoziale Auffälligkeiten zu entwickeln, ist um ein Vielfaches erhöht. Die Kinder werden als eine besonders psychiatrische Risikogruppe bezeichnet (Lenz, 2010). Mattejat und Lisofski (2008) prognostizieren bei Kindern psychisch kranker Eltern ein 13fach erhöhtes Risiko für die Entstehung eigener psychosomatischer Auffälligkeiten. Wiegand-Grefe et al. (2009a) konnten in ihrer diagnoseübergreifenden Studie eine 3- bis 7fach erhöhte Auffälligkeitsrate gegenüber der Gesamtbevölkerung nachweisen. Je nach Art der psychischen Erkrankung variieren die Schätzungen. Vor allem das Zusammenleben mit depressiv oder schizophren erkrankten Elternteilen birgt hohe Belastungen für das Zusammenleben in der Familie, vor allem für die Kinder (Kötter et al., 2010; Lenz, 2005). Experten sind sich einig darüber, dass auch Kinder mit psychischen Problemen häufig aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil psychische Probleme oder eine psychische Erkrankung aufweist (Mattejat & Lisofski, 2008). Bei dieser hohen Rate drängt sich schnell die Vermutung einer genetischen Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen auf. Tatsächlich konnte Lenz (2005) in seinem Literaturüberblick darlegen, dass eine genetische Komponente beispielsweise bei schizophren erkrankten Eltern deutlich erhöht ist. Es wird jedoch häufig betont, dass nur eine genetische Disposition besteht. Somit spielen psychosoziale und individuelle sowie Umweltfaktoren bei dem Ausbruch der Erkrankung eine große Rolle. Es wird dennoch nicht die Erkrankung selbst, sondern die Wahrscheinlichkeit erkranken zu können, vererbt (Mattejat & Lisofski, 2008; Zobel, 2006). Hierbei spielen förderliche wie auch Risikofaktoren des Kindes selbst und in dessen Umwelt eine entscheidende Rolle.

Neben dem erhöhten Erkrankungsrisiko ist vor allem die Frage nach psychosozialen Belastungen und Entwicklungsrisiken der Kinder relevant. Es geht um die Mechanismen der familiären Erkrankung, die sich auf die kindliche Entwicklung auswirken. Es gibt viele Gemeinsamkeiten von Kindern körperlich oder psychisch erkrankter Eltern. Die Angst einer Trennung aufgrund unerwarteter Klinikaufenthalte oder die soziale Isolation der Familie spielen unabhängig von der Art der Erkrankung eine große Rolle (Romer et al., 2011). Bei psychisch kranken Eltern kommen spezifisch in der Krankheit begründete Risikofaktoren hinzu, wie zum Beispiel die beeinträchtigte emotionale Verfügbarkeit bei einer depressiven Phase oder die Verunsicherung der familiären Erziehungskompetenz (Romer et al., 2011). Stadelmann

et al. (2010) konnten eine signifikante Wechselwirkung zwischen elterlicher Belastung und negativer Symptome bei Kindern feststellen. Auch Kötter et al. (2010) weisen in einer Längsschnittstudie mit 380 psychisch kranken Müttern nach, dass sich diese in ihrem Erziehungsverhalten als weniger kompetent wahrnehmen. Die Kinder weisen vermehrt Störungen des Erlebens und des Verhaltens auf. Im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen oder Verletzungen sind psychische Erkrankungen nicht sichtbar und damit für Kinder nur schwer verständlich oder nachvollziehbar. Es kommt somit in der Familie zu atmosphärischen Spannungen, Sorgen und Konflikten, die von den Kindern nicht direkt auf die Erkrankung zurückgeführt werden können. Kinder nehmen den Krankheitsverlauf und damit verbundene Persönlichkeitsveränderungen, wie Rückzugsverhalten des Elternteils, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Antriebslosigkeit wahr. Aufgrund dessen sind sie verängstigt und verwirrt (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Häufig suchen Kinder die Schuld für das unkontrollierte Verhalten des Elternteils bei sich selbst. Plass und Wiegand-Grefe (2012) stellen folgende Hauptbelastungen in einer Literaturübersicht von Kindern psychisch kranker Eltern dar:

- **Soziale Isolation, Tabuisierung und Stigmatisierung:** Die Familienregel, dass mit keinem Fremden über die familiäre Situation gesprochen werden darf, steht unausgesprochen im Raum. Aus Loyalität halten sich Kinder an diese Regel und haben das Gefühl, etwas Falsches zu tun, wenn sie sich Unterstützung von außen holen. Die Tabuisierung verhindert eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Inanspruchnahme von Unterstützung.
- **Fehlendes Wissen über die psychische Erkrankung:** Eltern vermeiden es, Informationen an Kinder über ihre Erkrankung weiterzugeben, weil sie ihre Kinder schützen, nicht überfordern möchten oder es ihnen selbst nicht gelingt. Häufig besteht bei Kindern ein diffuses Halbwissen, was eigene, unrealistische Schlussfolgerungen und Erklärungsversuche begünstigt. Bestätigt wird dieser Aspekt ebenso in Studien von Jungbauer und Lenz (2008) sowie bei Romer et al. (2011).
- **Soziale Unterstützung:** Die Inanspruchnahme von Unterstützung steht in enger Wechselbeziehung mit der vorherrschenden Tabuisierung in den Familien. Wenn sowohl in der Familie selbst als auch nach außen über die Familiensituation mit samt ihren Problemen geschwiegen wird, so wird auch die Inanspruchnahme von professioneller und sozialer Unterstützung stark erschwert. In qualitativen Interviews mit erwachsenen Kindern von Sollberger, Byland und Widmer (2008) äußern diese einen expliziten Wunsch nach sozialer Unterstützung.
- **Familienalltag und Parentifizierung:** Die Auswirkungen der familiären psychischen Erkrankung sind für Kinder im alltäglichen Miteinander stets spürbar. Wenn das Elternteil zu

erschöpft ist, um Frühstück zu zubereiten, die Kinder zur Schule zu bringen oder den Haushalt zu erledigen, kann dies zu einer Rollenumkehrung in der Familie führen (Parentifizierung). Die Veränderungen der Aufgaben können sich auf Haushaltstätigkeiten und die Verantwortungsübernahme für sich selbst und jüngere Geschwister beziehen. Die Kinder fühlen sich oft überfordert und eigene Bedürfnisse drängen in den Hintergrund (Romer et al., 2011).

- **Kindliche Emotionen:** In der qualitativen Interviewbefragung von betroffenen Kindern bei Lenz (2005) wurden Ängste und Wut von Kindern selbst benannt: Die Angst, aufgrund eines Klinikaufenthaltes getrennt zu werden; Angst vor dem Verlust der Mutter; Angst vor einem negativen Krankheitsverlauf; Angst vor Suizidalität des Elternteils. Auch Resignation und Hoffnungslosigkeit bei wiederholt eintretenden Krankheitsphasen werden in Aussagen der Kinder deutlich. Jugendliche plagt in erster Linie die Angst vor einer eigenen Erkrankung. Schuldgefühle wegen Distanzierungs- und Abgrenzungsversuchen erschweren die eigene Identitätsentwicklung (Lenz, 2005). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen Kuhn et al. (2011) in einer qualitativen und quantitativen Befragung von Kindern zum Thema Elternschaft und Schizophrenie.

2.2.2 Kinder suchtkranker Eltern

Die Abhängigkeits- bzw. Suchterkrankung fällt laut ICD-10 (ICD-10, S.92) zu den psychischen Störungen, im DSM-IV hingegen wird zudem unterschieden, ob auch eine körperliche Abhängigkeit vorliegt. Da es jedoch bis heute noch keine abgeschlossene Diskussion über die Einordnung als Krankheit oder Verhaltensstörung gibt (Hildebrandt, 2006) und sowohl psychische Verhaltensauffälligkeiten als auch körperliche Symptome zu den Merkmalen der Abhängigkeit zählen (Tretter, 2012), werden Kinder suchtkranker Eltern in dieser Arbeit separat aufgeführt und als eigene Risikogruppe benannt.

Eine Schätzung des Robert-Koch-Institutes (RKI) geht davon aus, dass in Deutschland etwa 2,5 Millionen Alkoholabhängige leben (RKI, 2008). *„Alkohol gilt als die verbreitetste aller Rauschdrogen und Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland“* (Klein, 2005, S.14). In Bezug auf illegale Drogen geht die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2006) von 2,4 Millionen Cannabiskonsumenten und 645.000 Konsumenten weiterer illegaler Drogen aus. Eine Abhängigkeit bzw. ein missbräuchlicher Konsum bei Cannabis besteht bei rund 300.000 Menschen.

Nach Schätzungen der Katholischen Fachhochschule NRW Köln leben etwa 2,7 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit einem alkoholkranken Elternteil zusammen (Mielke & Gutknecht, 2012). Noch einmal 40.000 – 50.000 Kinder mehr werden geschätzt, wenn die Kinder von drogenabhängigen Müttern und Vätern mitgezählt werden (Klein, 2008b).

Klein (2008a, S.114) bezeichnet Kinder, die aus solchen Familienkonstellationen kommen, als die „*größte bekannte Risikogruppe*“ für die Entstehung einer eigenen Abhängigkeit und der Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten. Es besteht ein bis zu „*sechsfach erhöhtes Risiko*“ im Laufe des Lebens ebenfalls suchtkrank zu werden (Quinten & Klein, 2002). Bekannte und häufig zitierte Studien bestätigen diese Prognose: In der Langzeitstudie von Drake und Vaillant (1988) wird konstatiert, dass ein Drittel der Kinder aus Suchtfamilien eine eigene Abhängigkeit entwickelt. In einer Studie von Wolin und Wolin (1995) weisen ebenfalls ein Drittel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien ab dem Jugendalter eine Abhängigkeitserkrankung auf, ein weiteres Drittel zeigt psychische Störungen, wie Depressionen oder Verhaltensauffälligkeiten. Es scheint eine gesicherte Kenntnis darüber, dass Alkohol- und Drogenkranke bereits aus suchtbelasteten Familien stammen (Bratek et al., 2013; Kendler et al., 2013; Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010; Vidal et al., 2012; Waldron et al., 2014). Auf Grund zahlreicher Ergebnisse ist ein genetischer Faktor bei der Weitergabe einer Abhängigkeitserkrankung auf Kinder somit nicht auszuschließen (Quinten & Klein, 2002; Zobel, 2006). Ein allgemeiner Risikofaktor für die Weitergabe innerhalb der Familie, gilt als bewiesen. Zobel (2006) betont dennoch, dass weitere soziale, umweltbezogene Merkmale und persönliche Eigenschaften eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der eigenen Abhängigkeit spielen.

Die Situation von Kindern suchtkranker Eltern ist am ehesten vergleichbar mit der Situation von Kindern anderer psychisch kranker Eltern. In beiden Fällen wird die Familienatmosphäre von ungeschriebenen Gesetzen und Spannungen bestimmt. Insbesondere die familiäre Belastung, die geprägt ist von Disharmonie, Vernachlässigung, Streit und gewalttätigem Verhalten, stellt einen hohen Stressfaktor für die Familie dar. Kinder leiden vor allem unter dem unvorhersehbaren Verhalten des abhängigen Elternteils. Der zur einen Zeit noch verständnisvolle Vater kann im nächsten Moment seine Rolle völlig unerwartet ändern und dem Kind mit Missachtung oder Gleichgültigkeit begegnen (Bratek et al., 2013; Fuchs, Martens & Vertheim, 2008). Die Kinder sind häufig Konfliktsituationen der Eltern ausgesetzt, erleben vermehrt Gewalt, sexuelle Übergriffe, Umzüge und Schulwechsel. Sie erfahren mangelnde Förderung und Vernachlässigung des abhängigen Elternteils (Bratek et al., 2013; Waldron et al., 2014; Zobel, 2006). Unter anderem durch die ständige Tabuisierung des Themas (Wegscheider, 1988) in der Familie und der oftmals viel zu frühen Verantwortungsübernahme der betroffenen Kinder können sich schwerwiegende Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen entwickeln. Mehrfach wird in Studien ein Zusammen-

hang zwischen elterlicher Alkoholabhängigkeit und Hyperaktivität, dissozialem Verhalten, Delinquenz, Entwicklungsstörungen, emotionalen Störungen, Lern- und Leistungsstörungen (Kendler et al., 2013; Ulrich et al., 2010; Vidal et al., 2012) sowie ein verfrühter Alkoholkonsum oder Substanzmissbrauch bei den Kindern deutlich erkennbar (Kendler et al., 2013; Quinten & Klein, 2002; Vidal et al., 2012; Zobel, 2006). Psychosoziale Auswirkungen auf Kinder suchtkranker Eltern sind die Folge:

- **Vertrauen und Isolation:** Kinder, die in einem Suchtsystem aufwachsen, lernen schnell niemandem außer sich selbst zu vertrauen. Das Verhalten in der Familie ist geprägt von Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeit. Die Kinder können dabei nicht verstehen, dass die Stimmungsschwankungen die Folgen des Alkoholkonsums sind. Das Erziehungsverhalten abhängiger Elternteile ist im Vergleich zu Nichttrinkenden deutlich negativer. Der Zwang der Geheimhaltung ist ein Muster, das die Kinder früh lernen und auch im Erwachsenenalter beibehalten (Barnow, Lucht, Fischer & Freyberger, 2001; Bratek et al., 2013; Mielke & Gutknecht, 2012).
- **Unterdrückte Gefühle:** Der Alkoholismus in der Familie ist ein Tabuthema und die Bewahrung des Familiengeheimnisses steht an oberster Stelle. Es wird von den so genannten Familiengesetzen gesprochen: *„Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist, weder untereinander noch mit sonst jemandem“* und *„Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt“* (Wegscheider, 1988, S.89). Auf Grund der aversiven Lebensbedingungen durchleben Kinder eine psychische Dauerüberforderung. Kinder leiden signifikant häufiger unter Gefühlen der Traurigkeit, Unlust, Panik, Nervosität, Anspannung, Ärger und Angst. Sie fühlen sich hinsichtlich ihrer Stimmung deutlich stärker beeinträchtigt als Vergleichsprobanden (Bratek et al., 2013; Quinten & Klein, 2002; Zobel, 2006).
- **Trennungserfahrungen und finanzielle Schwierigkeiten:** Nach Arenz-Greiving (2003) leben 70% der behandelten Eltern nicht mehr zusammen. Nach den alten Rollenmustern leben Trennungskinder immer noch häufiger bei ihrer Mutter, auch wenn diese suchtkrank ist. Kinder, die dem Suchtproblem der Eltern längere Zeit ausgesetzt sind, klagen häufiger über Stress und Streit in der Familie als Kinder mit einer kürzeren Expositionszeit (Langlois & Garner, 2013). Konfliktthemen der Eltern sind unter anderem ein geringes Haushaltsbudget. Durch knappe finanzielle Ressourcen können Spannungen in der Familie weiter verstärkt werden.
- **Gewalt- und Missbrauchserfahrungen:** Ein enger Zusammenhang zwischen familiären Suchtproblemen und einem vermehrten Auftreten körperlicher und psychischer Gewalt konnte in Studien belegt werden (Fuchs et al., 2008; Klein, 2005; Zobel, 2006). Die Kinder leiden unter dem ambivalenten Verhalten der Eltern und unter einer gewalttätigen

Familienatmosphäre. In einer Fragebogenuntersuchung geben die Probanden an, ausschließlich körperliche Gewalt vom Vater zu erfahren. Allerdings wird bei Müttern häufiger die Erfahrung von psychischer Gewalt benannt. Hervorzuheben ist, dass insbesondere bei einer Suchtproblematik beider Elternteile ein extrem gewalttätiges Klima herrscht (Quinten & Klein, 2002).

- **Verhaltensauffälligkeiten:** Durch das aggressive Verhalten eines Elternteils ist die Entwicklung einer Angststörung bei Kindern wahrscheinlich. In der Befragung von Zobel (2006) berichten Kinder mit elterlicher Suchtbelastung häufiger über Ängste und depressive Symptome als Kinder ohne elterliche Suchtbelastung. Sie zeigen eher hyperaktives Verhalten sowie Aufmerksamkeitsstörungen. Des Weiteren wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Alkoholbelastung und dem Auftreten des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) deutlich (Kendler et al., 2013; Zobel, 2006). Jedes vierte bis fünfte Kind von behandelten Eltern zeigt gehäuft Angstsymptome, Depressionen, problematisches Essverhalten, Zwänge und affektive Störungen (Quinten & Klein, 2002; Ulrich et al., 2010; Vidal et al., 2012).
- **Familiäre Disharmonie:** Kinder aus suchtbelasteten Familien leiden stark unter der dysfunktionalen Familienatmosphäre, die sich häufig in Form von emotionaler Kälte, Instabilität, unklaren Grenzen, mangelnder Förderung und mangelndem Interesse an dem Kind zeigt. Die anhaltende Atmosphäre von Anspannung, Ärger und Gewalt kann bei Kindern zu starkem psychischen Stress führen (Bratek et al., 2013; Fuchs et al., 2008; Quinten & Klein, 2002).

Forscher betonen einheitlich, dass eine Gefährdung für die psychische Entwicklung der Kinder vorhanden ist, insbesondere bei Familien, in denen beide Eltern suchtkrank sind, in denen eine Komorbidität eines Elternteils besteht sowie bei unbehandelten Abhängigen.

2.2.3 Kinder körperlich kranker Eltern

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 2011) sterben 2 von 3 Menschen an nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen, z.B. an Herzkrankheiten, Schlaganfällen oder Erkrankungen der Atemwege. Hierbei sind die häufigsten Erkrankungen, die in Deutschland zum Tod führen, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Krebs (World Health Organization, 2011). Hierzulande leiden 42% der Frauen und 35% der Männer an mindestens einer chronischen Erkrankung. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu. Allein an Krebs erkrankten im Jahr 2010 fast 480.000 Menschen in Deutschland. Im Alter von 30

bis 44 Jahren, in dem eine Elternrolle üblich ist, leidet fast die Hälfte der Bevölkerung an einer chronischen Erkrankung (RKI, 2012 / 2013).

Eine schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils belastet die Beziehung zwischen Eltern und Kindern auf vielfältige Weise und beeinflusst die seelische und soziale Entwicklung des Kindes nachhaltig. Eine chronische Erkrankung der Mutter oder des Vaters erschüttert die Kinder in ihrem Lebensplan. Von Kindern wird den Eltern eine übertriebene Robustheit zugeschrieben, die im Falle einer Erkrankung zerstört wird. Medizinische Eingriffe, spontane Krankenhausaufenthalte sowie eine Veränderung des Erscheinungsbildes stellen bedeutsame Stressoren nicht nur für den Erkrankten, sondern auch für Angehörige dar. Insbesondere auf Kinder wirken diese Faktoren als existentielle Bedrohung. Häufig reagieren sie mit Angst und Hilfslosigkeit, die in manchen Fällen in Wut umschlagen kann. Die Unsicherheit über die Prognose oder den Verlauf der Erkrankung kann Verlustängste hervorrufen, was je nach Alter des Kindes zu finanziellen oder existentiellen Fragen führt (Romer, 2007; Romer et al., 2005; Romer & Haagen, 2007).

Die Veränderung der Lebensführung bringt oftmals eine Veränderung der Rollenverteilung einzelner Familienmitglieder mit sich. Kinder müssen vermehrt Haushaltstätigkeiten übernehmen und werden in neue Aufgaben mit mehr Verantwortung gedrängt. Praktische Aufgaben, wie Kochen, Einkaufen, das Kümmern um Geschwister bis hin zur persönlichen Pflege werden von Kindern ebenso übernommen, wie emotionale Aspekte, z.B. die Verantwortungsübernahme, Zuhören und emotionale Unterstützung leisten. Begleitet werden die Kinder in dieser neuen Rolle von dem ständigen Gefühl der Verpflichtung, abrufbar zu sein. Sie fühlen sich isoliert und wenig informiert (Frank, 1995; Fives et al., 2010; Metzinger, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012).

Aktuelle Studien zeigen, dass Kinder körperlich kranker Eltern ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologische Symptome aufweisen. Vor allem eine Pflegesituation wirkt sich besonders negativ auf betroffene Kinder aus, sowohl körperlich als auch psychisch. Schon eine der ersten deutschen Studien zu Kindern von chronisch schwer kranken Eltern belegte einen Rollenwechsel, in der die eigentliche Autoritätsperson zu einem ‚Abhängigen‘ und das Kind zur ‚Mutter‘ wechselt. Die sogenannte Parentifizierung zwingt die Kinder zur Notreife, durch welche sie ein Stück ihrer eigenen Kindheit verlieren (Dietz, 1995; Möller et al., 2011; Nagl Cupal et al., 2012). Dennoch soll auch auf die positiven Aspekte hingewiesen werden, die eine familiäre Erkrankung und die damit verbundene Einnahme einer neuen Rolle innehat. In einer Reihe von aktuellen Studien wird zunehmend auf die positive Reife der Kinder, eine emotionale Befriedigung und Selbstbestätigung, die zur

Identitätsstärkung führt, hingewiesen (Dietz, 1995; Cassidy & Giles, 2013; Fives et al., 2010; Philipp-Metzen, 2011).

Um die individuellen Belastungen von Kindern körperlich kranker Eltern zu verstehen, muss eine Unterteilung in die Art der Erkrankung vorgenommen werden. So bringt jede Erkrankung je nach Prognose, Verlauf und Therapiemöglichkeiten unterschiedliche Anforderungen mit sich. Auch das Alter des Kindes zur Zeit des Auftretens spielt bei der Verarbeitung eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 3.1). Ein Vater mit Multiple Sklerose zeigt im Laufe der Erkrankung konkrete Einschränkungen und körperliche Veränderungen, die bis hin zum Autoritätsverlust führen können. Der schubweise Verlauf der Krankheit fordert von Familienangehörigen und Kindern einen enormen Anpassungsprozess. Bei Diabetes und HIV/ Aids-Patienten stehen Fragen der Vererbbarkeit oder der Schuld im Vordergrund (Romer, 2007; Scovdal & Ogutu, 2009). Im Folgenden soll beispielhaft auf Kinder krebskranker Eltern eingegangen werden, da die Krebserkrankung eine der häufigsten Erkrankungen darstellt und ein Mamma Karzinom bei Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Phase der Elternrolle fallen kann.

Kinder krebskranker Eltern

Maligne Melanome stellen eine der am weitesten verbreitetsten Erkrankungen in Deutschland dar. Im Jahr 2010 erkrankten 252.400 Männer und 224.900 Frauen an Krebs (RKI, 2013). Brustkrebs-Erkrankungen bei Frauen sind die häufigste Krebserkrankung von Eltern minderjähriger Kinder (Romer et al., 2005).

Tumorerkrankungen unterscheiden sich von anderen Krankheitsgruppen durch eine ungewisse Ursache, eine mögliche genetische Belastung und einen langsamen, schleichenden Beginn bei oftmals lebensbedrohlicher und ungewisser Diagnose (Romer et al., 2005). Schon in den 90er Jahren wurde belegt, dass sich eine Krebserkrankung eines Elternteils signifikant negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirkt (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989). Lewin, Ellison & Woods (1986) untersuchten altersspezifische Reaktionsweisen auf die Kinder und stellten heraus, dass sich vor allem jüngere Kinder um die Sicherheit in der Familie sorgen. Schulkinder fühlen sich unabhängiger, wobei Jugendliche wiederum in einem Konflikt zwischen elterlicher Ablösung und dem Gefühl der Verantwortung stehen. Aktuelle Studien bestätigen ein erhöhtes psychopathologisches Risiko für Kinder krebskranker Eltern (Möller et al., 2011).

Im Falle eines Mamma Karzinoms einer Mutter sind Töchter besonders beeinflusst. Durch die psychosexuelle Bedeutung der weiblichen Brust sind die Mädchen in ihrer sexuellen Identitätsfindung in besonderer Weise belastet. Eine Verletzung oder gar Entfernung gefährdet nicht nur das Selbstwertgefühl der Erkrankten selbst, sondern kann mit einem Verlust

des Symbols der Mütterlichkeit negativ auf Kinder wirken. Typische Belastungen der Kinder sind Trennungserfahrungen, die Idee, die Krankheit selbst verschuldet zu haben sowie körperbezogene und emotionale Ängste. Jugendliche quält zudem die Angst vor Vererbbarkeit (Pott et al., 2005; Riedesser & Schulte-Markwort, 1999; Romer et al., 2005).

Unabhängig von der Art der chronischen Erkrankung hat jede schwere, lebensbedrohliche Krankheit eines Elternteils Einfluss auf die gesamte Familie. Körperliche Erkrankungen zeichnen sich durch offensichtliche körperliche Veränderungen und Einschränkungen aus, was mit einem erhöhten Hilfsbedarf von Angehörigen, auch von Kindern, verbunden ist. Kindliche Belastungen sind demnach vor allem in den Folgen der emotionalen, körperlichen und praktischen Unterstützung sowie den Gefühlen von Angst und Hilfslosigkeit zu sehen.

2.2.4 Kinder geistig behinderter Eltern

Menschen mit einer geistigen Behinderung unterscheiden sich von kranken Menschen, da eine geistige Behinderung bereits seit der Geburt besteht. Von der Öffentlichkeit werden Behinderte in ihren Kompetenzen zumeist als minderwertig angesehen. Erst 1958 wurde der damalige ‚*Schwachsinnsbegriff*‘ von der Bundesvereinigung Lebenshilfe durch den Begriff der *geistigen Behinderung* abgelöst (Mattner, 2008). Inzwischen steht auch dieser Begriff zur Disposition und wird in einigen (hochentwickelten) Ländern durch *intellectual disabilities* abgelöst. Im ICD-10, die als Grundlage zur Berechnung der Leistungsvergütung im Gesundheitssystem genutzt wird, wird die geistige Behinderung mit einer Intelligenzminderung (F7) gleichgesetzt und definiert als

„ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestiert und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen Störung oder körperlichen Störung auftreten (...) Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtigen Funktionsniveau beziehen.“ (www.icd-code.de; ICD-10-GM-2014 F70-73).

Dennoch ist der Begriff an sich bis heute nicht eindeutig geklärt und wird in der aktuellen Literatur intensiv diskutiert. Eine allumfassende Definition bleibt aus. In Diskussionen zur Begrifflichkeit ist zu erkennen, dass die Behinderung nicht nur als ein Defektmerkmal, sondern als eine soziale Kategorie verstanden wird (Mesdag & Pforr, 2008). In dieser Arbeit wird

sich aufgrund der vereinfachten Lesbarkeit für die Verwendung des Begriffes *behinderte Eltern* entschieden, obwohl eine wertende Konnotation dieser Begrifflichkeit nicht befürwortet wird.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. gibt 240.000 Menschen mit Behinderung an, das sind circa 0,6% der deutschen Gesamtbevölkerung. Das statistische Bundesamt zählte zum Jahresende 2011 in Deutschland 7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen, das sind 8,9%. Etwa 11% davon sind Menschen mit geistiger Behinderung (Destatis, 2012b). Prävalenzangaben der internationalen Literatur einer schweren geistigen Behinderung (IQ < 50) schwanken zwischen 0,3% und 0,7% und für eine leichte geistige Behinderung (IQ 50 - 70) zwischen 0,4% und 5,8%. Bei vorsichtigen Hochrechnungen haben nach diesen Angaben circa 3% der Bevölkerung eine geistige Behinderung. Das Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung, zusätzlich eine psychische Störung zu entwickeln ist im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung um das 3 bis 4fache erhöht. Das erhöhte Risiko bedingt sich durch Diskrepanzen zwischen der eigenen Entwicklung, dem chronologischen Alter und damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen, durch ein hohes Risiko früher Bindungsstörungen sowie oft einer lebenslangen Abhängigkeit von anderen Menschen (Werther & Hennicke, 2008).

Eine Prävalenzangabe für Kinder behinderter Eltern muss an dieser Stelle mangels verlässlicher Angaben ausbleiben. Es wird jedoch angenommen, dass behinderte Menschen heutzutage genauso häufig Kinder bekommen, wie Menschen ohne geistige Behinderung. Von Wohlgiesinger (2007) wird die durchschnittliche Kinderzahl behinderter Menschen auf 1,4 geschätzt. Die aktuelle Forschungslage zu Kindern von behinderten Eltern ist mit Ausnahme einer deutschen Dissertation von Prangenberg (2002) außerordentlich lückenhaft. Auch international liegt die Forschungsperspektive auf erwachsenen behinderten Menschen sowie auf ihrer potentiellen Elternschaft. Völlig konträr zu Forschungsergebnissen und Positionen zum Thema Kinder sucht-, psychisch und körperlich kranker Eltern werden hier die Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung im Falle einer Elternschaft von geistig behinderten Menschen diskutiert. Aus Gründen, wie der Sterilisation von Behinderten bis Anfang der 90er Jahre und dem Verbot von Intimität und Sexualität dieser Bevölkerungsgruppe (Pforr, 2008), steht in aktuellen Forschungsarbeiten die Ethik und das Recht des behinderten Menschen auf ein Sexualleben und damit verbundenen Kinderwunsch im Mittelpunkt. Mit Blick auf die Kinder zeichnet die Forschungslage jedoch ein sehr gegensätzliches Bild. Bei einer zunehmenden Sexualität steigt inzwischen die Zahl der Schwangerschaften und damit die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung (Pforr, 2008). Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass Kinder von behinderten Menschen mit einer durchschnittlichen Intelligenz geboren werden. Wegen unzureichender Entwicklungsbedingungen sind Beeinträchtigungen je-

doch wahrscheinlich (Pixa-Kettner, 2008). Am auffälligsten sind bei Kindern behinderter Eltern Beeinträchtigungen der sprachlichen Entwicklung von 30% zu verzeichnen (Feldman, Case, Towns & Betel, 1985; Prangenberg, 2002 und 2008a). Ebenso kommen allgemeine psychische Belastungen mit 25% und Störungen der Feinmotorik (21,5%) im Vergleich zu Kindern ohne elterliche Behinderung gehäuft vor (Feldman et al., 1985; Lynch & Bakley, 1989). Typisch ist zudem eine frühe Herausnahme des Kindes aus der Familie oder eine späte Trennung (Wohlgesinger, 2007). In einer der ersten deutschen quantitativen Fragebogenerhebung mit ergänzenden qualitativen Interviews mit und zum Thema Kinder geistig behinderter Eltern erhielt Prangenberg (2002 und 2008b) einen Einblick in die Lebensläufe von inzwischen erwachsenen Kindern behinderter Eltern. Hier zeichnet sich eine negative Prognose für die Gesundheit der Kinder ab, indem 37% aller befragten Kinder eine geistige Behinderung und 10% sonstige Behinderungen aufweisen. Der Autor relativiert dieses Ergebnis jedoch, da es sich bei der Teilnehmerrekrutierung um keine statistische Auswahl, sondern eine ausgewählte Zusammenstellung handelt. Von einem Kausalzusammenhang kann seiner Meinung nach nicht ausgegangen werden, lediglich von einer Verzögerung des Entwicklungsverlaufes, insbesondere der sprachlichen Entwicklung (Prangenberg, 2002). Über negative Entwicklungsbeeinträchtigungen der Kinder sind sich Forscher weitgehend einig (Coren, Hutchfiels, Thomae & Gustasson, 2010; Lynch & Bakley, 1989; Prangenberg, 2008a), wobei Pixa-Kettner (1995; -98; 2003; -08) nicht müde wird zu betonen, dass diese Beeinträchtigungen auch bei Kindern ähnlich problematischer Milieus vorkommen können und somit keine Folgen der familiären Behinderung sind, sondern der problematischen Umstände, in denen viele aufwachsen.

Weit häufiger erforscht als Ansichten und Bedürfnisse der Kinder, ist die Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Auch hier zeichnet sich ein konträres Bild in der Forschungsliteratur. In der Öffentlichkeit wird Menschen mit einer geistigen Behinderung keine Elternschaft zugetraut. Dies wird nur selten als normal wahrgenommen (Accardo & Whitman, 1990; Willems, De Vries, Isarin & Reinders, 2007). Wobei aktuelle Artikel die Elternschaft weitestgehend befürworten (Coren et al., 2010; Pixa-Kettner, 2008; Reinders, 2008; Prangenberg, 2008a; Sparenberg, 2001; Wohlgesinger, 2007). Eine professionelle Unterstützung der Familien in Form einer Familienhilfe oder eines betreuten Wohnens wird in diesem Zusammenhang zumeist betont, um der altersgerechten Erziehung und Entwicklung des Kindes gerecht zu werden. Gegen eine Elternschaft sprechen eingeschränkte soziale Fähigkeiten, das Fehlen von Wärme und Hygiene, brüchige Biographien und stark eingeschränkte elterliche Kompetenzen sowie eine Unfähigkeit der emotionalen Zuwendung. Prangenberg (2008a & b) betont jedoch, dass die Kinder weniger unter den Folgen der Behinderung als vielmehr unter der gesellschaftlichen Tabuisierung und Lebensumstände lei-

den. Zudem ist das elterliche Umfeld für die Entwicklung wichtiger als die Kompetenz einzelner Elternteile (Pixa-Kettner, 1998 und 2003).

Kinder aus Familien mit einer Behinderung sind einer Vielzahl an Belastungen und Alltagsschwierigkeiten ausgesetzt. Positiv ausgedrückt benennt Pixa-Kettner (2008) die Ergebnisse ihrer Erhebung bei Eltern mit einer Behinderung, wie finanzielle und persönliche Probleme, Scheidungen, Konflikte, dysfunktionale Familienstrukturen und Erfahrungen von Gewalt, Drogen und Heimaufenthalt als normale Probleme von Menschen, die in ähnlichen Milieus aufwachsen. Die Forscherin vergleicht deren Situation mit psychisch- oder suchtkranken Familien, in denen ähnliche Probleme an der Tagesordnung stehen. Dennoch sind die Kinder nicht nur umgebungsbezogenen Risikofaktoren (z.B. Trennung der Eltern, Vernachlässigung, sexuelle Gewalterfahrungen und Diskriminierung) sondern auch altersabhängigen, sogenannten behinderungsspezifischen Risiken ausgesetzt. Als Säugling haben sie keinen Einfluss auf lebenspraktische Fähigkeiten der Eltern und erleben einen unregelmäßigen Rhythmus, mangelnde Hygiene und Sicherheit. Eltern mit Behinderung fällt es schwer, passende altersgerechte Entwicklungsreize zu geben (Sanders, 2008; Wohlgesinger, 2007). Mit zunehmendem Alter registriert das Kind die verminderten Fähigkeiten des Elternteils und muss sich damit auseinandersetzen. Das Kind bemerkt erstmals mit dem Eintritt in die Schule die Überlegenheit über die Eltern. In der Pubertät gewinnt die Peergroup zunehmend an Bedeutung. Fragen zum Anderssein und der eigenen Vererbbarkeit beschäftigen das Kind in diesem Alter. Hinzu kommen Schamgefühle und Abgrenzung nach außen. Die Erkenntnis, dass eine Behinderung ein Makel in den Augen der anderen ist, erfordert ein hohes Maß der Verarbeitung (Pixa-Kettner, 2003; Prangenberg, 2008b; Sanders, 2008). An dieser Stelle wird deutlich, dass auch Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung möglicherweise noch stärker als Kinder kranker Eltern der Gefahr der Parentifizierung ausgesetzt sind. Hinweise finden sich in zahlreichen Studien, Einzelfallanalysen und quantitativen Erhebungen (Faureholm, 1995; Pixa-Kettner, 2003; Prangenberg, 2002 und 2008b). Dabei geht es nicht nur um Verantwortungsübernahme und Aufgaben im Haushalt oder Behördengänge, sondern um eine lebenslange Verantwortung für das Elternteil, die bereits in sehr jungen Jahren der Kinder beginnt.

Abschließend ist festzuhalten, dass alle Kinder (psychisch-, sucht-, körperlich kranker oder behinderter) Eltern, unabhängig von der Art der Einschränkung, als Risikogruppe bezeichnet werden. Selbstverständlich sind diese Kinder, die durch die Einschränkung der Eltern, definiert werden, nicht automatisch mit auffälligen Kindern mit psychopathologischen Symptomen gleichzustellen. Zu Recht machen Forscher auf begünstigende persönliche und Umweltfaktoren aufmerksam. Dennoch wird deutlich, dass diese unterschiedlichen Zielgruppen, die aus unterschiedlichen Disziplinen der Medizin, Psychologie, Pflegewissenschaft,

Pädagogik und Gesundheitswissenschaft betrachtet werden, alle zu ähnlichen Ergebnissen kommen und je nach Fülle der Forschungsergebnisse alle gleichsam Prävention oder konkrete Unterstützungsmaßnahmen für die Zielgruppe fordern. Im folgenden Kapitel wird daher auf die Lebenssituation der Young Carers (unabhängig von der Art der familiären Einschränkung) eingegangen bzw. tabellarisch zusammengefasst.

3 Lebenssituation von Young Carers

Die Lebenssituation von Young Carers unterscheidet sich von Kindern ohne familiäre Erkrankung. In der aktuellen internationalen Forschungsliteratur zu Young Carers liegt der Schwerpunkt auf der Identifikation ihrer Aufgaben, Belastungen, Risikofaktoren und negativen Auswirkungen. Im Folgenden soll ein Forschungsüberblick bezüglich dieser Ergebnisse sowie über die Krankheitswahrnehmung der Kinder gegeben werden, ebenso sollen ihre Schutzfaktoren, die Möglichkeit der Stressbewältigung und ihre Bedürfnisse beleuchtet werden. Die Studienergebnisse schließen Kinder von körperlich, psychisch und suchtkranken sowie von behinderten Eltern mit ein. Neben deutscher Literatur dominieren Forschungsergebnisse aus Großbritannien.

3.1 Altersspezifische Krankheitswahrnehmung und Krankheitskommunikation

Die kindliche Wahrnehmung einer familiären Erkrankung lässt sich am besten mit Hilfe eines Modells der Entwicklungspsychologie, wie der Entwicklungstheorie des kindlichen Denkens nach Jean Piaget (1988 und 1993), darstellen. In der kognitiven Entwicklungstheorie des Schweizer Forschers Piaget wird die Persönlichkeitsbildung in enger Verbindung mit der Umwelt gesehen. Durch das bekannte Stufenmodell der Intelligenz können kindliche Denkmuster nachvollzogen und somit auch die Wahrnehmung von Erkrankungen eingeordnet werden. Demnach durchlaufen Kinder vier aufeinander aufbauende Stufen mit charakteristischen Aspekten des Denkens. Das kindliche Denken entwickelt sich folglich durch die Ausbildung immer neuer Schemata, die sich durch die kognitiven Prozesse der Organisation und Adaption weiterentwickeln (Andresen & Hurrelmann, 2010). Piaget umschreibt in der Theorie des kindlichen Denkens vier Stufen:

1. das sensomotorische Stadium (für Kinder bis 2 Jahre),
2. das präoperationale Stadium (2 bis 6 Jahre),
3. das konkret-operationale Stadium (bis 12 Jahre) und
4. das formal-operationale Stadium (ab 12 Jahre).

Näher betrachtet werden das 3. und 4. Stadium:

3. Stufe: das konkret-operationale Stadium (7 bis 12 Jahre)

In dieser Phase zeigt sich das reversible Denken der Kinder. Bei dem Experiment *Wasser umgießen* von einem schmalen in ein breites Gefäß können Kinder den unterschiedlichen Wasserstand auf die unterschiedlichen Formen zurückführen. Das Denken ist dabei an erlebte Erfahrungen, wie z.B. ein Ereignis gebunden. Hypothesen können noch nicht verbal-

sirt werden. Kinder dieses Alters können mehrere Aspekte eines Umstandes gleichzeitig in ihr Denken einbeziehen und ihre eigene Perspektive von anderen trennen (Piaget & Inhelder, 1993).

Krankheitskonzepte und -wahrnehmung

Die Erkrankung sowie die Behandlung eines Elternteils werden als Prozess verstanden. Eine Abweichung vom Alltag wird als problematisch empfunden, da Kinder dieses Alters Abweichungen von bekannten Prozessen allgemein ablehnen. Die wachsende Fähigkeit zur Empathie ermöglicht den Kindern das Hineinversetzen in die Perspektive von anderen, wie z.B. ihrer Eltern. Nach dem Ursache-Wirkungsprinzip werden Symptome, Erkrankungen sowie Behandlungsmöglichkeiten von den Kindern nachvollzogen. Allerdings besteht die Gefahr der Übergeneralisierung, so dass Risikofaktoren überbewertet und beispielsweise eine Ansteckungsgefahr bei einer Krebserkrankung vermutet wird. Wie auch in der vorigen Stufen bestehen in diesem Alter Ängste und Phantasien vor dem Alleinsein und dem möglichen Versterben eines erkrankten Elternteils. Es treten körperbezogene Ängste sowie die Befürchtung, die Eltern zu belasten, auf (Lohaus, 1998, 2013; Pott et al., 2005; Romer & Hagen, 2007; Stavenow, 2001).

4. Stufe: das formal-operationale Stadium (ab 12 Jahre)

In diesem Alter löst sich das Denken von konkreten Erfahrungen. Die Fähigkeit des hypothetischen Denkens tritt in den Mittelpunkt. Durch diese Abstraktion können Situationen und Umstände gedanklich durchgespielt werden, die in der Realität nicht zwangsläufig eintreten müssen (Piaget & Inhelder, 1993).

Krankheitskonzepte und -wahrnehmung

Als Erklärung von Krankheitsursachen und -symptomen dienen nicht mehr nur Ursache-Wirkungsprinzipien, sondern komplexe multifaktorielle Bedingungen. Die Erkrankung und ihre Folgen werden nun aus individueller und gesellschaftlicher Sicht betrachtet. Es werden unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven individuelle Werturteile gebildet. Schamgefühle aufgrund einer geistigen Behinderung oder psychischen Auffälligkeit der Eltern können auftreten. Wechselwirkungen zwischen psychischen und physischen Symptomen werden ab dem Jugendalter verstanden. Heranwachsende beschäftigen sich zudem mit der Frage nach infektiöser und genetischer Übertragung. Autonomie- und Identitätskonflikte treten oft als Folge elterlicher Erkrankung in der sogenannten Ablösungsphase auf (Lohaus, 1998; Romer et al., 2005; Romer & Haagen, 2007).

Die Bildung von Krankheitskonzepten der Kinder ist maßgeblich von den Informationen, die sie von der Familie oder Fachpersonal erhalten, sowie von eigenen Erfahrungen abhängig (Lohaus, 2013). Studienergebnisse über Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern zeigen übereinstimmend, dass sich die Kinder mehr Informationen über die eigene oder die Erkrankung eines Familienangehörigen sowie über Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wünschen (Frank & Slatcher, 2009; McAndrew, Warne, Fallon & Moran, 2012; Sollberger et al., 2008; Stavenow, 2001). Gleichzeitig ergeben aktuelle Studien, dass Kinder über die psychische Erkrankung eines Elternteils von Fachleuten kaum informiert werden (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Sollberger et al., 2008). Hinzu kommt, dass sie nicht gewohnt sind, über ihre Sorgen, Gefühle und Ängste zu sprechen (Metzing, 2007). Bei vielen Erkrankungen, wie psychische und Suchterkrankungen, aber auch geistige Behinderungen wird über innerfamiliäre Probleme nicht gesprochen, weder miteinander noch mit Außenstehenden. Aus Loyalität gegenüber den Eltern und aus Scham schweigen die Kinder, obwohl sie sich Erklärungen über das ungewohnte Verhalten des Elternteils oder über ein verändertes äußeres Erscheinungsbild nach einer Therapie wundern (Jungbauer & Lenz, 2008; Prangenberg, 2002; Romer & Haagen, 2007; Zobel, 2006). Mangelnde Aufklärung über das veränderte Wesen eines psychisch kranken Elternteils und seine krankheitsbedingten Stimmungsschwankungen sind für Kinder sehr schwer einzuordnen. Als Folge suchen sie die Schuld bei sich selbst und fühlen sich ungeliebt und allein gelassen. Auch Kinder körperlich kranker Eltern ziehen bei fehlenden Krankheitsinformationen falsche Schlüsse, die noch beängstigender als die tatsächliche Situation sein können (Romer et al., 2011).

Das Wissen um die Erkrankung, deren Verlauf, Ursachen und Symptome sind entscheidende Vorbedingungen, um kindliche Ängste und Sorgen zu reduzieren. Das Wissen erleichtert die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen. Studien belegen, dass die psychosoziale Anpassung bei Vorhandensein eines differenzierten Krankheitsverständnisses von Kindern kranker Eltern verbessert wird (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Pott et al., 2005). Romer und Haagen (2007) fassen zusammen, dass sich Kinder bei offener Kommunikation und einem emotionalen Austausch innerhalb der Familie weniger isoliert fühlen, seltener falsche Schlüsse ziehen, bessere Bewältigungsmechanismen aufweisen und durch gemeinsame Gespräche ein gestärktes Selbstbewusstsein haben.

3.2 Aufgaben der Kinder

Die größte Präsenz in der Forschungsliteratur zu den Aufgaben der Kinder hat der Bereich der pflegenden Kinder (Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012) sowie aus Großbritannien

Literatur zu Young Carers (Children's Society, 2013; Frank, 1995). Die Forschung zu Kindern sucht- und psychisch kranker sowie geistig behinderter Eltern benennt spezifische Aufgaben der Kinder am Rande.

Metzing (2007) gliedert die Aufgaben der Kinder in a.) die Unterstützung für die Familie, b.) für die erkrankte Person und c.) für den gesunden Angehörigen. Zur Unterstützung der Familie zählt sie Haushaltstätigkeiten innerhalb der Wohnung (z.B. aufräumen, putzen, Wäsche waschen und Essen zubereiten) und außerhalb der Wohnung (z.B. Einkaufen und organisatorische Tätigkeiten). Zur Unterstützung für die erkrankte Person werden sowohl körperbezogene (z.B. Körperpflege, An- und Ausziehen) als auch emotionale (z.B. Trösten, Rücksicht nehmen, Kümmern) und medizinisch-therapeutische Hilfe (z.B. Medikamentenvergabe, Wundversorgung) gefasst. Auch das Aufpassen und Notfalleinsätze gehören zur Unterstützung für die erkrankte Person. Mit der Unterstützung für gesunde Angehörige wird die Betreuung von und das Kümmern um Geschwister als auch die emotionale und praktische Unterstützung des gesunden Elternteils gemeint. Metzing (2007, S.93) betitelt Unterstützung der Kinder passend als „die Lücke füllen und in Bereitschaft sein“. Eine andere Einteilung mit ähnlichen Inhalten unternahm Frank (1995). Sie fasste die Verantwortung der Kinder in a.) praktische Aufgaben, b.) emotionale Aspekte und c.) die Isolation der Kinder gepaart mit dem Bedürfnis über ihre Situation sprechen zu wollen.

In der weiteren Literatur wiederholen sich die genannten Aufgaben und Verantwortungsgebiete der Kinder unter veränderten Einteilungen. Folgende Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über identifizierte Aufgabengebiete von Young Carers.

Tabelle 1: Verantwortungsbereiche von Young Carers.

Aufgaben	Beispiele	Nachweise / Quellen
Familiäre Unterstützung		
Haushaltstätigkeiten	Aufräumen, Waschen, Putzen, Essen zubereiten	Dearden & Becker, 2004; Dietz 1995; Fives et al., 2010; Kendler et al., 2013; Lenz, 2005; Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Pott et al., 2005; Zhang et al., 2009
Organisatorische Tätigkeiten	Übersetzungen, Post- und Botengänge, Erledigungen, Einkaufen, Rechnungen	Fives et al., 2010; Hunt et al., 2005; Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012

Krankheitsbezogene Unterstützung		
Körperbezogen	An- und Ausziehen, Waschen, Intimpflege, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme	Dearden & Becker, 2004; Dietz, 1995; Fives et al., 2010; Frank, 1995; Hunt et al., 2005; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012
Emotional	Trösten, Anwesend sein, Rücksicht nehmen	Dearden & Becker, 2004; Fives et al., 2010; Frank, 1995; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Zhang et al., 2009
Medizinisch / Therapeutisch	Wundversorgung, Medikamentenvergabe	Dietz, 1995; Hunt et al., 2005; Metzging, 2007
Bereitschaft	Aufpassen, Wachsam sein, Bereitschaft für Notfälle	Frank, 1995; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Prangenberg, 2002
Unterstützung für gesunde Personen		
Emotionale Unterstützung	Für gesunden Elternteil, Ersatzfunktion für erkrankten Elternteil, Gesprächspartner, Entlastung	Dearden & Becker, 2004; Dietz, 1995; Fives et al., 2010; Frank, 1995; Lenz & Kuhn, 2011; Metzging, 2007; Zhang et al., 2009
Betreuung von Geschwistern	Zur Schule / KiTa bringen, Beschützen, Spielen, Sorgen	Fives et al., 2010; Frank, 1995; Kuhn et al., 2011; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Pott et al., 2005; Zhang et al., 2009; Zobel, 2006
Unterstützung für das Kind selbst		
Hauptlast der Verantwortung		Children's Society, 2013; Metzging, 2007;
Fürsorge für sich selbst		Zhang et al., 2009

Insgesamt wird deutlich, dass Kinder eine Vielzahl an zusätzlichen Aufgaben übernehmen, die im Vergleich zu Kindern ohne familiäre Erkrankung übermäßig sind.

3.3 Belastungen versus Fähigkeiten

Anforderung und Belastungen betroffener Kinder richten sich nach der Prognose, dem Verlauf sowie der Behandlung einer Erkrankung. Spezifische Anforderungen unterscheiden nicht nur zwischen physischen und psychischen Erkrankungen, sondern auch im Hinblick auf die konkrete Diagnose. Ob eine Mutter unter einer manisch-depressiven Störung oder einer

Schizophrenie leidet, wirkt sich ebenso unterschiedlich aus, als ob ein Vater unter einer Krebserkrankung oder Niereninsuffizienz leidet. Studien belegen jedoch, dass sich weniger die Erkrankung oder geistige Behinderung selbst, als vielmehr daraus resultierende veränderte Familienumstände die Entwicklung der Kinder beeinflusst (vgl. Kapitel 3.7). Nachfolgend werden die Belastungen der Kinder hinsichtlich ihrer familiären Erkrankung sowie in Abhängigkeit des Alters skizziert. Anschließend wird ein Schwerpunkt auf die Fähigkeiten der Kinder gelegt

3.3.1 Belastungen

Aufgrund der spontan eintretenden Veränderung des Familienalltags nach einer Krankheitsdiagnose eines Elternteils sind bei Kindern der genannten familiären Erkrankungen zahlreiche Parallelen in Belastungen und Anforderungen festzustellen. Forscher aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen kommen zu übereinstimmenden Ergebnissen, die in der Tabelle 2 aufgeführt sind. Dargelegt werden typische Belastungen für Kinder körperlich kranker Eltern (KkkE), Kinder psychisch kranker Eltern (KpkE), Kinder suchtkranker Eltern (KskE) und Kinder geistig behinderter Eltern (KgbE).

Tabelle 2: Belastungen von Young Carers.

Belastungen	KkkE (körperlich)	KpkE (psychisch)	KskE (sucht-)	KgbE (geistig)
Familienalltag				
Unzureichende Erziehung / Elternteil steht nicht zur Verfügung		Kötter et al., 2010; Lenz & Kuhn, 2011	Fuchs et al., 2008; Quinten & Klein, 2002; Sand, Quinten & Zobel, 2004	Accardo & Whitman, 1990; Prangenberg, 2002; Willems et al., 2007
Übernahme von Aufgaben / Verantwortungsverschiebung	Fives et al., 2010; Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012	Philipp-Metzen, 2011; Romer, 2007	Kuhn et al., 2011; Plass & Wiegand-Greffe, 2012	Klein, 2005
				Prangenberg, 2008b; Sanders, 2008
Dysfunktionale Familienstruktur	Frank, 1995 ; Romer, 2007	Kuhn et al., 2011; Plass & Wiegand-Greffe, 2012	Fuchs et al., 2008; Quinten & Klein, 2002; Zobel, 2006	Pixa-Kettner, 2008; Prangenberg, 2002

Drogen, Gewalt, Trennungen und Misshandlungen	Kuhn et al., 2011; Lenz, 2005	Arenz-Greiving, 2003; Fuchs et al., 2008; Waldron et al., 2014	Accardo & Whitman, 1990; Prangenberg, 2002
Geringerer sozioökonomischer Status	Children's Society, 2013; Metzing, 2007 <hr/> Frank, 1995	Lenz & Kuhn, 2011	Klein, 2005 Prangenberg, 2002
Emotionale Belastungen			
Tabuisierung	Children's Society, 2013; Metzing, 2007 <hr/>	Kuhn et al., 2011; Plass & Wiegand-Grefe, 2012	Zobel, 2006 Prangenberg, 2008b; Sanders, 2008
Isolierung	Fives et al., 2010; Metzing, 2007 <hr/> Hunt et al., 2005	Kuhn et al., 2011	Zobel, 2006
Gefühle von Wut, Scham, Angst und Unsicherheit	Metzing, 2007 <hr/> Hunt et al., 2005; Romer, 2007; Zhang et al., 2009	Gutmann, 2008; Kuhn et al., 2011; Plass & Wiegand-Grefe, 2012	Arenz-Greiving, 2003; Klein, 2005; Zobel, 2006 Prangenberg, 2008b
Hohe Verantwortung & Erwartungshaltung	Children's Society, 2013; Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; <hr/>		Prangenberg, 2008b
	Dietz, 1995	Lenz & Kuhn, 2011; Plass & Wiegand-Grefe, 2012	Prangenberg, 2002
Betreuungsdefizit / Vernachlässigung		Kuhn et al., 2011; Wiegand-Grefe et al., 2009b	Klein, 2005 Accardo & Whitman, 1990; Prangenberg, 2002
Krankheitsbedingte Belastungen			
Körperbezogene Pflege	Children's Society, 2013; Fives et al., 2010; Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012		
Verändertes Verhalten		Kuhn et al., 2011; Plass & Wiegand-Grefe, 2012	Arenz-Greiving, 2003; Zobel, 2006 Arenz-Greiving, 2003; Sand et al., 2004
Häufige Komorbidität	Frank, 1995 <hr/> Härter, 2003		Klein, 2005; Zobel, 2006 Prangenberg, 2008b; Sanders, 2008

Es zeigt sich, dass Kinder unterschiedlich belasteter Eltern eine große Anzahl ähnlicher Belastungsmerkmale aufweisen. Einige zentrale Unterschiede in Bezug auf die Art der familiären Erkrankung werden bei näherer Betrachtung der Familiendynamik deutlich:

Erleidet ein Elternteil eine ernsthafte körperliche Erkrankung (KkkE), beeinflusst dies alle Familienmitglieder nachhaltig. Bei einer körperlichen Erkrankung im mittleren Erwachsenenalter, einer Phase, die von Verantwortungsübernahme in Beruf, Familie und Partnerschaft gekennzeichnet ist, muss die ursprüngliche Lebensplanung angepasst werden. Die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, wie Krebs, Multiple Sklerose oder AIDS, führt bei Kindern zur Erschütterung des Elternbildes als unzerstörbares Wesen (Romer, 2007). Krankenhausaufenthalte bedeuten Trennungserfahrungen und Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes. Die Auseinandersetzung mit der vitalen Bedrohung verlangt den Kindern eine besondere Bewältigung ab. Kinder schlüpfen durch eine unerwartete Diagnose automatisch in eine neue Rolle mit Verantwortung für den Haushalt, sich selbst und jüngere Geschwister. Durch das vermehrte Einbeziehen werden die Kinder in ihrer eigenen Entwicklung gehemmt. Kindliche Gefühle von Angst, Sorgen um den Erkrankten, Hilflosigkeit und Wut sowie körperliche Erschöpfung durch Pflege und Unterstützung sind die Folge (Pott et al., 2005). Von Eltern werden die daraus resultierenden Belastungen für ihre Kinder häufig nicht bedacht (Metzing, 2007).

Die Familienatmosphäre bei psychisch kranken Eltern (KpkE) ist geprägt von Desorientierung und einem dysfunktionalen Familienalltag. Besonders das unberechenbare Verhalten des psychisch kranken Elternteils ist für Kinder schwer nachzuvollziehen. Somit ist auch das Erziehungsverhalten, die elterliche Fürsorge, die Betreuung der Kinder und nicht zuletzt eine stabile Eltern-Kind-Beziehung stark beeinträchtigt (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Bei unzureichender Aufklärung und Kenntnis über die Erkrankung wird das inkonsistente Verhalten als Abwertung der eigenen Personen verstanden. Besonders gravierend für die kindliche Entwicklung wird es, wenn Kinder diese Abwertungserlebnisse in das eigene Selbstkonzept aufnehmen. Die Grenzen von Verantwortung und Rollen werden zunehmend diffus. Kinder übernehmen oftmals Aufgaben im Haushalt sowie emotionale Unterstützung sowohl für den kranken, aber auch für den gesunden Elternteil und fungieren als Partnerersatz. Die Tabuisierung der Erkrankung innerhalb der Familie und eigene Scham- und Schuldgefühle erschweren die Suche und das Annehmen von sozialer Unterstützung, was eine angemessene Bearbeitung der Anforderungen zusätzlich erschwert (Lenz, 2010).

Die Familienatmosphäre in suchtgefährdeten Familiensystemen (KskE) ist maßgeblich geprägt von Wut, Scham, Demütigung und Hilflosigkeit. Kinder schwanken zwischen neuer Hoffnung und wiederkehrender Enttäuschung. Nicht eingehaltene Versprechen verstärken

das Gefühl des ‚Verlassen seins‘, der Ablehnung, des Verrats und Misstrauen. Die am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholkranken Vater und einer co-abhängigen Mutter, bringt gravierende Veränderungen des Alltags mit sich. Eltern können ihren erzieherischen Pflichten nur noch bedingt nachkommen. Der Abhängige ist stark auf das Suchtmittel fixiert, so dass Kinder kaum wahrgenommen und vermehrt sich selbst überlassen werden (Arenz-Greiving, 2003). Sowohl Eltern-Kind-Beziehungen, aber vor allem die kindliche Bedürfnisbefriedigung verändern sich nachhaltig negativ. Auch hier verschieben sich die Rollen innerhalb der Familie. Die ursprünglich vorhandene Struktur wird durch unklare Grenzen und unvorhergesehene Veränderungen ersetzt. Alkohol- und Drogenprobleme gehen einher mit familiären Streitigkeiten, Spannungen in der Familie bis hin zu Trennung und Scheidung der Eltern. Zudem besteht eine erhöhte Gefahr von verbaler, körperlicher und sexueller Gewalt gegen die Kinder (Klein, 2005; Zobel, 2006).

Das Leben von Kindern geistig behinderter Eltern (KgbE) ist von einer unübersichtlichen Familienstruktur und einer angespannten sozioökonomische Lage geprägt. In der Vergangenheit traten für die Kinder Betreuungsmaßnahmen im Sinne von Fremdplazierung über einen begrenzten Zeitraum oder die komplette Herausnahme aus dem Elternhaus in Kraft (Wohlgiesinger, 2007). Über die elterliche Erziehungskompetenz wird stark diskutiert. Es ist belegt, dass durch mangelnde Kenntnisse der behinderten Eltern eine schlechte Bindung und Beziehung zum Kind aufgebaut wird. Erwachsene Kinder klagen über mangelnde elterliche Liebe sowie über eine ungenügende Erziehungsfähigkeit (Prangenberg, 2002). Häufig wird jedoch nicht die Behinderung des Elternteils selbst, sondern vielmehr das Multiproblemmilieu beklagt. Eine familiäre Behinderung korreliert oft mit Armut, Komorbidität der Eltern und Diskriminierung, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen der Kinder. Die belastenden Lebensumstände sind nach Pixa-Kettner (2008) daher vergleichbar mit denen von Kindern sucht- oder psychisch kranker Eltern.

Altersbedingte Belastungen

Neben der Vielzahl an familiären und emotionalen krankheitsbedingten Anforderungen an Kinder kranker Eltern ist neben der Art und Schwere der Erkrankung auch das Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Krankheitseintritts von Bedeutung. Die kognitive Reife des Kindes sowie eine stabile Beziehung bereits vor Eintritt der familiären Krankheit sind wichtige Faktoren für eine günstige Bewältigung. Eine unerwartete Krankheitsdiagnose erfordert besondere Anpassungsleistungen der Kinder (Tröster, 2005) und kann neben der schmerzlichen Verlust Erfahrung eine traumatisierende Wirkung haben (Lenz, 2005). Je nach Alter des Kindes ergeben sich individuelle Belastungen (Lenz, 2005; Metzging, 2007; Pott et al., 2005; Romer, 2007).

Schulkinder: Im Vorschulalter kann die Vorstellung, die familiäre Erkrankung durch negative Gedanken selbst verursacht zu haben, eine enorme Belastung darstellen. Im Schulalter tragen Kinder deutlich mehr Verantwortung. Insbesondere Geschwisterälteste werden in die Versorgung einbezogen. Eigene körperbezogene Ängste und Sorgen um die Eltern bei körperlichen Erkrankungen wachsen. Die zunehmende Öffentlichkeit durch Schule und Freunde zwingt die Kinder zur Auseinandersetzung mit der möglicherweise schambesetzten Erkrankung. Vor allem bei geistig behinderten Eltern stellt die gesellschaftliche Bewertung ein Belastungsfaktor für Kinder dar (Pott et al., 2005; Romer, 2007; Wohlgesinger, 2007).

Jugendliche: Im Jugendalter bekommen Gleichaltrige eine stärkere Bedeutung. Die Ablösung vom Elternhaus wird durch eine familiäre Erkrankung oder Behinderung erschwert. Die Sorge um die Eltern sowie der Wunsch nach Autonomie bringen Jugendliche in einen Gewissenskonflikt, der Gefühle von Wut, Hass und Schuld mit sich bringt. Zudem beschäftigen sich die Heranwachsenden mehr denn je mit Fragen einer möglichen Vererbbarkeit. Kinder geistig behinderter Eltern sind mehr als andere Jugendliche dazu gezwungen, ihre eigene Identität über Abgrenzung zu erwerben (Pixa-Kettner, 2008; Romer, 2007; Sanders, 2008).

3.3.2 Fähigkeiten

Es darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass Kinder kranker Eltern nicht zwingend Opfer ihrer Situation sind. In einigen Studien konnten trotz der vielgenannten Belastungen, auch Fähigkeiten ermittelt werden, welche die Kinder durch ihre Situation erworben haben. Der positive Blick kommt in erster Linie aus der internationalen Young Carers Forschung. Bereits Frank (1995) und Dietz (1995) identifizierten im Rahmen qualitativer Interviews förderliche Eigenschaften der Young Carers, wenn auch noch sehr zurückhaltend. Ehemalige pflegende Kinder nannten bei Dietz (1995) die Selbstbestätigung, emotionale Befriedigung und Bereicherung als stärkende Auswirkungen auf ihre Entwicklung als Folge der Pflege der Eltern. Bei Frank (1995) wurde deutlich, dass ehemalige pflegende Kinder im Erwachsenenalter in Pflegeeinrichtungen arbeiten und ihre früh erworbenen Kenntnisse im Berufsleben anwenden. Auch aktuelle Forschungsergebnisse bestätigen die frühe Reife der Kinder, Anerkennung und ein gewachsenes Verantwortungsgefühl, dass die Kinder in ihrer Identitätsentwicklung stärkt (Cassidy & Giles, 2013; Philipp-Metzen, 2011; Zhang et al., 2009). Bei Scovdal und Ogutu (2009) sehen die meisten befragten Kinder die Pflege als Erfahrung des Heranwachsens und der persönlichen Entwicklung, durch die sie wertvolle Lebenskompetenzen erworben haben. In weiteren Studien werden der Zusammenhalt in der Familie und insbesondere eine größere Verbundenheit zu der kranken Person oder innerhalb Geschwisterbeziehungen beschrieben (Klein, 2005; Lenz, 2005). Durch das gemeinsame Bewältigen

von Aufgaben in der Familie, das Einbeziehen in Entscheidungen und miteinander sprechen wachsen die Kinder zu einem gleichrangigen Teil der Familie heran. Sie verfügen ferner über eine sehr gute Empathiefähigkeit, da sie schon früh gelernt haben, sich in das Elternteil hineinzuversetzen (Fives et al., 2010; Metzinger, 2007; Philipp-Metzen, 2011). Auch die Forschungslage zu Kindern sucht- und psychisch kranker Eltern benennt, wenn auch nur am Rande, einige Stärken und Fähigkeiten der Kinder (Lenz, 2005; Mielke & Gutknecht, 2012; Zobel, 2006). Hier stehen vor allem die kindliche Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft der Kinder im Vordergrund. Klein (2005) kam im Rahmen qualitativer Interviews mit Kindern alkoholkranker Eltern zu dem Schluss, dass diese im Vergleich zu Gleichaltrigen nicht vermehrt Alkohol konsumieren und tendenziell sogar weniger rauchen. Zobel (2006) bestätigt, dass zugeschriebene Defizitmerkmale nur auf eine umschriebene Gruppe von Betroffenen und keinesfalls auf alle Kinder alkoholkranker Eltern zutreffen. Langlois und Garner (2013) bestätigen in ihrer nationalen kanadischen Gesundheitsumfrage, dass die elterliche Sucht durchaus mit Belastungen im Erwachsenenalter in Verbindung steht. Diese nimmt jedoch im Laufe der Zeit deutlich ab. Bei Kindern geistig behinderter Eltern gibt es, häufiger als bei eben genannten Gruppen, Hinweise für eine gesunde Entwicklung der Kinder trotz geistiger Behinderung eines Elternteils (Pixa-Kettner, 1998; Prangenberg, 2002; Sparenberg, 2001; Wohlgesinger 2007).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Young Carers einer Vielzahl an Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, die sowohl aus der Erkrankung des Elternteils (direkt) oder als Folge der Erkrankung, durch veränderte Lebensumstände (indirekt) entstehen. Das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Erkrankung spielt dabei eine wichtige Rolle und sollte bei Unterstützungmaßnahmen zwingend berücksichtigt werden. Je nach Alter des Kindes stehen Entwicklungsaufgaben an, die durch das (plötzliche) Auftreten einer Erkrankung, aber auch während einer fortlaufenden chronischen Erkrankung oder geistigen Behinderung gravierend beeinflusst werden. Trotz Belastungen zeichnen sich in Studien immer wieder positive Eigenschaften der Kinder wie Kompetenzzuwachs und familiäre Solidarität ab, die die Kinder bis in das Erwachsenenalter und in die Berufswahl begleiten.

3.4 Risikofaktoren

Neben den genannten Belastungen wirken sich individuelle und umgebungsbezogene Risikofaktoren als Stressoren auf die kindliche Entwicklung aus, denen Young Carers mehr als Kinder ohne familiäre Erkrankung ausgesetzt sind. Die Risikoforschung beschäftigt sich mit der Wirkungsweise von Faktoren, die eine gesunde Entwicklung beeinträchtigen könnte (Sanders, 2008). Tabelle 3 gibt einen Überblick über typische Risikofaktoren von Young

Carers. Zobel (2006) unterscheidet zwischen kindbezogenen, familiären und psychosozialen Risikofaktoren. Sanders (2008) differenziert zwischen internalen (individuell) und externalen Risikofaktoren (erkrankungsspezifisch). Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann (2009) benennen weiterhin unveränderbare (z.B. Geschlecht, Alter) und veränderbare (z.B. die Elternbeziehung) Risikofaktoren. Im Folgenden wird daher eine Auswahl typischer Risikofaktoren für Young Carers getroffen. Empirische Belege für die aufgeführten Risikofaktoren liefern je nach familiärer Erkrankung folgende Quellen:

- Für Kinder körperlich kranker Eltern: Barkmann et al., 2007; Children's Society, 2013; Frank, 1995; Härter, 2003; Möller et al., 2011; Pott et al., 2005; Romer, 2006; Romer et al., 2011; Tröster, 2005 und 2013
- Für Kinder psychisch kranker Eltern: Hahlweg et al., 2008; Kuhn et al., 2011; Lenz & Kuhn, 2011; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Wiegand-Grefe et al., 2009b
- Für Kinder suchtkranker Eltern: Bratek et al., 2013; Klein, 2005; Waldron et al., 2014; Zobel, 2006
- Für Kinder geistig behinderter Eltern: Accardo & Whitman, 1990; Pixa-Kettner, 1995; Prangenberg 2002 und 2008b

In Tabelle 3 wird deutlich, dass Kinder aufgrund einer familiären Erkrankung einer Vielzahl an internalen und externalen Stressoren ausgesetzt sind. Insbesondere die Kumulation verschiedener Risikofaktoren verstärkt die ungünstigen Effekte auf das Kind. Dabei kommen in erster Linie nicht die Erkrankung selbst, sondern vielmehr die krankheitsübergreifenden Faktoren, wie begleitende Lebensumstände zum Tragen (Pixa-Kettner, 2008; Romer, et al., 2011; Tröster, 2013).

Tabelle 3: Risikofaktoren von Young Carers.

Kindbezogene Risikofaktoren	Umgebungsbezogene Risikofaktoren	Krankheitsspezifische Risikofaktoren
Persönlichkeitsmerkmale des Kindes, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • geringes Temperament • geringes Selbstbewusstsein • Zurückgezogenheit • Emotionale Instabilität • Unsicheres Bindungsverhalten 	Instabiles und dysfunktionales Familienleben <ul style="list-style-type: none"> • Negative Stimmung • Familienkonflikte • Trennung der Eltern • Entwicklung dysfunktionaler Bewältigungsmuster 	Eine Erkrankung an sich <ul style="list-style-type: none"> • Prognose und Verlauf • Krankheitskontrolle und Krankheitsmanagement • Krankheitsbezogene Aufgaben (z.B. Überwachung, Schutz, Behandlung) • Dauerbelastung

Bei eigener Erkrankung oder geistigen Behinderung <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Toleranz gegenüber Alkoholkonsum bei KskE bzw. erhöhte Stressdämpfung nach eigenem Alkoholkonsum • Eigene psychische Auffälligkeiten 	Wenig tragfähige Beziehungen nach außen und Isolation, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Wenig soziale Kontakte • Stigmatisierung der Außenwelt <hr/> Geringe Bindung zu den Eltern	Erkrankung beider Elternteile oder ein alleinerziehendes krankes Elternteil
Hohe Expositionsdauer der familiären Erkrankung bzw. geringes Lebensalter beim Auftreten der Erkrankung	Mangelnde Unterstützung und Kontrolle der Eltern , z.B. bei Problemen	Elterliche Komorbidität meist in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung
Erfahrungen von Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder Jugend	Armut, Arbeitslosigkeit und niedriger sozialer Status	
Altersentsprechende Entwicklungsaufgaben (stehen krankheitsbedingten Aufgaben entgegen)	Fremdplatzierung oder eine längere Trennung vom Elternhaus; Kritische Lebensereignisse	

3.5 Schutzfaktoren und Resilienz

Die Resilienz ist die (psychische) Widerstandskraft oder Robustheit gegenüber gefährdenden und negativen Einflüssen auf die Entwicklung, wie z.B. eine psychische oder Suchterkrankung der Eltern. Das Resilienzkonzept versteht sich als Förderung von Ressourcen auf einer Mehrebenenbetrachtung von internal und external protektiven Faktoren (Jordan, 2010). Resilienzfaktoren von Kindern sind schützende Faktoren im Sinne von individuellen Fähigkeiten sowie charakterliche Voraussetzungen oder auch Ressourcen des Lebensumfeldes (Opp, 2003). Schutzfaktoren sind demnach Ressourcen, die als Puffer für Risiken dienen, um Fehlentwicklungen zu verhindern oder abzumildern (Lenz & Kuhn, 2011).

In empirischen Studien zu den zahlreichen Auffälligkeiten und Belastungen der Kinder wird deutlich, dass ein bedeutender Teil der Kinder keine oder nur wenige Belastungen aufweist und eine ‚normale‘ Kindheit und Jugend erlebt. Sowohl Forschungsergebnisse zu KkkE (Metzing, 2007; Philipp-Metzen, 2011), KpkE (Lenz & Kuhn, 2011), KskE (Quinten & Klein, 2002; Ulrich et al., 2010) und KgbE (Pixa-Kettner, 2008; Prangenberg, 2002) belegen begünstigende Faktoren für die als Risikogruppe bezeichnete Personengruppe. Bengel et al. (2009) geben einen ausführlichen Überblick des aktuellen Forschungsstandes zu allgemeinen Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter und belegen die gängigen Resilienzfaktoren

mit wissenschaftlichen Evidenzen. Tabelle 4 fasst die personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zusammen:

Tabelle 4: Klassifikation von Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter
(entnommen aus Bengel et al., 2009, S.49).

Personale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz <ul style="list-style-type: none"> ○ Biologische Korrelate ○ Temperament ○ Erstgeborenes Kind ○ Weibliches Geschlecht • Kognitive und affektive Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> ○ Positive Wahrnehmung der eigenen Person ○ Positive Lebenseinstellung und Religiosität • Selbstkontrolle und Selbstregulation • Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung • Internale Kontrollüberzeugung • Selbstwirksamkeitserwartung • Interpersonelle Schutzfaktoren - soziale Kompetenz • Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung • Besondere Begabungen, Ressourcen, Kreativität • Aktive Bewältigungsstrategien
Familiäre Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Familienmerkmale • Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung <ul style="list-style-type: none"> ○ Sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern • Autoritative oder positive Erziehung <ul style="list-style-type: none"> ○ Positives Familienklima und Kohäsion • Merkmale der Eltern • Positive Geschwisterbeziehungen
Soziale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte zu Gleichaltrigen • Soziale Unterstützung • Qualität der Bildungsinstitution • Erwachsene als Rollenmodelle oder eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen • Einbindung in prosoziale Gruppen

Angelehnt an die von Bengel et al. (2009) genannten Schutzfaktoren bestätigen auch Forschungsergebnisse zu Young Carers spezifische Resilienzfaktoren:

Ein vorhandenes und stabiles Netzwerk wurden sowohl von Metzger (2007) als auch von Hunt et al. (2005) in Bezug auf Young Carers identifiziert. Philipp-Metzen (2011) konnte hinsichtlich der Pflege der dementen Großeltern eine besonders positive Beziehung zwischen den Generationen identifizieren. Im Hinblick auf Kinder psychisch kranker Eltern benennen Wiegand-Grefe et al. (2013a) eine gelungene Krankheitsbewältigung unter gewissen Voraussetzungen als einen Resilienzfaktor. Lenz (2005) belegt in seinen Befragungen mit Kindern und Patienten Schutzfaktoren wie eine alters- und entwicklungsangemessene Krankheitsinformation. Die Forschungslage zu Kindern suchtkranker Eltern weist ebenfalls Schutzfaktoren der Risikogruppe auf. Bereits Wolin und Wolin (1995) stellten aufgrund klinischer Interviews sieben Resilienzen fest, welche die Kinder vor Auswirkungen der Risikofaktoren schützen:

- Durch Einsicht und Verständnis, dass das eigene Familienleben anders als bei Bekannten ist, erlernt das Kind die Abgrenzung. Mit Hilfe von Informationen und Aufklärung zur Erkrankung kann diese Einsicht gefördert werden. Klein (2005) konnte im Rahmen seiner Interviewstudie mit Kindern die Einsicht im Sinne von Verständnis nachweisen, dass Alkoholismus eine Erkrankung ist.
- Die Unabhängigkeit verhilft dem Kind zu einer inneren Distanz, so dass es weniger von der elterlichen Problematik beeinflusst wird und seine Freizeit vermehrt außerhalb der Familie verbringt.
- Der Aufbau von Beziehungen ist eine wichtige Voraussetzung für eine positive Entwicklung. Sinnvoll ist die Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb des Elternhauses. Der Schutzfaktor durch eine verlässliche, stabile Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie wird in zahlreichen Artikeln betont (Jordan, 2010; Lenz, 2010).
- Der Aufbau von Initiative fördert eine positive Selbstwirksamkeit und das Kind lernt durch Eigeninitiative das Vertrauen in die eigene Person, was auch Ulrich et al. (2010) im Rahmen einer Längsschnittstudie bestätigen.
- Mit der Fähigkeit zur Kreativität lernen Kinder den Umgang mit Gefühlen. Auch hier führen Erfolgserlebnisse, z.B. bei Hobbies, zu Bestätigung und Selbstvertrauen.
- Mit Hilfe von Humor kann ein gewisser Abstand zur häuslichen Problematik geschaffen werden. Zudem hat Humor eine psychohygienische Wirkung und kann als eine Bewältigungsmöglichkeit dienen.
- Die Entwicklung einer Moral schafft einen ethischen Rahmen, in dem das Kind lernt, zwischen Gut und Böse zu unterscheiden. Für Heranwachsende sowie im Erwachsenenalter sind ethische Grundsätze unverzichtbar für das Zurechtfinden in der Gesellschaft.

Jordan (2010) identifizierte zudem weitere schützende Faktoren für Kinder suchtkranker Eltern, wie u.a. ein emotional warmes und strukturiertes Erziehungsverhalten, soziale Modelle für eine angemessene Bewältigung, frühe Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit zu erfahren, um positive internale Kontrollüberzeugungen sowie ein stabiles Kohärenzgefühl zu bilden.

Auch für Kinder von geistig behinderten Eltern identifizierte Prangenberg (2002) im Rahmen von qualitativen Interviews mit erwachsenen Kinder behinderter Eltern sowohl kindbezogene Schutzfaktoren (z.B. ein positives Selbstbild, Problemlösestrategien, Kompetenz im Umgang mit der elterlichen Behinderung) als auch umgebungsbezogene Schutzfaktoren der Kinder (z.B. verlässliches Netzwerk, nicht behinderte Bezugsperson, ein offener Umgang mit Belastungen und eine positive Haltung in der Familie). Der Forscher betont besonders die Präsenz einer erwachsenen Bezugsperson, die als *„Garanten für die kindliche Entwicklung, das Wohlbefinden der Kinder und die familiäre Funktionstüchtigkeit in Erscheinung“* treten (Prangenberg, 2002, S. 319). Diese kompensatorische Unterstützung kann sowohl aus dem sozialen Netzwerk, als auch von Großeltern, Lehrern oder anderen wichtigen Bezugspersonen kommen, solange sie über einen längeren Zeitraum verlässlich zur Verfügung steht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Kinder von kranken Eltern trotz widriger Lebensumstände und zahlreicher Belastungen, dennoch eine Reihe personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren aufweisen. Infolgedessen ist es nicht zu rechtfertigen, diese Kinder automatisch als Opfer ihrer Situation zu bezeichnen. Vielmehr lassen die genannten Schutzfaktoren der Kinder den Schluss zu, dass durch die Förderung vorhandener und den Aufbau kindbezogener Resilienzen eine gesunde Entwicklung gelingen kann. Vor allem qualitative Studien weisen darauf hin, dass spezifische Schutzfaktoren mit der individuellen und familiären Krankheitsbewältigung in Verbindung stehen (Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

3.6 Stress, Stressverarbeitung und Krankheitsbewältigung

Bevor die Befundlage zur Stressverarbeitung von Young Carers vorgestellt wird, sollen zunächst Begriffsklärungen erfolgen. Anschließend werden auf die Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen sowie auf die spezifische Zielgruppe Kinder kranker Eltern eingegangen, um abschließend Modelle zur spezifischen Krankheitsbewältigung vorzustellen.

3.6.1 Begriffsklärung und theoretische Einordnung

Im Kindes- und Jugendalter lassen sich drei Belastungsquellen identifizieren (Moore, 1975; zitiert nach Lohaus & Klein-Heßling, 2001): Normative Stressoren (vergleichbar mit alterstypischen Entwicklungsaufgaben, wie Schuleintritt oder Pubertät), *daily hassles* (alltägliche Ärgernisse, wie Hausaufgaben oder Zeitdruck) und kritische Lebensereignisse (wie der Verlust der Eltern oder Gewalterfahrungen). Der Begriff der kritischen Lebensereignisse kommt aus der life-event-Forschung und wird definiert als einschneidende Veränderungen, die besondere Wendepunkte im Lebenslauf markieren und mit einer besonderen Anpassung bzw. Neuorientierung verbunden sind (Papastefanou, 2013). Diese besonders einschneidenden Erlebnisse lassen sich wiederum in normative (vorhersehbare), non-normative (seltene und unvorhersehbare) sowie historisch kritische Lebensereignisse (auf alle Menschen eines umgrenzten Lebensraumes) differenzieren. Zentrale Merkmale von kritischen Lebensereignissen sind ihre Unerwünschtheit sowie ihre mangelnde Kontrollierbarkeit (Papastefanou, 2013). Eine schwerwiegende, chronische familiäre Erkrankung kann als ein unvorhersehbares kritisches Lebensereignis für Kinder bezeichnet werden (Lenz, 2008). Die einschneidende Veränderung erfordert von Kindern eine intensive Neuanpassung an die veränderten Gegebenheiten, wie ein neu strukturierter Alltag, veränderte Rollen und Verantwortungen in der Familie sowie enorme emotionale Belastungen.

Stressoren stehen in der Alltagssprache für zahlreiche Anforderungen und gelten zugleich als Erklärung für psychische und physische Störungen der Gesundheit. Im wissenschaftlichen Bereich wird die Begrifflichkeit je nach Fachgebiet und theoretischer Ausrichtung (biologisch, sozialepidemiologisch oder psychologisch) unter verschiedener Bedeutung genutzt (Kaluza, 2003). In dieser Arbeit wird auf das transaktionale Modell von Lazarus und Kollegen (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981) Bezug genommen. Zentrale Bestimmungsgrößen des Modells sind die kognitive Einschätzung und Bewertung einer Situation. In transaktionalem Sinne ist Stress *„ein Ereignis, in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen“* (Lazarus & Launier, 1981, S.226). Ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Anpassungsfähigkeit führt dabei zum Stresserleben. Im Mittelpunkt der transaktionalen Stressdefinition stehen die wechselseitige Beeinflussung von Anforderungen und die verfügbaren Ressourcen der Person. Bei einer Konfrontation mit einer potentiell stressigen Situation unterscheiden Lazarus und Launier (1981) zwischen drei Arten von Bewertungen:

- Primäre Bewertung: Einschätzung der Wichtigkeit eines Ereignisses für das Individuum. Die Gegebenheit wird als positiv, irrelevant oder stressbezogen eingeschätzt.

- Sekundäre Bewertung: Einschätzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen der Person zur adäquaten Bewertung der Situation.
Die primäre und sekundäre Bewertung bedingen sich gegenseitig.
- Tertiäre bzw. Neubewertung: Durch diesen Rückkoppelungsprozess erfolgt eine mögliche Veränderung des Bewältigungsverhaltens.

Es wird deutlich, dass nicht der Stressor bzw. das belastende Ereignis an sich, sondern vielmehr der Umgang mit dem Stress eine Bedeutung für das eigene Wohlbefinden hat. Grundsätzlich liegt Stress dann vor, wenn eine Situation als negativ / stressbezogen eingestuft wird und die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten als unzureichend bewertet werden (Lazarus & Folkman, 1984). Unkontrollierbarer Stress hat einen nachweislich negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern (Coyle & Vera, 2013). Eine schwerwiegende körperliche, gravierende psychische oder Suchterkrankung der Eltern kann daher als ein außergewöhnlicher Stressor für Kinder bezeichnet werden. Bei erfolgreicher Bewältigung werden die Persönlichkeit und Zufriedenheit gestärkt, bei irreversiblen Verlusten und krisenhafter Entwicklung besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für depressive Entwicklungen (Filipp & Aymanns, 2010).

Der erfolgreiche Umgang mit Stress wird als Stressbewältigung bezeichnet, wobei die Bewältigung einen erfolgreichen Umgang impliziert. Die Stressverarbeitung hingegen schließt den Erfolg nicht automatisch mit ein, wohl aber das Bemühen um eine Stressreduktion sowie alle absichtsvollen Antworten auf Stress (Hampel & Petermann, 2003). Eine häufige Differenzierung der Verarbeitungsstrategien erfolgt in problemorientierte (auch instrumentelle) und emotionsorientierte (auch palliative) Strategien nach Lazarus und Folkman (1984). Auch wenn diese Dichotomisierung aktuell in Frage gestellt wird, da sich nicht alle Strategien eindeutig zuordnen lassen (Filipp & Aymanns, 2010), dient die Klassifizierung in dieser Arbeit der Übersicht bzw. Unterscheidung von Verarbeitungsmaßnahmen (Abb. 1). Auch Hampel und Petermann (2003) orientieren sich an dem Klassifikationsschema nach Lazarus und Folkman (1984) und unterteilen zudem nach der Adaptivität in günstige emotionsorientierte und problemlösende Strategien sowie in ungünstige Verarbeitungsstrategien. Effektive günstige Strategien sind demnach:

- Problemlösende / instrumentelle Verarbeitungsstrategien: Diese Kategorie beinhaltet alle Strategien, die auf eine Veränderung des Stressors bzw. der stressauslösenden Situation abzielen, wie eine Veränderung der eigenen Werte. Beispielstrategien sind Problemlösung, Informationssuche oder (problembezogene) soziale Unterstützung.
- Emotionsregulierende / palliative Verarbeitungsstrategien beinhalten alle Versuche das Stressempfinden, wie z.B. Ärger, Schuld, Neid oder Angst, zu regulieren und zu

mildern. Emotionsregulierende Strategien sind Ablenkung, Verschiebung emotionaler Reaktionen oder emotionale soziale Unterstützung (Hampel & Petermann, 2003).

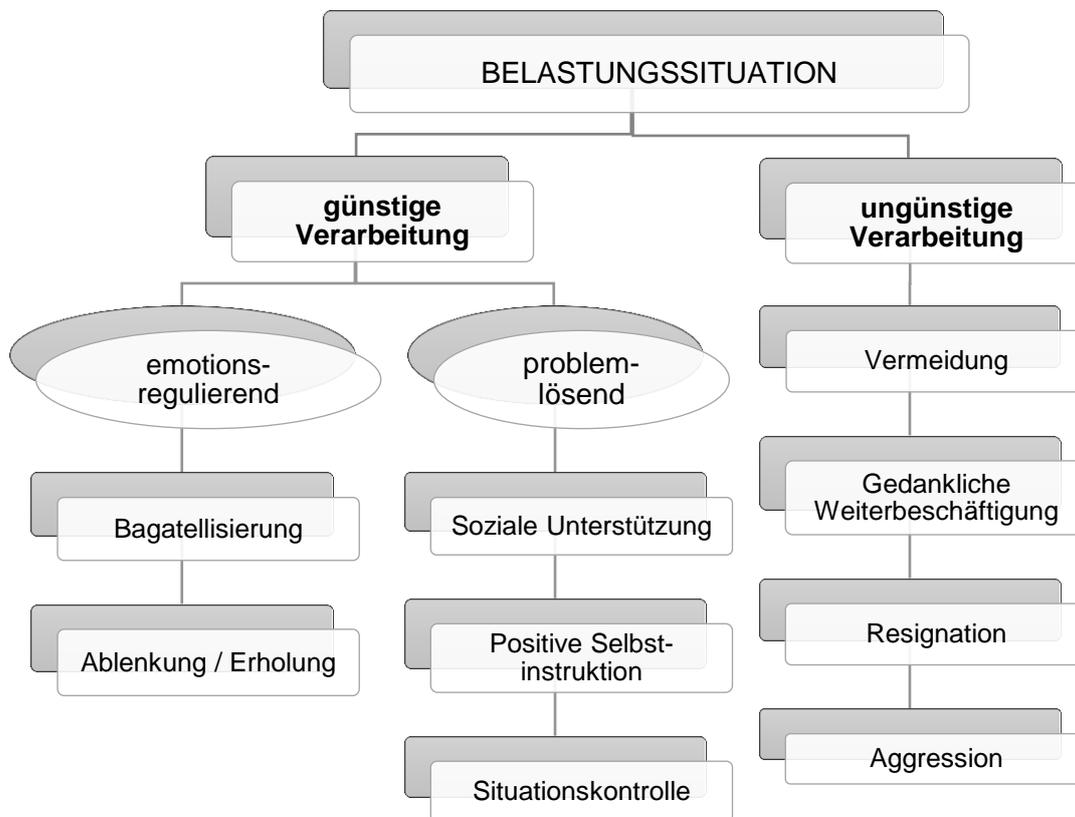


Abbildung 1: Stressverarbeitungsstrategien von Kindern und Jugendlichen (Darstellung in Anlehnung an Hampel, Petermann & Dickow, 2001, S.29).

Die Effektivität von Verarbeitungsstrategien steht unmittelbar mit der Kontrollierbarkeit von stressauslösenden Situationen in Verbindung. So wird davon ausgegangen, dass es keine eindeutig effektiven bzw. ineffektiven Strategien gibt. Vielfach repliziert wird allerdings der Einsatz von emotionsorientierter Verarbeitung in unkontrollierbaren Situationen sowie problemorientierter Verarbeitung in kontrollierbaren Situationen (vgl. Beyer & Lohaus, 2007; Hampel et al., 2001). Nach Kaluza (2003) gelten als effektive Bewältigungsstrategien bei Erwachsenen: aktives Problemlösen, kognitive Umstrukturierung sowie die Suche nach und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung. Als ineffektive Bewältigungsstrategien werden Selbstabwertung und die Vermeidung des Stressors benannt (Kaluza, 2003). Vermeidungsstrategien erweisen sich als ineffektiv, können aber kurzfristig der Emotionsregulierung dienen (Beyer & Lohaus, 2007). Ein langfristig ineffektiver Verarbeitungsstil hat nachweislich negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern (Dunbar et al., 2013). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Hampel und Petermann (2006) für Kinder, die unter angemessener Stressverarbeitung Problemlösung, soziale Unterstützung und Ablenkung verstehen und hingegen Selbstbeschuldigung, Resignation, Aggression, gedankliche Wei-

terbeschäftigung sowie passive Vermeidung mit einer ineffektiven psychischen Anpassung verbinden.

Zusammenfassend können keine Standardstrategien postuliert werden, sondern eine effektive Verarbeitung ist abhängig von einer breiten Auswahl an Verarbeitungsstrategien, die flexibel und situationsangemessen eingesetzt werden (Beyer & Lohaus, 2007; Hampel et al., 2001). Die Verarbeitungsstrategien der Kinder werden unterteilt in problembezogene und emotionsbezogene Strategien. Es ist festzuhalten, dass eine schwerwiegende familiäre Erkrankung für Kinder ein kritisches Lebensereignis darstellt, für deren Bewältigung alle zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten verwendet werden müssen. Dies verlangt Kindern eine außergewöhnliche Anpassungsleistung ab.

3.6.2 Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen

Bereits Kinder und Jugendliche sind mit Belastungen unterschiedlichster Natur konfrontiert. Das Spektrum reicht von kleinen, alltäglichen Ärgernissen und alterstypischen Aufgaben bis hin zu besonders belastenden Lebenskrisen. Die lückenhafte empirische Lage zeigt überwiegend übereinstimmende Ergebnisse. So sind die Verarbeitungsstrategien von jüngeren Kindern begrenzter, Jugendliche hingegen verfügen über umfassende Verarbeitungsstrategien. Eine Studie von Lohaus, Domsch und Fridici (2007) mit 324 Schülerinnen und Schülern zwischen 8 und 18 Jahren aus dem Jahr 1990 ergab, dass eine große Mehrheit der Kinder Stress erlebt, vorwiegend Alltagsstress in der Schule und Familie. Vor allem jüngere Kinder haben Schwierigkeiten die Ursachen für Stress zu benennen. Jugendliche können hingegen besser differenzieren. Ebenso verhält es sich in Bezug auf Verarbeitungsmethoden der jungen Menschen. Im Gegensatz zu jüngeren Schülern benennen die Älteren konkrete Strategien gegen Stress (z.B. Veränderung der Zeitplanung oder Ruhepausen). Insgesamt belegt die Studie, dass das Repertoire an Verarbeitungsstrategien der Schüler eingeschränkt ist. Ein großer Anteil der jüngeren Schüler nimmt sogar an, nichts gegen Stress unternehmen zu können (Lohaus et al., 2007). Auch in anderen Studien zeichnet sich ein einheitliches Bild. In der frühen Kindheit nutzen Kinder eher problemorientierte Verarbeitung (Waters & Thompson, 2014) und mit steigendem Alter nehmen emotionsregulierende Strategien zu (Al-Bahrani et al., 2013; Escher & Seiffge-Krenke, 2013), wobei die Nutzung problemorientierter Verarbeitungsstrategien in der Regel konstant bleibt. Ein Grund dafür könnte der Entwicklungsstand jüngerer Kinder sein, die ihre eigenen Gefühle und Emotionen noch nicht bewusst wahrnehmen und denen es an Kenntnissen zur Regulierung ihrer Emotionen mangelt (Hampel et al., 2001; Klein-Heßling & Lohaus, 2000). Vor allem bei Kindern spielt die Bewältigung in Abhängigkeit vom Stressor sowie von der Kontrollierbarkeit der Situation eine wichtige

Rolle. Papastefanou (2013) konstatiert, dass bei Zukunfts- und Schulproblemen eher funktionale Strategien und bei Identitäts- und Familienstress vor allem Rückzug und Vermeidungsstrategien genutzt werden.

Das Verarbeitungsverhalten unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Mädchen tendieren zu emotionsregulierenden Strategien sowie zur Suche und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung. Hampel et al. (2005) fanden im Rahmen einer Längsschnittstudie heraus, dass Mädchen ein erhöhtes Stresserleben und ein ungünstigeres Muster in der Stressverarbeitung aufweisen. Sie nutzen vermehrt ungünstige Strategien, wie passive Vermeidung, Emotionsdruck und gedankliche Weiterbeschäftigung. Bestätigt wurden diese Ergebnisse auch in aktuellen Studien von Al-Bahrani et al. (2013) sowie Waters und Thompson (2014). Eine niedrige Ausprägung von emotionsregulierenden Verarbeitungsstrategien und die bevorzugte Nutzung ungünstiger Verarbeitung stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Störungen dar (Dunbar et al., 2013; Hampel et al., 2005; Lenz & Kuhn, 2011; Möller et al., 2011; Seiffge-Krenke, 1993). Jungen zeigen sich weniger offen und Gesprächsbereit als Mädchen. Sie scheinen emotional weniger involviert zu sein und nutzen körperliche Aktivitäten sowie Ablenkung als Verarbeitungsstrategien. Zudem neigen Jungen im Vergleich zu Mädchen vermehrt zu Gewalt und Aggression (Seiffge-Krenke, 1993).

Ferner soll nicht unerwähnt bleiben, dass die höchste Belastung von Kindern und Jugendlichen durch alltäglichen Stress ausgelöst wird, wie Zeit- und Leistungsdruck in der Schule oder elterliche Streitigkeiten (Lohaus et al., 2007). Stress durch kritische Lebensereignisse tritt vergleichsweise selten auf. Es ist jedoch zu beachten, dass kritische Lebensereignisse und alltägliche Ärgernisse miteinander korrelieren (Papastefanou, 2013). Eine schwerwiegende Veränderung im Lebenslauf wirkt sich somit auch auf den Alltag der Kinder aus und bringt stressbezogene Situationen in der Schule und Familie nach sich.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Kinder und Jugendliche Stresssituationen verarbeiten können. Während jüngere Kinder vermehrt problemlösende Verarbeitungsstrategien nutzen und ein begrenztes Repertoire haben, nutzen Jugendliche zunehmend emotionsregulierende Verarbeitungsstrategien. Mädchen und Jugend zeigen unterschiedliche Strategien, wobei eine Neigung bei Mädchen zu internalisiertem und bei Jungen zu externalisiertem Verhalten deutlich wird. Die Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen ist somit abhängig vom Entwicklungsstand, dem (geschlechtsspezifischem) Repertoire an Strategien sowie der Kontrollierbarkeit und Art der Stresssituation.

3.6.3 Spezifische Verarbeitungsstrategien von Young Carers

Nach dem Überblick über das Copingverhalten von unbelasteten bzw. Kindern ohne schwerwiegende Krisen im Lebenslauf, sollen nun die Kinder unter Berücksichtigung ihrer familiären Erkrankung in den Blick genommen werden. Aus den vorwiegend qualitativen Forschungsarbeiten zu Kindern körperlich bzw. pflegebedürftiger, psychisch, suchtkrank und geistig behinderter Eltern lassen sich sowohl der Umgang als auch konkrete Verarbeitungsstrategien in Bezug auf die familiäre Einschränkung erkennen. Da die wenigsten Arbeiten ihren Schwerpunkt auf die Stressverarbeitung der Kinder legen, können an dieser Stelle lediglich die ‚Nebenprodukte‘ der Ergebnisse benannt werden. Ein Überblick zu empirischen Belegen der Stressverarbeitung von Young Carers findet sich in den Tabellen 5 und 6.

Kinder körperlich kranker Eltern: Die qualitativen Interviews von Metzging (2007) und Romer (2006) zeigen deutliche Ausprägungen von gedanklicher Weiterbeschäftigung bei pflegenden Kindern. Dies wird auch in der quantitativen Studie von Möller et al. (2011) bestätigt. Die Angaben zu Ängsten und Befürchtungen des möglichen Verlustes der Eltern sowie eigene Frustration machen dies deutlich. Wut und Aggressionen bilden sich aufgrund des Zurückstellens eigener Bedürfnisse (Stavenow, 2001). Als günstige Verarbeitung zeigt sich bei Metzging (2007) die Ablenkung in Form von Entspannung und dem Wunsch nach Normalität. Auch Scovdal und Ogutu (2009) belegen günstige Verarbeitungsstrategien von Young Carers. Insbesondere die Mobilisierung sozialer Unterstützung und positive Selbstinstruktion in Form von einer positiven Identität der eigenen Pflegerolle nach außen weisen auf günstige Verarbeitung hin (Scovdal & Ogutu, 2009; Möller et al., 2011). Metzging (2007) betont, dass der Bewältigungsprozess nicht bei dem Kind allein, sondern gemeinsam in und mit der ganzen Familie geschieht.

Kinder psychisch kranker Eltern: Empirische Belege dieser Kindergruppe weisen überwiegend stressvermehrnde Verarbeitungsstrategien, wie passive Vermeidung, negative Gedanken und Gefühle sowie aggressives Verhalten, auf (Dunbar et al., 2013; Jeske et al., 2009; Lenz, 2005). Kuhn et al. (2011) haben Kinder und ihre Eltern mit Schizophrenie mit Hilfe des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-KJ) von Hampel et al. (2001) sowie ergänzend qualitativ befragt. Es mangelt den Kindern trotz ihres Aufwachsens unter unkontrollierbaren Bedingungen vor allem an emotionsregulierenden Verarbeitungsstrategien. Niedrige Ausprägungen zeigen sich bei der Dimension ‚Ablenkung und Erholung‘ sowie bei weiteren palliativen Strategien. Die qualitativen Ergebnisse ergeben drei Bewältigungstypen: 1. Typ Aggressive Emotionsbewältigung (mit hohen Aggressionswerten und geringer Möglichkeit der Ablenkung); 2. Typ erwachsenes Meistern (mit einer hohen Situationskontrolle, geringen Aggressionswerten und hohem problemorientiertem Unterstützungsbedürfnis); 3. Typ gute Möglichkeit der Ablenkung (mit moderaten Aggressionsäußerungen, Situationskontrolle und

sozialer Unterstützung). Insgesamt zeigen sich als günstige Strategien die Situationskontrolle (Kuhn et al., 2011) sowie auch die problembezogene soziale Unterstützung, in Form von Gleichaltrigen oder intakten Beziehungen zu Erwachsenen (Dunbar et al., 2013; Lenz, 2005).

Kinder suchtkranker Eltern: Es gibt nur wenig empirische Belege für Verarbeitungsstrategien dieser Zielgruppe. In den großangelegten Studien von Klein (2005) und Zobel (2006) lassen sich jedoch einige Ergebnisse ableiten. In beiden Erhebungen zeigen sich deutlich stressvermehrnde Strategien der Kinder. Zobel (2006) benennt vermeidende Strategien, wie Schweigen, Verleugnung und Isolation sowie gedankliche Weiterbeschäftigung der Kinder. Bei Klein (2005) sind es in erster Linie die Mädchen, die ein wenig flexibles Verhalten, vorwiegend Unterdrückung und Verleugnung von Gefühlen sowie expressives Verhalten signalisieren. Positiv ist die Suche nach sozialer Unterstützung und günstiges problemlösendes Handeln sowie bei Mädchen emotionsorientierte Verarbeitung hervorzuheben. Obwohl auch bei Jungen suchtkranker Eltern eine geringe emotionsorientierte Verarbeitung nachzuweisen ist, betont Klein (2005), dass die Kinder in der Lage sind, selbst unter dysfunktionalen Lebensbedingungen Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Kinder geistig behinderter Eltern: Die Forschungslage zu Kindern geistig behinderter Eltern ist sehr dürftig. Aus der quantitativen und qualitativen Erhebung von Prangenberg (2002) können dennoch überwiegend ungünstige, insbesondere vermeidende Verarbeitungsmuster der Kinder identifiziert werden. Die befragten Jugendlichen und erwachsenen Kinder nutzen insbesondere Strategien der Verdrängung und die Flucht in eine Phantasiewelt. Weitere Reaktionsmuster sind Rebellion und Anpassungsprobleme. In den Einzelfallanalysen werden hingegen positive Verarbeitungsstrategien benannt, vor allem die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung durch ein funktionierendes soziales Netzwerk. Andere günstige, problemlösende Strategien sind positive Selbstinstruktion durch eine Umdeutung negativer Erlebnisse sowie die Entdeckung stärkender Merkmale bei sich selbst. Prangenberg (2002) betont, dass Kinder geistig behinderter Eltern über zahlreiche Möglichkeiten verfügen, Strategien und Schutzmaßnahmen zur Kompensation und Verarbeitung zu entwickeln.

Tabelle 5: Günstige Verarbeitungsstrategien von Young Carers.

Strategie	Kindergruppe	Quelle	
Emotionsorientiert	Bagatellisierung	-	
	Ablenkung und Erholung	KkkE KpkE	Metzing, 2007; Möller et al., 2011 Kuhn et al., 2011
Problemorientiert	Soziale Unterstützung	KkkE KpkE	Möller et al., 2011; Scovdal & Ogutu, 2009 Kuhn et al., 2011; Lenz, 2005
		KskE KgbE	Klein, 2005 Prangenberg, 2002
	Positive Selbstinstruktion	KgbE	Prangenberg, 2002
	Situationskontrolle	KpkE	Kuhn et al., 2011

Tabelle 6: Ungünstige Verarbeitungsstrategien von Young Carers.

Strategie	Kindergruppe	Quelle
Vermeidung	KpkE	Jeske et al., 2009; Kuhn et al., 2011
	KskE	Klein, 2005; Zobel, 2006
	KgbE	Prangenberg, 2002
	KskE	Zobel, 2006
	KkkE	Metzing, 2007; Möller et al., 2011
Aggression	KkkE	Metzing, 2007; Stavenow, 2001
	KpkE	Kuhn et al., 2011
	KgbE	Prangenberg, 2002
Gedankliche Weiterbeschäftigung	KkkE	Pott et al., 2005; Romer et al., 2011
	KpkE	Jungbauer & Lenz, 2008

Abschließend wird deutlich, dass Kinder kranker Eltern sowohl günstige als auch stressvermehrnde Verarbeitungsstrategien zur Bewältigung ihrer besonders belastenden Situation nutzen. Als günstig werden überwiegend problemorientierte Strategien, wie die problembezogene soziale Unterstützung, Situationskontrolle und auch positive Selbstinstruktion genutzt. Nur vereinzelt weisen empirische Ergebnisse auf Ablenkung und Erholung hin. Eine besondere Bedeutung bekommt die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung. Wiederholt wird die Anwesenheit eines funktionierenden sozialen Netzwerkes für Kinder kranker Eltern als mildernder Faktor erwähnt. Vielfach repliziert sind stressvermehrnde Strategien der Kinder, vor allem die passive Vermeidung und Aggression, ebenso auch gedankliche

Weiterbeschäftigung durch Ängste und Wunschphantasien. Auf eine Unterscheidung zwischen Alter und Geschlecht kann aufgrund mangelnder empirischer Belege nicht weiter eingegangen werden. Besonders auffällig ist die mangelnde Nutzung emotionsorientierter Strategien der Kinder. Dieser Aspekt bekommt unter Berücksichtigung der familiären Erkrankung, die als kritisches Lebensereignis eine unkontrollierbare Situation für Kinder bedeutet und deshalb emotionsorientierte Strategien nahe legt, eine besonders erschreckende Bedeutung. Da in den meisten Studien die Ergebnisse als ‚Nebenprodukt‘ unter einer anderen Fragestellung erhoben wurden, muss relativierend hinzugefügt werden, dass weitere Forschung zu anderen Ergebnissen führen kann. Des Weiteren spricht ein junges Alter ebenfalls für problemorientierte Strategien, was bei einer breiten Altersspanne der Befragten ebenfalls zu verzerrten Ergebnissen führen kann. Dennoch bleibt auf Grundlage dieser Ergebnisse festzuhalten, dass Kinder kranker Eltern überwiegend ungünstig und problembezogen verarbeiten und somit wiederholt zu einer Risikogruppe für die Entwicklung von Auffälligkeiten gehören. Die Forderung nach einem Anti-Stress- und Präventionstraining zur Unterstützung eines effektiven Stressmanagements der Young Carers, um eine situationsangemessene Wahl der Bewältigungsmethode zu treffen, rückt zunehmend in den Fokus.

3.6.4 Modelle zur Krankheitsbewältigung

Neben dem allgemeinen Umgang mit belastenden Situationen beschäftigt sich die Wissenschaft mit theoretischen Modellen der Krankheitsbewältigung. So entwickelte Tröster (2005) ein Rahmenmodell zur Krankheitsbewältigung von chronisch kranken Kindern. Der krankheitsübergreifende Ansatz orientiert sich an der oben beschriebenen Stresstheorie nach Lazarus und Folkman (1984). Plass und Wiegand-Grefe (2012) haben auf Grundlage ihrer Forschungsarbeiten zu Kindern psychisch kranker Eltern ein Modell zur psychischen Gesundheit entwickelt und erweitern damit das Modell zur Beziehungsqualität und Krankheitsbewältigung von Wüthrich, Mattejat und Remschmidt (1997). Beide Modelle, von Tröster sowie von Plass und Wiegand-Grefe, werden nachfolgend kurz dargestellt.

Das Rahmenmodell von Tröster (2005) liefert eine Übersicht über Anforderungen und Belastungen in Familien mit chronisch kranken Kindern oder Jugendlichen. Angelehnt an die transaktionale Stresstheorie beschreibt es den Zusammenhang zwischen Stressoren, moderierenden Prozessen und der psychosozialen Anpassung des Kindes. Mit den potentiellen Stressoren einer von chronischer Erkrankung betroffenen Familie, sind sowohl das Krankheitsmanagement als auch die Einschränkungen und Auffälligkeiten durch die Erkrankung gemeint. Moderierende Faktoren haben einen Einfluss darauf, ob die Anforderungen tatsächlich zur Belastung führen, wie z.B. familiäre, soziale und individuelle Ressourcen, ein sozia-

les Unterstützungsnetzwerk oder das Bewältigungsverhalten des Kindes. Eine günstige psychosoziale Anpassung des Kindes erfolgt nach gelungener Verarbeitung sowie durch Abschwächung der Stressoren mit moderierenden Faktoren. Aufschluss über die psychosoziale Anpassung gibt einerseits der Gesundheitsstatus des Kindes, andererseits die Lebensqualität sowie die soziale Integration der Familie. Das Rahmenmodell versteht sich als krankheitsübergreifender Ansatz, da Auswirkungen von chronischen Erkrankungen nicht mit der Erkrankung selbst, sondern aufgrund der Begleitumstände verschiedenster Erkrankungen zum Tragen kommen (vgl. Kapitel 3.3 und 3.4).

Das Modell der psychischen Gesundheit nach Plass und Wiegand-Grefe (2012) verdichtet allgemeine und spezifische Resilienzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern. Als zentrale Bereiche für die Bewältigung der familiären Erkrankung werden die Beziehungsqualität und die Krankheitsbewältigung auf Grundlage der Familiendynamik hervorgehoben.

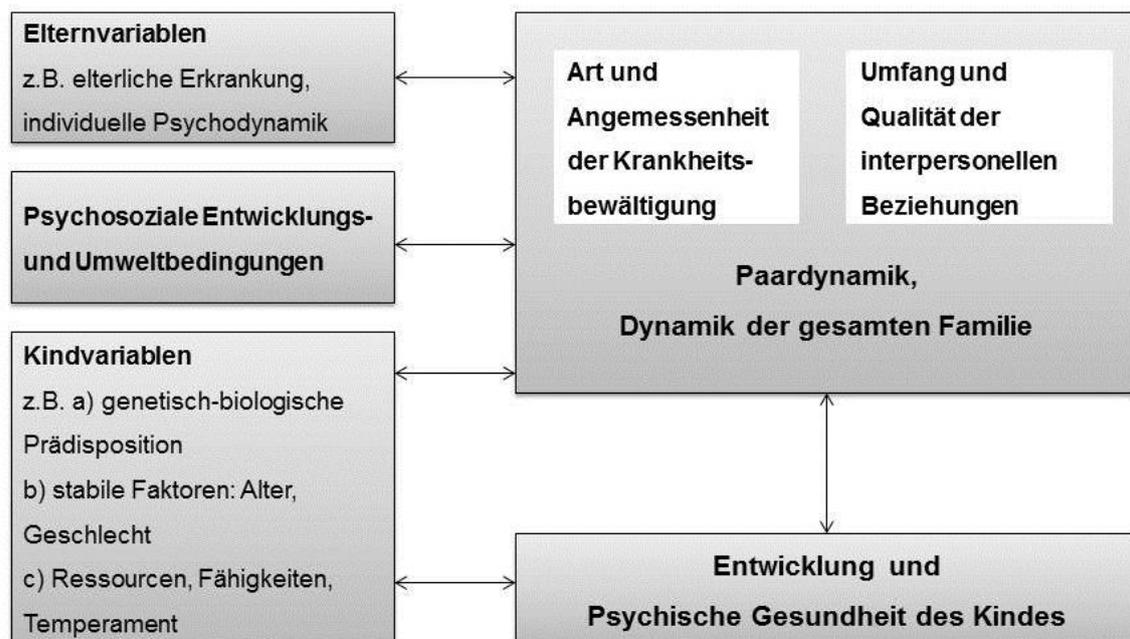


Abbildung 2: Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.79).

Kinder psychisch kranker Eltern haben demnach gute Entwicklungschancen, wenn sie sich auf eine tragfähige und sichere Beziehung verlassen können, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie. Beziehungen wirken sowohl emotional, kognitiv als auch für das praktische Handeln der Kinder fördernd. Weiterhin wirkt sich die elterliche Paardynamik untereinander aus. Eine adäquate individuelle und familiäre Krankheitsverarbeitung meint a) eine akzeptierende Einstellung und einen angemessenen Umgang mit der Erkrankung sowie eine aktive Auseinandersetzung, b) eine flexible Aufgaben- und Arbeitsteilung in der Familie, c) die Nutzung von Unterstützung im sozialen Netzwerk und d) eine kooperierende Einstellung

zu Facheinrichtungen der Erwachsenen- und Jugendhilfe (Wüthrich et al., 1997). Darüber hinaus wird zu einer angemessenen Krankheitsbewältigung der Aufklärungsstatus der Kinder gezählt. Wiederholt wird die protektive Wirkung eines hohen Informationsgrades zur familiären Erkrankung postuliert (Jungbauer & Lenz, 2008; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Wunderer, 2008). Auf die zentralen Komponenten des Modells (angemessene Krankheitsbewältigung und soziale Beziehungen) wirken Elternvariablen (z.B. Genese, Dimension der Erkrankung und Beziehungserfahrungen), psychosoziale Entwicklungsbedingungen (z.B. Wohn- und Lebenssituation) und Kindvariablen (z.B. eine genetische Disposition, Fähigkeiten und psychosoziale Variablen). Unter diesen günstigen Voraussetzungen kann sich eine psychische Gesundheit des Kindes entwickeln (Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

Für die praxisbezogene Arbeit liefern beide Modelle wichtige Ansatzpunkte. Tröster (2005) hebt die moderierende Wirkung von individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren sowie die familiäre Bewältigung für die psychosoziale Anpassung der Kinder hervor. Unter Berücksichtigung einer möglichen genetischen Disposition geht es bei Plass und Wiegand-Grefe (2012) um die Umweltbedingungen sowie die individuellen (Verarbeitungs-) Möglichkeiten und Fähigkeiten der Kinder, die positiv beeinflusst werden können, um dem Risiko einer eigenen psychischen Erkrankung entgegenzuwirken. Die Modelle fassen die Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder zusammen und verdeutlichen dadurch Möglichkeiten zur Unterstützung auf verschiedenen Ebenen.

3.7 Auswirkungen

Nach der Vielzahl an Belastungen und Risikofaktoren, die in den vorangegangenen Kapiteln aufgeführt und empirisch belegt wurden, wird im Weiteren auf die Auswirkungen einer familiären Erkrankung auf Kinder eingegangen. Die folgenden Studien liefern ein vielschichtiges Bild der Belastungsanforderungen und Auswirkungen auf die kurz- und langfristige Entwicklung. Da sich der Forschungsstand von Kindern körperlich, sucht- und psychisch kranker Eltern in Bezug auf ihre Auswirkungen nur geringfügig unterscheidet, wird in diesem Kapitel keine gesonderte Differenzierung der Zielgruppen vorgenommen. Es überwiegen mehrheitlich Studienergebnisse zur ungünstigen Entwicklung der Kinder. Nachfolgend werden auch die Stärken und Fähigkeiten von Kindern aufgeführt, die sie aufgrund der familiären Erkrankung erworben haben.

3.7.1 Ungünstige Entwicklung

Negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung aufgrund einer familiären Erkrankung sowie deren Pflege werden vielfach repliziert (Clarkson et al., 2006; Frank & Slatcher, 2009; Lenz & Kuhn, 2011). Die Forschungslage zu unmittelbaren Auswirkungen zeichnet ein negatives Bild. Ebenso deuten retrospektive Studien auf Langzeiteffekte der inzwischen erwachsenen Kinder hin. Es wird darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen auf die Kinder keine direkten Folgen der familiären Erkrankung sind, sondern sich durch Begleitumstände einer Erkrankung bedingen.

3.7.1.1 Unmittelbare Auswirkungen im Kindes- und Jugendalter

Unmittelbare Auswirkungen einer familiären Erkrankung können unterschiedliche Formen annehmen. Sie zeigen sich in psychosozialen Folgen (z.B. unterdrückte Gefühle, Isolation, Parentifizierung und Überforderung), Schulschwierigkeiten oder körperlichen Folgen. Ebenso kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen externalisierten und internalisierten Verhaltensauffälligkeiten, vor allem bei Kindern von psychisch und suchterkrankten Eltern, nachgewiesen werden.

Psychosoziale Auswirkungen

Gefühle: Eine psychische oder Suchterkrankung in der Familie ist ein Tabuthema und die Wahrung des Geheimnisses steht an oberster Stelle. In Fachkreisen wird von den sogenannten Familienregeln gesprochen: „*Niemand darf darüber reden, was in der Familie los ist*“ und „*Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt*“ (Wegscheider, 1988, S.89). Das Sprechen über eigene Gefühle ist ebenso Tabu wie die Erkrankung des Familienmitglieds. Diese Tatsache wird noch bedeutender, wenn die Gefühle der Kinder aufgrund der ständigen Dauerüberforderung und der aversiven Familienverhältnisse berücksichtigt werden. In einer Befragung von Nagl-Cupal et al. (2012) mit pflegenden Kindern berichten über 2/3 der befragten Kinder (68%) von häufigen Sorgen. Zudem fühlen sie sich häufiger traurig als Gleichaltrige. Auch Metzging (2007) bestätigt in qualitativen Interviews mit pflegenden Kindern Gefühle von Traurigkeit, Sorgen und Scham sowie die Unfähigkeit darüber zu sprechen. Zu ähnlichen Befunden kommen aktuelle Arbeiten (Fives et al., 2010; Möller et al., 2011; Zhang et al., 2009). Bei Kindern schwer körperlich kranker Eltern kommt zudem die Angst vor einem Verlust der Eltern hinzu (Romer, 2007). Der Aspekt der unterdrückten Gefühle wird insbesondere in der Forschungslage zu Kindern suchtkranker Eltern deutlich. Zobel (2006) gibt an, dass Risikoprobanden signifikant häufiger unter Gefühlen der Traurigkeit, Unlust, Panik, Nervosität, An-

spannung, Ärger und Angst leiden. Sie fühlen sich im Vergleich zu Gleichaltrigen in ihrer Stimmung deutlich stärker beeinträchtigt (Klein, 2005; Quinten & Klein, 2002).

Isolation: Die Isolation der Kinder ist die Folge der negativen häuslichen Umstände. Aufgrund der unterdrückten Gefühle fällt es Kindern schwer, über sich und ihre Gefühle zu sprechen, und sie isolieren sich zunehmend. Ferner nimmt der erkrankte Elternteil einen so großen Platz in der Familie ein, dass kaum noch Platz für die Kinder bleibt. Klein (2005) bestätigt dies in seiner Forschungsstudie, in der die Kinder keinen Rat bei Außenstehenden suchen und Probleme lieber mit sich selbst lösen. Auch Frank (1995) kam in ihrer Forschung zu Young Carers zu dem Ergebnis, dass die Kinder vielfach isoliert leben und sich nur wenig mit anderen Kindern umgeben. Aktuelle Studien bestätigen ähnliche Befunde (Hunt et al., 2005; Nagl-Cupal et al., 2012).

Parentifizierung: Im Falle einer Parentifizierung übernehmen Kinder die Eltern- oder Partnerfunktionen. Sie sind für elterliche Aufgaben und Verantwortungen zuständig. Diese Rollenenumkehrung wurde wiederholt in zahlreichen Studien über unterschiedliche Zielgruppen von Young Carers nachgewiesen (Dietz, 1995; Lenz & Kuhn, 2011; Prangenberg, 2002; Zobel, 2006). Wenn Generationsgrenzen unklar beschrieben sind und ineinander übergehen, wirkt sich dies destabilisierend auf die familiäre Funktionalität aus. Obwohl eine angemessene Verantwortungsübernahme durchaus zu großer Resilienz führen kann, so wird vor allem die Destruktivität von Parentifizierung in Ablösungsproblemen, Unterordnung der eigenen Gefühle sowie in Defiziten der sozialen Kompetenz deutlich (Pixa-Kettner, 2003; Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

Überforderung: Bei günstiger Verarbeitung gewinnen die Kinder an Ressourcen und haben durchaus bessere Kompetenzen als Gleichaltrige (Romer et al., 2005). Bleibt die Bearbeitung jedoch aus oder erfolgt dysfunktional, kann eine andauernde emotionale Überforderung entstehen. Die Verpflichtung der Kinder, ständig auf Abruf bereit zu stehen, wurde in erster Linie in der Young Carers Forschung bei körperlich kranken Familienmitgliedern nachgewiesen (Fives et al., 2010; Hunt et al., 2005; Metzging, 2007). Folgen sind seelische Entwicklungsrisiken bis hin zu diagnostizierten Störungen (Romer et al., 2005).

Schulschwierigkeiten: Die veralteten Studienergebnisse, die eine verringerte Intelligenz von Kindern suchtkranker Eltern nachweisen, können heutzutage revidiert werden (Zobel, 2006). Jedoch sprechen zahlreiche Studienergebnisse für Schulschwierigkeiten von Kindern kranker Eltern. Im Falle einer pflegenden Verantwortung gegenüber den meist körperlich kranken Eltern benennen Cassidy und Giles (2013), Fives et al. (2010) und Metzging (2007) schulische Folgen in Form von schlechter Konzentration, vermehrten Fehlzeiten und wenig Zeit für Hausaufgaben. Schlechte schulische Leistungen sind somit keine Folge von fehlender Intel-

ligenz, sondern vielmehr die Folge mangelnder Zeit- und Konzentrationsreserven der Kinder (Children's Society, 2013; Klein, 2005).

Körperliche Folgen: In Studien zu Kindern von chronisch körperlich kranken Eltern wurden physische Erschöpfungssymptome deutlich. Im Vergleich zu Gleichaltrigen zeigt sich dies in einem signifikanten Unterschied in Angaben zur Müdigkeit, Schlafproblemen, Rücken- und Kopfschmerzen sowie allgemeiner körperlicher Ermüdung (Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Zhang et al., 2009).

Psychische Auffälligkeiten

Ein Zusammenhang von psychischen Problemen bei Kindern psychisch kranker Eltern (Kötter et al., 2010; Kuhn et al., 2011), frühem oder missbräuchlichem Alkohol- und Substanzkonsum bei Kindern suchtkranker Eltern (Kendler et al., 2013; Zobel, 2006) sowie von Verhaltensproblemen bei Kindern körperlich kranker Eltern (Frank & Slatcher, 2009; Möller et al., 2011) ist nachweislich erkennbar. Ausgeprägte Wechselbeziehungen zwischen der Erkrankung eines Elternteils sowie Symptombildungen der Kinder wurden in Studien empirisch belegt. Vor allem zeichnet die Forschungslage zu Kindern psychisch kranker Eltern ein einheitliches Bild, indem eine deutlich erhöhte Auffälligkeitsrate bei den Kindern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen ist (Stadelmann et al., 2010). In einer Querschnittuntersuchung von Wiegand-Grefe et al. (2009a) schätzen über ein Drittel der Eltern ihre Kinder sogar als klinisch auffällig ein. Auch bei Lenz (2005) schätzen immerhin 15% der Eltern ihre Kinder im Grenzbereich zwischen auffällig und unauffällig ein. Verhaltensauffälligkeiten können in internalisierte und externalisierte Verhaltensweisen unterteilt werden.

Internalisierte Verhaltensauffälligkeiten: Psychische Auffälligkeiten von Kindern kranker Eltern zeigen sich in Form von sozialem Rückzug, ängstlichem und depressivem Verhalten sowie in klinisch auffälliger Depression. Empirische Belege für die genannten depressiven und ängstlichen Symptome bei Kindern kranker Eltern liefern diverse Forschungsarbeiten (Dunbar et al., 2013; Kuhn et al., 2011; Lenz, 2005; Möller et al., 2011; Vidal et al., 2012). Nicht nur Kinder psychisch kranker Eltern, sondern auch Kinder körperlich kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko für internalisierte psychosoziale Auffälligkeiten (Hunt et al., 2005; Romer, 2006). Vor allem Mädchen zeigen im Vergleich zu Jungen internalisierte Verhaltensweisen. Dies wurde bereits im Rahmen der Darstellung zu Bewältigungsverhalten deutlich (vgl. Kapitel 3.6). Bei einer Befragung von über 200 Jugendlichen zeigt fast ein Drittel der Kinder emotionale Verhaltensauffälligkeiten, vorwiegend Mädchen (Möller et al., 2001). Bei Mädchen erhöhen sich die internalen Probleme in der Pubertät, während sie bei Jungen eher sinken (Barkmann et al., 2007). Ferner gibt es einen Zusammenhang zwischen Kindern suchtkranker Eltern und problematischem Essverhalten. Bei Quinten und Klein (2002) geben

knapp 19,4% der befragten Teilnehmer ein problematisches Essverhalten an (vgl. Baldruschat & Geissner, 2003). Insgesamt wird häufiger internalisiertes als externes Verhalten bei den Kindern nachgewiesen. Ängste, depressive Verstimmungen, Zwänge, Essprobleme und auffälliger Alkoholkonsum sind häufig replizierte Auswirkungen auf die Kinder.

Externalisierte Verhaltensauffälligkeiten: Bei Kindern kranker Eltern konnte im Vergleich zu Gleichaltrigen vermehrt antisoziales und auffälliges Verhalten verzeichnet werden (Frank, 1995; Hunt et al., 2005; Kötter et al., 2010). Sie haben eher Ärger, verhalten sich ungehorsam und auffällig in der Schule oder tragen vermehrt Konflikte mit Gleichaltrigen aus (Hunt et al., 2005). Bei Kindern suchtkranker Eltern wurde öfter aggressives und teilweise auch delinquentes Verhalten nachgewiesen (Klein, 2005). In Barnows et al. (2001) Befragung steht ein straffälliges Verhalten der Kinder in engem Zusammenhang mit einem negativen Erziehungsstil der Eltern, der durch Ablehnung, Inkonsistenz und geringe emotionale Wärme geprägt ist. Bei diesen Kindern ist außerdem eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Hyperaktivität sowie für das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom erkennbar (Barnow et al., 2001; Zobel, 2006). Bei Kindern suchtkranker Eltern ist zudem ein auffälliger Trink- und Substanzkonsum zu verzeichnen. Bezeichnend für mindestens ein Drittel der Kinder (Mielke & Gutknecht, 2012) ist eine eigene Abhängigkeitserkrankung sowie ein signifikant auffälliger Alkoholmissbrauch (Bratek et al., 2013) oder ein verfrühter Alkoholkonsum (Kötter et al., 2010).

3.7.1.2 Langfristige Folgen im Erwachsenenalter

Aufgrund einiger Längsschnittstudien zu Young Carers sowie der prospektiven Studien mit erwachsenen Kindern können Angaben zu langfristigen Auswirkungen einer familiären Erkrankung gemacht werden. Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit sowie Individuationsbestrebungen in der Jugendphase stellen dominante Folgen des Heranwachsens der Kinder dar. Ferner werden körperliche Folgen aufgrund langjähriger Pflege oder Belastung sowie schlechtere Bildungschancen benannt. Ein Überblick ist der Tabelle 7 zu entnehmen.

Psychosoziale Folgen: In den Interviews mit erwachsenen pflegenden Kindern von Nagl-Cupal et al. (2012) schildern diese die negativen Auswirkungen auf ihr derzeitiges Leben. Anhaltende Gefühle, wie Hilfslosigkeit, Überforderung und ein schlechtes Gewissen begleiten sie bis in das Erwachsenenalter. Sie bezeichnen ihre Vergangenheit als fehlende Kindheit und plagen sich noch heute mit Schuldgefühlen, Verlustängsten, einem übersteigertem Kontrollbewusstsein sowie der Angst vor einer eigenen Erkrankung (Nagl-Cupal et al., 2012). Auch bei Frank (1995) bestätigen ehemalige Young Carers, dass sich die vergangene Verantwortungsübernahme und Instabilität der Eltern auch auf ihr erwachsenes Leben auswirkt.

Die bereits benannten internalen und externalen Verhaltensauffälligkeiten begleiten Kinder bei ausbleibender Unterstützung bis in das Erwachsenenalter hinein. Einmal erlernte Verarbeitungsmuster sind schwer zu verändern. Bereits behandlungsbedürftige, psychosomatische Probleme in der Kindheit bestehen bei ausbleibender Therapie die Kinder weiterhin und beeinflussen somit das private, soziale und berufliche Leben in der Zukunft. Besonders gravierend wirken sich psychische und Suchterkrankungen der Kinder aus. Da diese Erkrankungen maßgeblich die Stimmung und das Verhalten einer Person bestimmen, sind auch Freunde, Familie, Partner, Kinder und Kollegen involviert. Die Gefahr des sogenannten ‚Suchtkreislaufes‘ der ‚Teufelsspirale‘ beginnt von neuem.

Individuationsbestrebungen: Die Pubertät ist in entwicklungspsychologischer Sicht das Alter der Identitätsfindung und der Abgrenzungsphase. Jugendliche grenzen sich von ihren Eltern ab und suchen vermehrt den Kontakt zu Gleichaltrigen. Sie entwickeln Vorstellungen darüber, was die eigene Identität ausmacht und beginnen ihre Zukunft zu lenken und zu planen (Pinquart, Schwarzer & Zimmermann, 2011). Im Falle einer familiären Erkrankung und der damit verbundenen Verantwortungsübernahme des Kindes entsteht ein innerer Konflikt zwischen der alterstypischen Ablösung und der verantwortlichen Fürsorge für die Familie (Romer & Haagen, 2007). Dietz machte bereits 1995 auf die eingeschränkte Entwicklung von pflegenden Kindern aufmerksam. In Einzelfallanalysen von Prangenberg (2002) wird deutlich, dass erwachsene Kinder von behinderten Eltern die Ablösung bis in das Erwachsenenalter nicht gelingt (vgl. Stavenow, 2001).

Körperliche Gesundheit: Körperliche Folgen in Form von Ermüdung, Rückenschmerzen oder Magenproblemen zeigen sich vereinzelt in Forschungsergebnissen zu Kindern körperlich kranker Eltern bzw. bei Young Carers. Bei Nagl-Cupal et al. (2012) werden physische Belastungen im Anschluss an die Pflege selten benannt. Auch die Children’s Society (2013) erhebt bei 1,2% der Stichprobe eine (sehr) schlechte Gesundheit. Vereinzelt werden die Ergebnisse mit dem Hinweis gestützt, dass sich körperliche Gesundheitsprobleme im Fall von unangemessener Pflege auf die Kinder auswirken (Dietz, 1995; Frank & Slatcher, 2009; Zhang et al., 2009).

Bildung: Weiter oben wurde bereits erwähnt, dass Kinder schlechte schulische Leistungen aufgrund von Konzentrations- und Zeitmangel erzielen. Diese Tatsache mündet bei dauerhafter Beanspruchung und damit einhergehender mangelnder Schulleistungen in einem geringeren Bildungsniveau der heranwachsenden Kinder und damit auch in schlechteren Berufsperspektiven. Bei einem niedrigerem Schulabschluss sowie schlechteren Schulleistungen sind die Karrieremöglichkeiten und damit auch die Lebensmöglichkeiten deutlich begrenzter als bei freier Entfaltungsmöglichkeit. Besonders ernüchternd sind die aktuellen Er-

gebnisse der Children's Society (2013). Sie bestätigen einen signifikant geringeren Bildungsstandard von Young Carers sowie zusätzlich ein um 5.000 britische Pfund geringeres Durchschnittseinkommen der Familien im Vergleich zur Normalbevölkerung. Ein niedriges Bildungsniveau und damit einhergehende geringe zukünftige Berufschancen werden von Frank & Slatcher (2009) sowie von Zobel (2006) bestätigt. Eine mögliche Intelligenzminderung sowie damit verbundene geringe Berufsmöglichkeiten werden in Bezug auf Kinder geistig behinderter Eltern thematisiert. Die Befundlage zeigt sich hierzu uneinheitlich. Mehrfach bestätigt werden jedoch Entwicklungsverzögerungen der Kinder (Accardo & Whitman, 1990; Prangenberg, 2002).

Tabelle 7: Ungünstige Auswirkungen auf Young Carers.

Kategorie	Unterkategorie	Beispiele	Quellen
Unmittelbare Auswirkungen	Psychosoziale Auswirkungen	Gefühle	Fives et al., 2010; Möller et al., 2011; Nagl-Cupal et al., 2012; Zhang et al., 2009
		Isolation	Hunt et al., 2005; Klein, 2005; Nagl-Cupal et al., 2012
		Parentifizierung	Kuhn et al., 2011; Lenz & Kuhn, 2011; Zobel, 2006
		Überforderung	Hunt et al., 2005; Metzing, 2007; Svanberg et al., 2010
		Schulschwierigkeiten	Cassidy & Giles, 2013; Children's Society, 2013; Fives et al., 2010; Klein, 2005; Metzing, 2007
		Körperliche Folgen	Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Zhang et al., 2009
Psychische Auffälligkeiten	Internalisierte Verhaltensauffälligkeiten	Emotionale Verhaltensauffälligkeiten	Kuhn et al., 2011; Lenz, 2005
		Ängstlich, Depressiv	Hunt et al., 2005; Vidal et al., 2012; Zobel, 2006
		Problematisches Essverhalten	Baldruschat & Geissner, 2003; Quinten & Klein, 2002
	Externalisierte Verhaltensauffälligkeiten	Psychosomatische und somatische Probleme (Symptombildung)	Barkmann et al., 2007; Dunbar et al., 2013; Romer, 2006
		Suchtverhalten	Bratek et al., 2013; Kendler et al., 2013
		Antisoziales, auffälliges Verhalten	Frank, 1995; Hunt et al., 2005
		Delinquenz, Aggression	Barnow et al., 2001; Klein, 2005
		Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität	Kendler et al., 2013; Vidal et al., 2012; Zobel, 2006

Langfristige Folgen im Erwachsenenalter	Psychosoziale Folgen	Gefühle und Emotionen	Frank, 1995; Nagl-Cupal et al., 2012; Quinten & Klein, 2002
	Individuationsbestrebungen (Pubertät)		Dietz, 1995; Prangenberg, 2002; Stavenow, 2001
	(Körperliche) Gesundheit		Children's Society, 2013; Frank & Slatcher, 2009; Zhang et al., 2009
	Bildungsgrad		Children's Society, 2013; Klein, 2005; Prangenberg, 2002

3.7.2 Günstige Entwicklung

Die eindeutige Befundlage zu ungünstigen Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder lässt betroffene Kinder schnell in einem einseitigen Blick eines ‚Negativ-Kreislaufes‘ erscheinen. Eine voreilige Therapienotwendigkeit sowie eine Verallgemeinerung aller Young Carers führen jedoch zu einem verzerrten Bild dieser Zielgruppe. Zugeschriebene Defizitmerkmale treffen zwar durchaus auf eine umschriebene Gruppe der Kinder zu, keinesfalls aber auf alle Kinder kranker Eltern (Zobel, 2006). Insbesondere bei aversiven Begleitumständen kommen die ungünstigen Auswirkungen bei Kindern zum Tragen. Wie bereits im Kapitel zu Resilienz und Schutzfaktoren der Kinder deutlich wurde, gibt es eine nicht unbedeutende Anzahl an Kindern, die sich trotz belastender Lebensumstände gesund und positiv entwickeln. Hinzu kommen besondere Fähigkeiten der Kinder, die sie aufgrund der Lebensumstände und der Erkrankung eines Elternteils gewinnen. Vielfach wird eine besondere Sensibilität, eine frühe Reife sowie das Gefühl, geliebt zu werden, von Kindern benannt. Obgleich sich diese Eigenschaften auf einem schmalen Grad zu ungünstigen Merkmalen befinden, wie dem Zurückstellen eigener Bedürfnisse, verfrühte Verantwortungsübernahme und dem verpflichtenden Gefühl der Anwesenheit, stellen sie in angemessener Intensität durchaus besondere Fähigkeiten der Kinder dar.

Tabelle 8: Fähigkeiten und günstige Auswirkungen auf Young Carers.

Erworbene Fähigkeiten	Empirische Belege
Reife	Fives et al., 2010; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012
Temperament	Kendler et al., 2013
Positives Selbstbild	Prangenberg, 2002; Scovdal & Ogotu, 2009
Empathie	Fives et al., 2010; Metzging, 2007; Zobel, 2006
Wissenszuwachs	Philipp-Metzen, 2011
Lebenssinn	Dietz, 1995; Hunt et al., 2005; Nagl-Cupal et al., 2012
Familiärer Zusammenhalt	Fives et al., 2010; Metzging, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012
Affinität zu Gesundheitsberufen	Frank, 1995

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass Kinder kranker Eltern einer Vielzahl an Belastungen ausgesetzt sind, die sich auf die kurz- und langfristige Entwicklung bis in das Erwachsenenalter hinein auswirken. Die Forschungslage zeichnet ein eindeutiges Bild von negativen Auswirkungen auf die Kinder, gibt jedoch zu bedenken, dass insbesondere die Auswirkungen in Verbindung mit weiteren Belastungen der Lebensumstände stehen. Als Folge der Resilienzforschung werden einige Fähigkeiten und besondere Merkmale von Young Carers genannt, die sie im Rahmen ihrer Lebenssituation erwerben. Es können daher keine einheitlichen Auswirkungen auf alle Kinder angenommen werden, wohl aber eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von negativen Auswirkungen. Obgleich die Kinder Fähigkeiten entwickeln, sind sie zeitgleich Belastungen ausgesetzt, die sich in externalisierten, internalisierten bis hin zu psychopathologischen Symptomen zeigen.

3.8 Wünsche und Bedürfnisse

Bevor auf die von Young Carers geäußerten Wünsche und Bedürfnisse eingegangen wird, erfolgt vorab eine theoretische Einordnung des Bedürfnisbegriffs. Die beiden vorgestellten theoretischen Rahmenmodelle dienen als Grundlage dieser Forschungsarbeit, insbesondere für die in Kapitel 7 gewonnenen Ergebnisse aus der Bedürfnisanalyse mit Kindern.

3.8.1 Theoretische Einordnung

Die Diskussion um menschliche Bedürfnisse ist gekennzeichnet von Definitionsdifferenzen und begrifflichen Unklarheiten. Die Abgrenzung des Begriffes *Bedürfnis* ist nur unscharf getrennt zu Begrifflichkeiten aus der Motivationsforschung, wie Trieb, Wunsch, Motiv, Antrieb oder Instinkt (Mägdefrau, 2006). Im deutschen Duden wird die Bedeutung des Wortes *das Bedürfnis* mit dem Wunsch, dem Verlangen nach etwas und dem Gefühl, jemanden oder einer Sache zu bedürfen, definiert. Hondrich (1975, S.27) beschreibt das Bedürfnis als „*ein Gefühl des Mangels, verbunden mit dem Bestreben, ihn zu beseitigen*“.

Aufgrund der Summe an Bedürfnistheorien wird sich in dieser Arbeit auf die beiden einflussreichen Forscher der Motivations- und Persönlichkeitsforschung bezogen, die für die Inhalte dieser Arbeit und für die theoretischen Annahmen am plausibelsten erscheinen: die theoretische Einordnung des Bedürfnisbegriffes nach Abraham Maslow und Seymour Epstein (Tabelle 9).

Tabelle 9: Grundbedürfnisse im Vergleich von Maslow (2008) und Epstein (2003).

Maslow'schen Motivationsforschung	Epstein'sche Persönlichkeitstheorie
Physiologisches Bedürfnis	
Sicherheitsbedürfnis	Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit	Bindungsbedürfnis
Bedürfnis nach Achtung	Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
Bedürfnis nach Selbstverwirklichung	Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Ausgewählte Bedürfniskategorien, die sich auch in den Bedürfnissen der Zielgruppe wiederfinden, werden nachfolgend näher beschrieben.

Maslow (2008) versuchte bereits Anfang der 80er Jahre Bedürfnisse zu klassifizieren und in eine hierarchische Ordnung zu bringen. Die sogenannte Bedürfnispyramide stellt das Inhaltsmodell der Motivation dar. Sie erklärt, nach welchen Gesetzmäßigkeiten sich bestimmte Motive verhalten. Mit dem Ziel, eine positive Theorie der Motivation zu formulieren, postuliert der Forscher fünf Grundbedürfnisse, die sich in einer (flexiblen) Hierarchie der Wichtigkeit anordnen. Nach einem gewissen Grad der Befriedigung eines niedrigeren Bedürfnisses wird das nächst höhere Bedürfnis hervorgerufen.

- Das Sicherheitsbedürfnis kann den Körper in seiner Gesamtheit dominieren. Insbesondere bei Kindern treten Sicherheitsbedürfnisse sehr ausgeprägt und offensichtlich auf. Sie zeigen sich z.B. in der Suche nach Stabilität, Geborgenheit, Angstfreiheit, Bedürfnis nach Struktur, Ordnung, Gesetz, Grenzen und Schutzkraft. Eine Erkrankung oder Schmerzen können die Weltanschauung eines Kindes verändern. In einer Phase des Schmerzes fängt die stabile Welt plötzlich an zu schwanken. Ein krankes Kind sucht daher Schutz.
- Das Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit kann auftreten, wenn die Sicherheitsbedürfnisse zufriedengestellt sind. Es werden Einsamkeit, Zurückweisung oder Isolierung besonders stark empfunden. Der Wunsch nach liebevollen Beziehungen, einem Partner und einem Platz in der Gruppe oder der Familie ist ausgeprägt. Auch wenn es zu diesem Bedürfnis nur wenig wissenschaftliche Literatur gibt, bezieht sich Maslow (2008) auf die ganz ursprüngliche und animalische Neigung zur Herde und Meute.

- Das Bedürfnis nach Achtung haben Menschen besonders ausgeprägt. Sie wünschen sich eine hohe Wertschätzung ihrer eigenen Person sowohl von anderen als auch von sich selbst. Unterschieden werden 1.) das Bedürfnis nach Stärke, Leistung, Kompetenz, Vertrauen und Unabhängigkeit sowie 2.) das Bedürfnis nach einem guten Ruf oder Prestige, nach Status, Ruhm und Dominanz, die Hochachtung und der Respekt von anderen. Dessen Befriedigung führt zu Gefühlen des Selbstvertrauens, der Stärke und dem Gefühl, nützlich und notwendig zu sein.

Die Voraussetzung für die Befriedigung der Bedürfnisse ist die Möglichkeit, an Informationen zu gelangen, Meinungsfreiheit, Gerechtigkeit, Ehrlichkeit und Fairness. Neben den genannten Grundbedürfnissen erwähnt Maslow (2008) neben Weiteren noch das Verlangen nach Wissen und Verstehen, was die Aufgabe hat, die Grundbedürfnisse zu befriedigen. Eine Bedrohung der Grundbedürfnisse und die Nichtbefriedigung kann eine Frustration auslösen und laut Maslow (2008) zu psychopathologischen Folgen führen.

Das Bedürfnismodell von Epstein (2003) hat seinen Ursprung in der integrativen Persönlichkeitstheorie und beruft sich in seiner Auswahl der vier Grundbedürfnisse auf bekannte Forscher wie Freud, Rogers, Bowlby, Kelly, Allport und andere, die jeweils eines der Grundbedürfnisse für das Wichtigste halten. Im Unterschied dazu nimmt die *Epstein'sche Persönlichkeitstheorie* alle vier Grundbedürfnisse als gleichberechtigt an. Grawe (2000) modifizierte Epsteins Modell geringfügig, indem er das Konsistenzprinzip hinzufügte und benennt Epsteins Konzeption als am besten geeignetste für die Psychopathologie. Grawe (2000, S.383) sieht die menschlichen Grundbedürfnisse als „*obersten Sollwert der psychischen Aktivität*“. Sie sind sozusagen die Standards, an denen sich die gesamte psychische Aktivität ausrichtet. Epstein (2003) nimmt vier Grundbedürfnisse an (s.o.), die zunächst willkürlich ausgewählt scheinen, sich jedoch von Grawe (2000) aus dem empirischen Forschungsstand begründen lassen. Es wird nachfolgend auf zwei ausgewählte Bedürfniskategorien Bezug genommen

- Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle ist laut Epstein (2003) das grundlegendste Bedürfnis. Im Laufe des Lebens wird eine Grundüberzeugung über den Sinn des Lebens entwickelt, ob es sich lohnt sich einzusetzen und zu engagieren, ob Kontrollmöglichkeiten und Vorsehbarkeit bestehen. Positive Kontrollerfahrungen führen zu positiven Kontrollüberzeugungen oder zu positiven Selbstwirksamkeitserwartungen. Das Verstehen ist dabei eine Grundvoraussetzung für eine wirksame Handlungskontrolle. So geht es z.B. um ‚Heilen durch Verstehen‘ oder das Gefühl des Verstehens.

- Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung strebt nach der Herbeiführung erfreulicher, lustvoller Erfahrungen und möchte unangenehme, schmerzhaft Erfahrungen vermeiden. Das Ziel ist eine möglichst hohe Lust/Unlust-Bilanz. Die Behavioristen haben mit der Verstärkung und der Bestrafung dieses Bedürfnis zu einem der wichtigsten Regulationsprinzipien gemacht, womit sie auch mit Freud übereinstimmen.

Obwohl sich die Grundbedürfnisse beider Modelle stark ähneln, führen beide jeweils ergänzende Bedürfnisse an, die von dem anderen Forscher außer Acht gelassen werden. Alle genannten Bedürfnisse beider Modelle sind für das Verstehen der Wünsche von Young Carers sowie für die Entwicklung eines Projektes im Rahmen der Studie wichtig. Sie bieten eine Orientierung für Bedürfnisse von Individuen, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Es ist zu beachten, dass die Modelle nicht speziell für kindliche Bedürfnisse konzipiert wurden.

3.8.2 Wünsche und Bedürfnisse der Young Carers

Ein Großteil der Forschungslage zu Wünschen und Bedürfnissen von Young Carers stammt aus Großbritannien sowie dem anglo-amerikanischen Raum (Clarkson et al., 2006; Fives et al., 2010; Frank, 1995; Frank & Slatcher, 2009; McAndrew et al., 2012). Im deutschen Sprachraum beschäftigte sich Metzging (2007) mit der Identifikation von Bedürfnissen der Kinder im Rahmen ihrer Forschungsarbeit zu pflegenden Kindern. Eine Befragung aus Österreich von Nagl-Cupal et al. (2012) liefert aktuelle Erkenntnisse zu den kindlichen Vorstellungen.

Bedürfnis nach Sicherheit: Kinder haben ein natürliches Bedürfnis nach Schutz vor Krankheiten und Gefahren. Sie suchen nach Stabilität, Geborgenheit, Struktur und Ordnung. Vor allem bei Metzgings (2007) Interviews mit pflegenden Kindern wurde der Wunsch nach Normalität und Zusammenhalt in der Familie sehr deutlich. Neben gemeinsamen Aktivitäten wünschen sie sich vor allem Gesundheit, Wohlergehen und das Ausbleiben von Schmerzen für die Familie. Auch Nagl-Cupal et al. (2012) bestätigen, dass über ein Drittel der befragten Kinder Wünsche für die Familie, z.B. Gesundheit, äußert.

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle: Hier geht es darum, Sachverhalte bestmöglich verstehen und kontrollieren zu können. Wie Kinder mit der belastenden häuslichen Situation umgehen, welche Verarbeitungsstrategien sie nutzen, wurde bereits in Kapitel 3.6.3 dargestellt. Es wurde deutlich, dass Kinder zwar vermehrt passiv-vermeidende Strategien ver-

wenden, jedoch auch günstige, problemorientierte Strategien, wie die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, Situationskontrolle sowie positive Selbstinstruktion anwenden. Für die Verstehbarkeit sowie die Kontrollierbarkeit einer Situation spielen die Bewertung von Situationen, eigene Ressourcen und verfügbare Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 3.5 und 3.6).

Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit: Das Bedürfnis nach liebevoller Nähe und Beziehungen bezieht sich sowohl auf die Eltern als auch auf einen Platz in der Gruppe von Gleichaltrigen. Es gibt Belege, dass dieses Bedürfnis bei Kindern kranker Eltern nicht befriedigt ist. Sie wünschen sich vermehrt gemeinsame Zeit mit dem erkrankten Elternteil und Aufmerksamkeit (Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012; Stavenow, 2001). Bei Fives et al. (2010) wünschen sich Young Carers mehr Zeit für Freizeit und Freunde.

Bedürfnis nach Achtung: Dieses Bedürfnis konnte kaum in Studien mit der Zielgruppe identifiziert werden. Zwar geben Kinder einen Wunsch nach Aufmerksamkeit und Anerkennung an, allerdings nur zu einem sehr geringen Anteil (McAndrew et al., 2012; Nagl-Cupal et al., 2012). Nach Maslow (2008) ist dieses Bedürfnis bei Menschen besonders stark ausgeprägt. Sie wünschen sich die Wertschätzung ihrer eigenen Person und möchten geschätzt werden.

Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung: Es geht um das Herbeiführen lustbringender, schöner Situationen sowie um die Vermeidung negativer Situationen. Materielle Wünsche der Kinder zeigen sich in ihrem Wunsch nach finanzieller Unterstützung für die familiär belastete Situation (Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012). Es werden sowohl kostspielige Therapien, Umbau- und Anbaumaßnahmen für ein barrierefreies Wohnen, aber auch kostenpflichtige Unterstützung für die Betreuung der Kinder benannt (Lenz, 2005). Konkrete Unterstützungsforderungen der Kinder sind vielfach belegt und verdeutlichen den besonderen Bedarf der Zielgruppe (Frank & Slatcher, 2009; Lenz, 2005; McAndrew et al., 2012; Sollberger et al., 2008). Vereinzelt werden konkrete Wünsche zur pflegerischen Unterstützung und Anleitung benannt (Metzing, 2007; Nagl-Cupal et al., 2012). Dem Wunsch ‚Kind sein zu dürfen‘ und ‚spielen zu dürfen‘ kommt in Anbetracht der verantwortungsvollen Belastungen der Kinder eine besondere Rolle zu. Die Kinder wünschen sich insbesondere mehr Zeit zum Spielen mit Freunden und Freizeit (Fives et al., 2010; McAndrew et al., 2012) sowie einen Raum für die persönliche Entwicklung und Entfaltung (Frank, 1995).

Bedürfnis nach Verlangen nach Wissen und Verstehen: Der Wunsch nach Aufklärung und Verstehen der familiären Erkrankung kann von jüngeren Kindern selbst nur bedingt wahrgenommen werden. Lenz (2005) gibt zu bedenken, dass es bei der vielfach geforderten Krankheitsaufklärung nicht ausschließlich um Sachinformationen, sondern auch um die emo-

tionale Auseinandersetzung mit der familiären Erkrankung geht. Der Forscher belegt einen geringen Informationsgrad der Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern. Fachleute fordern auf Grundlage empirischer Befragungen einheitlich eine kindgerechte Information der Erkrankung (Frank & Slatcher, 2009; Nagl-Cupal et al., 2012) sowie eine Transparenz über Angebote und Dienstleistungen (Fives et al., 2010). Kinder selbst äußern eher ein Bedürfnis nach Austausch und Kommunikation. Es geht ihnen darum ‚gehört und verstanden zu werden‘ und um die Bearbeitung von Belastungen (McAndrew et al., 2012). Der Wunsch eines Gesprächspartners, mit dem sie sich über die schambelastete Situation austauschen können, variiert von professioneller Unterstützung (Metzing, 2007) bis hin zu gleichaltrigen Betroffenen (Frank, 1995; Metzing, 2007) oder der Familie (Clarkson et al., 2006).

Insgesamt können trotz lückenhafter Forschungslage charakteristische Bedürfnisse für Young Carers identifiziert werden. Aufgrund der Bedürfnisforschung zu pflegenden Kindern und Young Carers können in Kasten 1 die Wünsche der Kinder zusammengetragen werden, die eine Grundlage für Unterstützungsmaßnahmen dieser Zielgruppe liefern.

Bedürfniskategorie	Bedürfnisse der Young Carers
Wissen und Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsaufklärung • Austausch und Kommunikation
Lustgewinnung und Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Unterstützung • Konkrete Unterstützung • Pflegerische Anleitung
Bedürfnis nach Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit • Anerkennung
Liebe und Zugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Zeit mit dem erkranktem Elternteil • Zeit für Freizeit & Freunde
Sicherheitsbedürfnis Orientierung und Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Normalität und Gesundheit für die Familie • Verarbeitungsstrategien

Kasten 1: Bedürfnisse von Young Carers.

Eine frühzeitige Unterstützung für diese Zielgruppe unter Berücksichtigung der genannten Faktoren, insbesondere der Schutzfaktoren und Bedürfnisse der Kinder, sollte zwingend einen Schwerpunkt in der präventiven Arbeit darstellen. Genau dies setzt die Aufmerksamkeit von Fachpersonal und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit voraus. Nur ein sensibler Blick auf die Problemlage kann zu einer adäquaten Unterstützung führen. Entsprechende Konsequenzen für die Prävention sind naheliegend und zwingend.

4 Präventions- und Unterstützungsangebote für Young Carers

Nach vorangegangener Darstellung lässt sich der Bedarf einer frühzeitigen Unterstützung für Kinder kranker Eltern nicht mehr in Frage stellen. Was bedeutet Prävention für diese Zielgruppe und in welchem Zusammenhang steht die Gesundheitsförderung dazu? In diesem Kapitel werden die Begrifflichkeiten geklärt, Präventionsansätze für Kinder aufgelistet und auf Besonderheiten für Angebote an Kinder kranker Eltern eingegangen. Es werden ausgewählte Ansätze für die Prävention vorgestellt und abschließend ein kurzer Überblick über die aktuelle Situation von Präventions- und Hilfsangeboten für die Zielgruppe gegeben.

4.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention mit Young Carers

In diesem Kapitel geht es um eine theoretische Einordnung der Begrifflichkeiten sowie um konkrete Ansätze für die Präventionsarbeit mit der Zielgruppe. Zudem werden Grundlagen, Ziele und inhaltliche Themen, die bei der Konzeptionierung von Angeboten bedacht werden müssen, vorgestellt.

4.1.1 Begriffsbestimmung der Gesundheitsförderung und Prävention

Noch immer werden die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention synonym verwendet, obwohl sie auf unterschiedliche Strategien zurückzuführen sind. Der Ursprung der Gesundheitsförderung liegt im Konzept der Salutogenese, wohingegen die Prävention aus der Pathogenese stammt.

Das Schlüsselkonzept der **Gesundheitsförderung** bildet das salutogenetische Modell nach Aaron Antonovsky (1997) mit dem Ziel der Stärkung und Erhaltung von Ressourcen für die Gesundheit. In der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der World Health Organization (WHO) wird Gesundheitsförderung als Prozess definiert, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (WHO, 1986). Die Idee bzw. das Konzept der Gesundheitsförderung setzt sowohl bei der Stärkung der persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten sowie auf der gesellschaftlichen Ebene an. Kernstrategien sind neben Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Empowerment, ebenso Interventionen des direkten Lebensumfeldes. Es wird diskutiert, dass sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht ausschließlich auf den Gesundheitsbereich beschränken lassen, sondern weit mehr Akteure beteiligt. Gesundheitsförderung wird demnach als eine „*intersektorale Aufgabe*“ verstanden (Kolip & Altgeld, 2007,

S.43). Neben den drei Grundprinzipien ‚Interesse vertreten‘ und ‚Befähigen und Ermöglichen‘ lautet das dritte Handlungsprinzip der Gesundheitsförderung ‚Vermitteln und Vernetzen‘ (Waller, 2002).

Die **Prävention** hingegen kommt aus der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts und begründet ihre Herkunft mit krankheitsorientierten Risikomodellen. Das Ziel ist die Vermeidung bzw. das Zuvorkommen von Risikofaktoren oder Krankheiten (Waller, 2002). Eine gezielte Prävention setzt ein Grundwissen über die Entstehung einer Erkrankung voraus, was bei mehreren Einflussfaktoren eine Herausforderung darstellt. Daher richtet sich das Konzept der Prävention an allgemeine Risikofaktoren oder riskante Verhaltensweisen, wie Alkoholmissbrauch, Rauchen oder Stressbewältigung (Leppin, 2007). Präventionsstrategien unterscheiden sich darin, bei wem sie intervenieren. So wird zwischen universellen im Gegensatz zu zielgruppenspezifischen, den indizierten und selektiven, Präventionsstrategien unterschieden. Bei universellen Präventionsstrategien wird die Gesamtbevölkerung möglichst flächendeckend angesprochen. Indizierte und selektive Strategien beziehen sich auf einen Risikostatus, sozioökonomische Merkmale oder andere Auswahlmerkmale einer bestimmten Zielgruppe. Bei selektiver Prävention wird eine ausgewählte Personengruppe angesprochen, die noch nicht erkrankt ist. Bei indizierter Prävention handelt es sich um Personengruppen, die bereits Vorstufen von Erkrankungen aufweisen. Insgesamt lassen sich diese Hochrisikostategien leichter auf eine ausgewählte Zielgruppen zuschneiden, da diese homogener sind und somit auch die Kosten-Effektivität höher ist (Leppin, 2007). Eine weitere Kategorisierung bezieht sich auf Verhaltens- und Verhältnisprävention. Ersteres meint die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten, wie Stressabbau. Zweites meint die Veränderung von krankmachenden Verhältnissen, die durch politische und staatliche Maßnahmen und Gesetze verändert werden können, wie ein gesetzliches Rauchverbot an öffentlichen Plätzen (Waller, 2002).

4.1.2 Präventionsansätze in der Arbeit mit Kindern

Es gibt viele unterschiedliche Ansätze der Prävention, die sich je nach Fachrichtung, regionaler und fachlicher Möglichkeiten sowie je nach Bedürfnissen der Zielgruppe durchsetzen. Es lassen sich grob drei Ebenen der präventiven Ansätze klassifizieren: Die Ebene der Kinder, der Eltern sowie die Ebene des gesamten Familiensystems (Lenz, 2008; Romer, 2007; Wiegand-Grefe et al., 2009b).

Die **Kindzentrierte Prävention** meint die Einzel- oder Gruppenarbeit mit einem Kind. Bei der Einzelfallarbeit ist das Ziel dem Kind Verhaltensweisen und Haltungen zu vermitteln, um den Alltag leichter zu bewältigen, Veränderungen bei dem Kind zu erreichen und Lösungswege

zu finden. Die Einzelberatung ermöglicht einen geschützten Rahmen, um über Probleme und Sorgen zu sprechen. Meist handelt es sich um sozialpädagogische Hilfen oder therapeutische Verfahren (Klein, 2005). Ehrenfried, Heinzlmann, Kähni und Mayer (2001) bewerten Einzelfallarbeit jedoch als kontraproduktiv, da Kinder im Austausch und in Interaktion miteinander in ihren Sozialisationserfahrungen angeregt werden. Die Gruppenarbeit bietet zudem einen Schutzraum, in dem die Möglichkeit für selbstbestimmtes Handeln und eine freie Ausgestaltung ihrer Wünsche und Spielideen gegeben wird (Ehrenfried & Mayer, 2001). Zudem ermöglicht das Setting, dass auch negative Gefühle ausgelebt werden dürfen (Lenz, 2008). Das Gefühl der Zugehörigkeit, ein Raum für freies Spielen und Austausch sind Vorzüge dieses Ansatzes für die Arbeit mit Kindern (mehr zu Gruppenarbeit vgl. Kapitel 4.2.4). Neben der pädagogischen Gruppenarbeit mit Kindern, gibt es ebenso einzeltherapeutische und gruppentherapeutische Interventionen für Kinder, die im Falle von auffälligen und symptomatischen Kindern angeraten werden (Romer, 2007). Beispiele für die Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern sind die AURYN Gruppen (Lenz, 2005) oder auch das Projekt Trampolin für Kinder suchtkranker Eltern (Bröning et al., 2012a) in Hamburg.

Zu **präventiven Ansätzen auf Elternebene** zählen sowohl die Eltern- und Paarberatung als auch unterstützende Elterngruppen. Die Auseinandersetzung mit Familienthemen, Erziehungsfragen sowie die Stärkung der Elternkompetenzen kommen bei diesem Ansatz auch den Kindern zu Gute. Bei Paarberatungen und -therapie werden Konfliktthemen bearbeitet, bei Elterngruppen geht es eher um den Abbau von Schuldgefühlen und den Austausch sowie um die Stärkung von Elternkompetenzen (Lenz, 2008). Es gibt bereits etablierte, manualisierte Trainings für Eltern, die sich in ihrer Zielsetzung nur geringfügig unterscheiden. Das Projekt STEP Duo ist eine adaptierte Variante des Elterntrainings STEP und bietet den kranken Eltern Unterstützung sowie die Stärkung eigener Fähigkeiten. Christiansen, Matzejat und Röhrle (2011) stellen in ihrer Metaanalyse zu Interventionen für Kindern psychisch kranker Eltern einige Programme vor, die u.a. reine Elterntrainings sind und eine besonders hohe Wirksamkeit bei der Auswirkung auf die Kinder zeigen, z.B. die unterstützende Elterngruppe ‚Relational Psychotherapie Mothers‘ Group (PRMG)‘ sowie verhaltenstherapeutische Paar- und Psychotherapie ‚Learning Sobriety Together (LST)‘.

Der präventive Ansatz auf Familienebene soll dem gesamten Familiensystem Rechnung tragen, indem nicht die Probleme eines Einzelnen isoliert, sondern die wechselseitigen Beziehungen betrachtet werden. Sowohl Familienberatung, Familientherapie oder auch die Familienhilfe sind Möglichkeiten der Prävention auf Familienebene. Je nach Facheinrichtung können Kinder in die Therapie ihrer kranken Eltern einbezogen werden oder aber die Ausweitung eines Angebotes für Kinder auf Elternebene ist möglich. Häufig gefordert, jedoch noch selten umgesetzt, werden Präventionsprojekte, die von vornerein ihren Schwerpunkt

auf die gesamte Familie legen. Das Präventionsprojekt CHIMPS für Familien mit psychisch kranken Eltern ist so ein Projekt, in dem Sprechstunden im Einzel-, aber auch im Familiensetting angeboten werden (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011; Wiegand-Greife et al., 2009b). Auch für die Zielgruppe von Familien mit behinderten Eltern erweisen sich Projekte auf Familienbasis als praxistauglicher, um die Kinder nicht aus der Familie nehmen zu müssen und dennoch Eltern in ihren Kompetenzen zu stärken (Prangenberg, 2002). Auch für Kinder aus suchtblasteten Kontexten wird ein systemischer Ansatz als erfolgversprechend diskutiert. Der Suchtmittelkonsum eines Elternteils ist demnach der Versuch ein Problem zu vermeiden und steht als Symbol für andere Probleme. Diese können im Rahmen einer Familientherapie im Kontext der gesamten Familie bearbeitet werden (Ehrenfried et al., 2001).

Weitere Ansätze in der Prävention mit Kindern sind Selbsthilfegruppen, Kinder- und Jugendseminare, Therapieverfahren sowie internetbasierte Beratungsangebote. Eine Auflistung mit Internetseiten zur Unterstützung für Kinder kranker Eltern befindet sich im Anhang K) Informationsmaterial für Kinder.

4.1.3 Besonderheiten der Präventionsarbeit mit Young Carers

Eine Grundlage bei der Arbeit mit Kindern kranker Eltern besteht in der Enttabuisierung der familiären Erkrankung sowie im Abbau von Stigmatisierung. Insbesondere psychische und Suchterkrankungen von Eltern lösen Schamgefühle bei Kindern aus, was das Sprechen darüber stark erschwert. Eine wichtige Grundlage für die Arbeit mit Kindern und ihren Familien ist daher der Abbau von Stigmatisierungsprozessen sowohl bei betroffenen Familien als auch in Facheinrichtungen und in der Bevölkerung (Ehrenfried et al., 2001; Metzging, 2007). Eine nicht weniger wichtige Grundlage stellt die Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen sowie die Vernetzung bestehender Angebote dar (vgl. Kapitel 4.2.1).

Der erste Schritt für eine Zusammenarbeit mit Familien ist die Vertrauensbildung. Die Kontaktaufnahme stellt einen entscheidenden Faktor für den Erfolg der weiteren Arbeit dar. Empathie und Vertrauensbildung sollten demnach die Grundpfeiler für Fachkräfte, die mit Kindern und Familien arbeiten, symbolisieren (Metzging-Blau, große Schlarman & Schnepf, 2009). Ein wichtiges Ziel der Arbeit mit den Familien ist die Stärkung von inner- und außerfamiliären Beziehungen. In Kapitel 3.5 wurde im Rahmen der Schutzfaktoren der Kinder bereits auf die hohe Bedeutung von sozialen Beziehungen eingegangen. Insbesondere in belasteten Familienkontexten und einem erkrankten Elternteil spielen stabile, außerfamiliäre Beziehungen eine wichtige Rolle für die gesundheitsförderliche Entwicklung der Kinder. In wissenschaftlichen Befragungen zu Wünschen der Kinder sowie in Praxisprojekten wurde

wiederholt darauf aufmerksam gemacht, wie hoch das Bedürfnis der Kinder nach Austausch und Informationen ist (Frank & Slatcher, 2009; Lenz, 2005; Metzging, 2007). Ein wichtiges Ziel ist daher die altersgerechte Vermittlung von Informationen der familiären Erkrankung sowie die Möglichkeit, dass sich Kinder mit Gleichaltrigen oder Fachkräften darüber austauschen können (vgl. Kapitel 4.2.2; Metzging, 2007; Staets, 2008). Entsprechend eines ressourcenorientierten Ansatzes sollten Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt werden, so sollten sie in Selbstständigkeit, Selbstwertgefühl und in ihrem sozialen Verhalten gefördert werden. Neben der Stärkung von Kontrollüberzeugung und Handlungsfähigkeit bieten geeignete Werte und Normen den Kindern wichtige Orientierungshilfen für die zukünftige Entwicklung (Ehrenfried et al., 2001; Staets, 2008). Die Unterstützung alltäglicher Probleme sowie kritischer Lebenssituationen gehören ebenfalls zu den Zielen präventiver Arbeit mit Young Carers. Ein Notfallplan oder konkrete Handlungsfertigkeiten spielen vor allem bei episodischen oder unkontrollierbaren Erkrankungen eine wichtige Rolle (Riedesser & Schulte-Markwort, 1999).

Eine Besonderheit in der Arbeit mit Young Carers ist die Isolation sowie das Leben der Familien ‚im Verborgenen‘. Die Kinder scheuen die Öffentlichkeit aus Angst vor negativen Konsequenzen für sich und die Familie. Sie nehmen sich selbst nicht als pflegende Kinder oder Young Carers wahr (Frank & Slatcher, 2009; Nagl-Cupal et al., 2012). Kinder behinderter oder suchtkranker Eltern haben häufig schlechte Erfahrungen mit dem Jugendamt gemacht (Pforr, 2008). Aus Loyalität und Angst vor einer Trennung der Familie verhalten sie sich ruhig, unauffällig und isolieren sich zunehmend. Diese Tatsache stellt Anbieter von Präventionsangeboten vor eine Herausforderung. Wie können Familien erreicht werden, die nicht entdeckt werden wollen? Fives et al. (2010) führen neue Wege der Rekrutierung von Young Carers an, die bei der Initiierung von Präventionsangeboten bedacht werden sollten. Ein wichtiger Punkt ist die bereits genannte Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung für die Merkmale der Young Carers. Gezielte Informationskampagnen in Schulen und Einrichtungen soll die Aufmerksamkeit von Fachleuten erhöhen, eine proaktive Identifizierung und damit Unterstützung der Kinder gewährleisten. Bei Präventionsangeboten für die Zielgruppe ist ferner zu beachten, dass Geduld, Zeit und Durchhaltevermögen aufgebracht werden müssen, bis sich ein Angebot etabliert und Betroffene den Nutzen erkennen, um Hilfe anzunehmen (große Schlarmann, Metzging, Schoppmann & Schnepf, 2011b).

Unabhängig vom Ansatz des Projektes, ob es sich an die ganze Familie oder an die Kinder richtet, gilt es, sich an Projektstandards zu orientieren, die in Fachliteratur vielfach publiziert werden. Forscher und Autoren sind sich über die Langfristigkeit, Nachhaltigkeit und Regelmäßigkeit einer Präventionsmaßnahme für Kinder kranker Eltern einig (Klein, 2005; Metzging-Blau et al., 2009). Für die Bewertung der Nachhaltigkeit ist eine Evaluation unverzichtbar

(Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Die Finanzierung sollte klar geregelt und wenn möglich, langfristig gesichert sein. Eine Meta-Studie von Arenz-Greiving und Kober (2007) zeigt jedoch, dass in der Realität die wenigsten Präventionsprojekte eine gesicherte Finanzierung vorweisen, sondern auf Drittmittel und Spenden angewiesen sind. Eine nachhaltige Finanzierung für ein Projekt ist von größter Bedeutung, da sich eine sichere Struktur und das Vertrauen nicht nur in der Verlässlichkeit der Projektleiter, sondern auch in einem fortlaufenden Angebot widerspiegeln sollten. Neben der Finanzierung sollten zudem die Organisation, die Mitarbeiter und ihre Qualifikation, ein fundiertes Konzept und definierte Ziele des Projektes klar vorhanden sein (Staets, 2008). Neben einer hinreichenden fachlichen Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeiter, sind außerdem Fähigkeiten wie Empathie, Kreativität und auch Mut gefragt. Zudem werden häufig sowohl männliche als auch weibliche Fachkräfte für ein Angebot mit Kindern und Familien empfohlen, um je nach Bedürfnislage der Zielgruppe eine optimale Ansprache zu ermöglichen (Ehrenfried & Mayer, 2001; Metzting-Blau et al., 2009). Zuletzt sind geeignete Räumlichkeiten für die Arbeit mit Kindern wichtig, um ihnen sowohl einen geschützten Raum, als auch ausreichend Platz zum Spielen, Toben und künstlerischem Gestalten zu bieten. Die Rücksichtnahme auf die Behinderung oder Erkrankung der Eltern sollte sich in leicht zugänglichen und behindertengerechten Räumlichkeiten bemerkbar machen (Metzting-Blau et al., 2009; Staets, 2008).

Jenny Frank und ihre Mitarbeiter (2002 und 2008) haben Manuale entwickelt, die beim Aufbau eines Projektes für Young Carers unterstützen. Sie bringen die wichtigsten Punkte in sechs Schlüsselprinzipien zum Ausdruck (Kasten 2). Zudem benennen sie ausführliche Leitlinien für die Koordination eines Projektes (Frank, 1995) bis hin zu konkreten Handlungstipps für die praktische Umsetzung und den Beginn eines Unterstützungsangebotes (Frank, 2002).

Schlüsselemente für die Arbeit mit Young Carers

1. Das Wohlergehen der Young Carers
2. Schlüssel der Veränderung ist der Familienansatz
3. Young Carers sind Experten ihrer Situation & sollten informiert und einbezogen werden
4. Young Carers haben das gleiche Recht auf Bildungs- und Berufswahl wie Gleichaltrige
5. Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit für Young Carers. Evaluation & Dokumentation
6. Lokale Projekte sollten verfügbar, qualitativ hochwertig und abgesichert sein

Kasten 2: Schlüsselemente für die Arbeit mit Young Carers (Frank & McLarnon, 2008, S.43-76).

4.2 Ausgewählte konzeptionelle Ansätze

In diesem Kapitel sollen ausgewählte Ansätze der Präventionsarbeit erläutert werden. In der Fachliteratur werden besonders häufig die Aspekte der Netzwerk- und Kooperationsarbeit sowie Kommunikation und Informationsvermittlung betont. Ferner wird dem Training von Bewältigungskompetenzen, meist im Rahmen von Gruppenangeboten, eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Die Hintergründe dieser Ansätze werden aufgrund ihrer Relevanz für das hiesige Präventionskonzept (vgl. Kapitel 8 und 9) im Folgenden dargelegt.

4.2.1 Netzwerk- und Kooperationsarbeit

Damit Prävention gelingen kann, müssen die Kinder von kranken Eltern zunächst in den verschiedenen Einrichtungen des Sozialsystems, der Kinder- und Jugendhilfe sowie im Gesundheits- und pädagogischen Sektor wahrgenommen werden. Der Aufbau von Vernetzungsstrukturen zwischen den Hilfesystemen ist somit ein integraler Bestandteil eines jeden Angebotes für die Zielgruppe (Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2011). In dem Manual von Frank (2002) wird die Bewusstseinsbildung bei Einrichtungen als ein Schlüsselement für wirksame Prävention aufgeführt. Es geht sowohl um die Sensibilisierung von Bedürfnissen, Zuständigkeiten und verfügbaren Unterstützungspotentialen zuständiger Stellen, als auch um die Aufmerksamkeitsförderung der Kinder bei betroffenen Familien selbst. Es wird zwar in zahlreichen Studien eine funktionale Zusammenarbeit und Vernetzung gefordert (Metzing, 2007; Pott et al., 2005; Vidal et al., 2012), in der Praxis fehlen jedoch sowohl finanzielle Anreize als auch zeitliche Ressourcen für den Aufbau von Netzwerken sowie das Verständnis für anders arbeitende Berufsgruppen (He et al., 2013; McAndrew et al., 2012; Naidoo & Wills, 2003). Lenz (2005) führte im Rahmen eines Forschungsprojektes zur konkreten Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen Experteninterviews mit Fachkräften der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie. Es zeigte sich auf beiden Seiten eine ambivalente Haltung, die trotz eines hohen Stellenwertes für Kooperation, die eigentliche Notwendigkeit sowie zeitliche Ressourcen bemängelten. Zudem wurden der jeweils anderen Berufsgruppe Vorurteile entgegengebracht, wie die Absprache der Erziehungsfähigkeit kranker Eltern vom Jugendamt oder die Instrumentalisierung der Kinder seitens der Erwachsenenpsychiatrie (Lenz, 2005). Vorteile von Netzwerken sind demnach die Nutzung von Synergieeffekten, ein verbesserter Austausch von Informationen, die Erweiterung des Blickwinkels, verbesserte Nutzung von Ressourcen, aufeinander abgestimmte Versorgungsstrukturen sowie die Nutzung der Kompetenz aller Beteiligten (Clarkson et al., 2006; Sting & Blum, 2003). Es zeigt sich somit, dass neben der in der Literatur gewünschten und positiv konnotierten Forderung nach Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bereiche, die praktische Umsetzung

an institutionelle Grenzen gelangt (He et al., 2013; Lenz, 2005). Zusammenfassend lassen sich in Kasten 3 vier Funktionen für Prävention im Rahmen von Netzwerk- und Kooperationsarbeit identifizieren.

Funktionen von Netzwerk und Kooperation

1. Sensibilisierung von betroffenen Kindern und Familien
2. Aufmerksamkeitsförderung bei Fachkräften, die mit Familien und Kindern arbeiten sowie der Wahrnehmung der Kinder als Young Carers
3. Identifizierung von bestehendem Unterstützungspotential im Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe
4. Aufbau von Netzwerk- und Kooperationsstrukturen für eine nachhaltige Unterstützung der Zielgruppe

Kasten 3: Funktionen von Netzwerk und Kooperation.

4.2.2 Kommunikation und Informationsvermittlung

In Franks (2002) Leitlinien zur Praxisumsetzung kommt der Beratung, Informationsvermittlung und der Einbeziehung von Young Carers in der Entwicklung von Projekten eine hohe Bedeutung zu. Es geht sowohl um die Beratung zur familiären Erkrankung, alltäglicher Probleme der Kinder sowie der Befähigung zur Entscheidungsfindung, um die Kinder in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Handlungsfähigkeit zu fördern. Es geht sowohl um einen Austausch in der Gruppe als auch mit Fachpersonal, mit dem Ziel, den Kindern zu vermitteln, dass sie gehört werden, sich verstanden und weniger isoliert fühlen (Frank, 2002). Auch in deutschen Unterstützungsprojekten gehört die Kommunikation und Informationsvermittlung zu der elterlicher Diagnose, Behandlung und der Umgang mit der Erkrankung fast immer zu einem der Interventionsziele (Metzing, 2007; Paschen et al., 2007; Wiegand Grefe et al., 2013a). In Kapitel 3.8.2 wurde deutlich, dass ein Wunsch der Kinder die Aufklärung über die familiäre Situation ist. Sie möchten Hintergründe, Verhaltensweisen und Veränderungen der Eltern verstehen (Frank & Slatcher, 2009; Nagl-Cupal et al., 2012). Zudem wurde in Kapitel 3.1 beschrieben, dass sich Kinder auch bei ausbleibender Information eigene Erklärungsmodelle bilden, die mitunter dramatischer als die Wahrheit sein können. Es lässt sich daher nicht mehr von der Hand weisen, dass Kindern eine altersgerechte und sensible Aufklärung der familiären Erkrankung zusteht. Aus der Resilienzforschung ist bekannt, dass neben einer stabilen Beziehung und eines sozialen Netzwerkes die kindgerechte Aufklärung einen wichtigen Schutzfaktor darstellt (vgl. Kapitel 3.5). Studien belegen übereinstimmend, dass bei Vorhandensein eines differenzierten Krankheitsverständnisses die Bewältigung der Kinder

verbessert wird (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Pott et al., 2005). Wunderer (2008) gibt konkrete Beispiele, wie Kinder über die psychische Erkrankung unter Berücksichtigung des Alters informiert werden können. Lenz (2005) betont, dass es zwischen der kognitiven Ebene und der emotionalen Informationsvermittlung zu differenzieren gilt. Die kognitive Informationsvermittlung zielt auf Inhalte und Sachverhalte ab. Der Ausgangspunkt hierfür sind vorhandenes Wissen und bestehende Vorstellungen der Krankheit, an denen im Rahmen einer kognitiven Aufklärung angesetzt wird. Es gibt jedoch keinen kognitiven Prozess ohne emotionale Beteiligung. Da jede Information auch Gefühle auslöst, vor allem in Verbindung mit kritischen Lebensereignissen, müssen die Gefühle der Kinder bei einem Gespräch besondere Beachtung finden. Vor allem bei Fragen zur Erkrankung der Eltern haben Sachfragen häufig ein emotionales Anliegen. Psychoedukative Ansätze berücksichtigen neben der kognitiven Sachinformation ebenso die emotionale Ebene der Kommunikation. Die Grundannahme liegt darin, dass Kinder durch Fachinformationen zur besseren Bewältigung ermutigt werden und dadurch eigene Belastungen, Ängste und Schuldgefühle abbauen können (Lenz, 2008). Wichtige Gespräche sollten in einem geeigneten, geschützten Setting von vertrauten Personen (z.B. Freunden, Nachbarn, Eltern oder Experten) mit hohem Einfühlungsvermögen und mit Hilfe von Aufklärungsbroschüren, Ratgebern oder Internetforen durchgeführt werden (Frank, 2002; Lenz, 2005; Wunderer, 2008).

Romer und Haagen (2007) führen aus der Forschung zu Kindern krebserkrankter Eltern acht Gründe an, weshalb sie über die Erkrankung ihres Elternteils informiert werden sollten (Kasten 4):

Gründe, weshalb Kinder über die familiäre Erkrankung informiert werden sollten

1. Kinder bemerken eine veränderte Stimmung in der Familie und bilden sich dazu eigene Erklärungsmodelle, die schlimmer als die Realität sein können.
 2. Ein Kommunikationsverbot signalisiert die Bedrohlichkeit des Themas.
 3. Falsche Informationen von anderen Personen führen zu Verwirrung der Kinder.
 4. Kinder fühlen sich isoliert, ausgeschlossen, wenn niemand mit ihnen spricht.
 5. Kinder können sich falsche Erklärungen zurechtlegen und falsche Schlüsse ziehen
 6. Bei Klarheit in der Familie muss keine zusätzliche Energie zur Verheimlichung aufgewendet werden und es erleichtert die Bewältigung in der Familie.
-

7. Informationsaustausch bedeutet Zusammenhalt und soziale Unterstützung. Es vereinfacht die Bewältigung.

8. Die Einbeziehung der Kinder bestärkt die Kinder in ihren Fähigkeiten, Selbstbewusstsein und Bewältigungsmöglichkeiten.

Kasten 4: Gründe für die Information der Kinder (Romer & Haagen, 2007, S.39).

4.2.3 Stressbewältigungstrainings

In Kapitel 3.6 wurde bereits darauf eingegangen, dass Kinder kranker Eltern neben alltäglichem Stress weiteren belastenden Lebensereignissen ausgesetzt sind. Es zeigte sich, dass die Kinder überwiegend ungünstige, problembezogene Verarbeitungsstrategien nutzen, was die Forderung nach Präventionsmaßnahmen zur Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien verstärkt. Experten fordern einheitlich die Vermittlung geeigneter Verarbeitungsstrategien, damit Kinder von kranken Eltern die familiäre Situation und Belastungen entwicklungsfördernd bearbeiten können (Clarkson et al., 2006; Jungbauer & Lenz, 2008; Pott et al., 2005). Lenz (2010) weist darauf hin, dass die familiäre Belastung als unkontrollierbare Situation am besten durch emotionsregulierende Stressverarbeitung bewältigt werden kann. Für eine effektive Bewältigung ist es jedoch am wichtigsten, über möglichst viele Verarbeitungsstrategien zu verfügen und sich über genutzte Strategien bewusst zu werden. Aufgrund dieser Relevanz werden in diesem Kapitel zwei deutschsprachige Stressbewältigungstrainings vorgestellt, die als Grundlage für den Bewältigungsteil des hiesigen Konzeptes dienen. Die theoretische Grundlage beider Trainings ist das transaktionale Stressmodell nach Lazarus. Die manualisierten, praxistauglichen und evaluierten Programme haben die effektive Verarbeitung von Stresssituationen zum Ziel.

A. Anti-Stress-Training für Kinder (AST) von Hampel und Petermann (2003)

Ziele: Die Ziele des Programms liegen einerseits in der frühzeitigen Erkennung des Stressgeschehens und andererseits in dem Erwerb günstiger Bewältigungsmaßnahmen, wie positiver Selbstinstruktion und Entspannungstechniken. Es soll sowohl kurzfristige psychische Belastungen verringern als auch dazu befähigen, langfristig mit Belastungssituationen besser umzugehen. Konkret zielt das Trainingsprogramm auf die angemessene Verarbeitung von alltäglichen Belastungen sowie von kritischen Lebensereignissen, z.B. eine chronische Erkrankung des Kindes ab (Hampel & Petermann, 2003).

Inhalt: Das Programm richtet sich an Kinder zwischen 7 und 13 Jahren als vorbeugende (primärpräventive) oder therapeutische (sekundär-/ tertiärpräventive) Maßnahme. Es beinhaltet acht Sitzungstermine, die sich über 5 Wochen erstrecken. Eine Elternbeteiligung ist Be-

standteil. Die Sitzungen gliedern sich in eine Informations-, Lern- und eine Anwendungsphase. In der Informationsphase geht es um die Wissensvermittlung, in der das Stressgeschehen sowie die eigene Wahrnehmung von Anforderung und Verarbeitung betrachtet werden. Mit Hilfe des Modells der Stresswaage wird das Stressgeschehen kindgerecht veranschaulicht. In der Lernphase werden Verarbeitungsstrategien kennengelernt und aufgebaut. Dazu gehören Entspannungstechniken, wie Phantasie Reisen, und der Erwerb von günstigen Strategien, wie Selbstinstruktions- und Problemlösefähigkeiten, aber auch die Wahrnehmung genutzter ungünstiger Strategien. In der Anwendungsphase soll ein Transfer in den Alltag ermöglicht werden, mit dem Ziel der Erprobung und Rückfallprävention. Dies geschieht durch Hausaufgaben, Übungen und Rollenspiele. Hampel und Petermann (2003) bieten eine detaillierte, manualisierte Trainingsübersicht, die vorgefertigte Instruktionen, Spielbeschreibungen, Abläufe und Hausaufgaben enthält. Zusätzlich gibt es eine Kurzversion des Trainings von vier Sitzungen, ein primärpräventives Programm für Erstklässler mit vier Sitzungen sowie den Baustein für ein Interventionsprogramm mit zwei ausgearbeiteten Sitzungen, der flexibel nutzbar ist (Hampel & Petermann, 2003).

Evaluation: Eine Evaluation zur Wirksamkeit des Trainings wurde sowohl mit Studien bei Kindern mit körperlichen Beanspruchungssymptomen sowie in weiteren Studien unbelasteter Kinder ohne Elternbeteiligung durchgeführt. Durch die Messung mit dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) und einer persönlichen Einschätzung der Kinder mit Hilfe eines Stimmungsbarometers konnten günstige Ergebnisse des Stresspräventionstrainings erzielt werden. Die Krankheits- und Stressbewältigung der Kinder verbesserte sich unmittelbar und zeigte sich noch nach sechs Wochen nach dem Training. Günstige Stressverarbeitungsstrategien verbesserten sich direkt nach der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant. Insgesamt belegen die Befunde einen positiven Nutzen in primär- und sekundärpräventiver Hinsicht (Hampel & Petermann, 2003; Backhaus, Petermann & Hampel, 2010).

B. Stresspräventionstraining für Kinder von Klein-Heßling und Lohaus (2000)

Ziele: Das Präventionstraining hat die effektive Verarbeitung von akuten Stresssituationen zum Ziel. Dabei geht es neben der Wissensvermittlung zum Entstehungsprozess von Stress, um eine differenzierte Wahrnehmung des Stressgeschehens. Die Kinder werden dazu befähigt, möglichst viele Bewältigungsmöglichkeiten zu erwerben. Ferner soll bei der Durchführung des Programms Spaß am Training angestrebt werden (Klein-Heßling & Lohaus, 2000).

Inhalt: Das Programm richtet sich an Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, die aktuell durch Stress belastet sind oder primärpräventiv von der Intervention profitieren können. Die Trainingsbausteine orientieren sich an den genannten Zielen. In einer Wissensvermittlung wer-

den den Kindern das Stressmodell sowie ihre eigene Stressreaktion anhand des einfachen Modells der Stresswaage näher gebracht. Die Kinder erwerben Verarbeitungsstrategien, wie Entspannung und Ruhepausen, kognitive Umstrukturierung sowie Spielen und Spaß als Ausgleich. Das Programm bietet Trainingseinheiten von fünf Doppelstunden á 90 Minuten, die in einem wöchentlichen Abstand stattfinden sowie begleitende Elternabende. Ähnlich wie das vorab beschriebene Training bietet das Manual praxistaugliche und detaillierte Beschreibungen zu Abläufen, Sitzungen, Spielen und Hausaufgaben. Jede der fünf Sitzungen ist durchgeplant und kann mit Hilfe der Arbeitsmaterialien in der Gruppe umgesetzt werden (Klein-Heßling & Lohaus, 2000).

Evaluation: Es wurden zwei Evaluationsstudien zur Überprüfung des Programms durchgeführt. Nach der ersten Evaluation eines verkürzten Programms von vier Doppelstunden wurde das Manual entsprechend modifiziert. Eine zweite Prä-Post-Follow-Up-Befragung der Eltern und Kinder sowie Sitzungsprotokolle der Kursleiter ergaben folgende Ergebnisse der Evaluation. Insgesamt konnte ein gesteigertes Wissen über die Stressreaktion und Verarbeitungsstrategien erworben werden. Die Stresssituationen wurden von Eltern und Kindern als weniger belastend eingeschätzt und typische Stresssymptome sind seltener geworden. Das Interventionsprogramm hat sich demnach in primär- und sekundärpräventiver Anwendung als wirksam erwiesen (Klein-Heßling, 1997).

Beide Stressbewältigungsprogramme für Kinder bieten durch ihr evaluiertes, detailliertes und strukturiertes Manual wichtige Bausteine für die Präventionsarbeit mit belasteten Kindern. Im Rahmen von chronisch belasteten Kindern hat sich insbesondere das Anti-Stress-Training von Hampel und Petermann (2003) als effektiv erwiesen.

4.2.4 Gruppenarbeit als Präventionsmaßnahme

Frank (2002) bezeichnet im Rahmen ihres Manuals für die Umsetzung von Young Carers-Projekten die Gruppenarbeit als eine besonders wertvolle Ressource, um sich zu treffen, auszutauschen, Probleme zu besprechen und sich gegenseitig fachliche und soziale Unterstützung zu bieten. Neben der Tatsache, dass sich die Kinder mit ihren Problemen und Themen nicht alleine fühlen sowie der Möglichkeit der Beratung, geht es in den Young Carers Gruppen in erster Linie darum, die Verantwortung und Belastung für eine Zeit abzugeben. In der Gruppe können die Kinder für eine gewisse Zeit frei sein, spielen und sich unabhängig von Stress und Druck kindgerechten Aktivitäten widmen. Auch deutsche Projekte für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern unterstützen die Kinder in Form von Gruppenangeboten. Die meisten greifen in ihrem Ansatz auf die Resilienzförderung zurück. Positive

Erlebnisse im Gruppenkontext, soziale Unterstützung, Bewältigung von Problemen und Informationen über die familiäre Erkrankung stehen meist im Vordergrund dieser Maßnahmen (Jordan, 2010). Vor allem bei Kindern suchtkranker Eltern ist die Konfrontation mit gewalttätigem Verhalten ein fester Bestandteil in der Arbeit. Es ist aufgrund dessen die Aufgabe der Gruppenleiter, den Kindern alternative Verhaltensweisen vorzuleben und ihnen effektive Möglichkeiten näher zu bringen. Es geht sowohl um eine kritisch reflektierte Haltung gegenüber der (Sucht-)Erkrankung, als auch um die Informationsvermittlung im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes. Ziele der Gruppenarbeit sind u.a. Entscheidungsfähigkeiten, Selbstachtung, ein positives realistisches Selbstbild und Handlungskompetenzen (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Ehrenfried et al., 2001). Langfristig soll eigenen psychischen oder suchtbedingten Erkrankungen der Kinder durch die Stärkung der Persönlichkeit, Förderung vorhandener Kompetenzen und individueller Fähigkeiten vorgebeugt werden. Ein nicht zu unterschätzender Schwerpunkt der Gruppenarbeit liegt auf dem freien Spielen und Gestalten, so dass das Erlernen sozialer Kompetenzen Freude bereitet. Regeln und Rituale vermitteln ein überschaubares Miteinander und Grenzen (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Klein, 2005; Lenz, 2008; Mattejat & Lisofsky, 2008).

Obwohl die soziale oder therapeutische Gruppenarbeit die am häufigsten genutzte Form der Präventionsarbeit mit der Zielgruppe ist, mangelt es noch an einer einheitlichen Dokumentation und an aussagekräftigen Evaluationen. In der jüngsten Vergangenheit gibt es vereinzelte Evaluationen, wie z.B. die Projekte *SupaKids* oder *Trampolin* (vgl. Kapitel 4.3). Die wenig zur Verfügung stehenden Ergebnisse von Projekten gelangen durchweg zu positiven Ergebnissen (Arenz-Greiving, 2007; Bröning et al., 2012a und 2012b; große Schlarmann et al., 2011b). Dies zeigt sich auch in der Vorstellung ausgewählter Projekte auf Kind- und Familienebene im folgenden Kapitel.

4.3 Aktuelle Situation der Präventions- und Hilfsangebote

Unter präventiven Gesichtspunkten ist es überaus wichtig, betroffenen Kindern möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um einer negativen Entwicklung und somatischen Problemen entgegenzuwirken. Angebote sind hingegen nur punktuell vorhanden und fokussieren sich ausnahmslos auf eine bestimmte Erkrankungsgruppe der Eltern. Es werden vereinzelte Angebote für Kinder chronisch körperlich, psychisch oder suchtkranker Eltern vorgehalten. Eine Metaanalyse über Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern von Christiansen et al. (2011) mit vornehmlich englischsprachigen, hochwertigen Evaluationsstudien zeigt auf, dass überwiegend psychoedukative Vorgehensweisen sowie Interventionen mit dem Ziel der Konfliktbewältigung sowohl auf Eltern-, als auch auf Kindesebene angeboten werden. Die manu-

alisierten Interventionen trugen alle zur kurzfristigen, überwiegend auch zur langfristigen, Reduktion depressiver oder auffälliger Symptome der Kinder bei. Die Interventionsstudien liefern somit Hinweise auf vielversprechende Vorgehensweisen, obgleich Moderatoreffekte in Verbindung mit Längsschnittstudien noch ausstehen (Christiansen et al., 2011). Die Forschungslage zu deutschen Interventionen ist trotz steigender Fachaufmerksamkeit zu Kindern psychisch kranker Eltern sehr lückenhaft. Obwohl einige Interventionsangebote vorgehalten werden, sind die wenigsten wissenschaftlich dokumentiert und evaluiert. Trotz mangelnder Evaluationen erfreuen sich bestehende Angebote äußerst positiver Resonanz sowie positiver Selbsteinschätzung der Kinder (Arenz-Greiving & Kober, 2007). Metzging-Blau et al. (2009) bestätigten in Interviews mit Projektverantwortlichen in Deutschland, dass vorzugsweise Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern angeboten werden. Häufig stützen sich die Projekte auf die Initiative Einzelner, was auch die Finanzierung von deren Engagement abhängig macht. In den seltensten Fällen erhalten Projekte eine Dauerfinanzierung oder werden durch öffentliche Gelder gefördert. Ein Vergleich verschiedener Projekte ist aufgrund mangelnder Dokumentation und Evaluation kaum möglich. Auch Reinisch et al. (2011) kamen zu dem Ergebnis, dass Präventionsprojekte häufig regional gewachsen, der Initiative Einzelner zu verdanken und damit in den seltensten Fällen wissenschaftlich motiviert entstanden sind.

In Norddeutschland gibt es, mit Ausnahme für Kinder geistig behinderter Eltern, für jede der Zielgruppen ein spezifisches Unterstützungs- bzw. Interventionsangebot. Diese unterscheiden sich im Ansatz und im Vorgehen. Ein knapper Überblick mit ausgewählten, regionalen und evaluierten Präventionsangeboten soll an dieser Stelle ausreichen. In Tabelle 10 werden das COSIP Beratungsprojekt für Kinder körperlich kranker Eltern (Romer, 2006), SupaKids für Kinder chronisch kranker Eltern (große Schlarmann, Metzging-Blau & Schnepf, 2011a; große Schlarmann et al., 2011b), CHIMPS für Kinder psychisch kranker Eltern (Wiegand-Grefe et al. 2009b) und Trampolin für Kinder suchtkranker Eltern (Bröning et al. 2012a, 2012b) vorgestellt.

Tabelle 10: Clusterdarstellung von Projekten für Kinder kranker Eltern.

Projekte	Ziele	Vorgehen	Evaluationsergebnisse
COSIP Beratungs-konzept für Kinder körperlich kranker Eltern	<ul style="list-style-type: none"> Ein niedrighschwelliges Angebot für Familien mit körperlich kranken Eltern teilen Interventionsziele auf Familien-, Eltern und Kindebene 	<ul style="list-style-type: none"> Erstgespräch mit den Eltern (Diagnostik, Abklärung von Ressourcen) Gespräche mit Kindern und Jugendlichen (Klärung von Ängsten und Ressourcen) 	Romer, 2006 <ul style="list-style-type: none"> Mütter zeigen bessere Depressionswerte Ermöglichung aktiver Bewältigungsstrategien bei den Kindern

		<ul style="list-style-type: none"> • Familiengespräche (Förderung offener Kommunikation; Vermittlung zwischen den Parteien) • Krisenintervention 	<p>Paschen et al., 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Veränderung durch die Beratung • Überwiegend (sehr) hohe Zufriedenheit • Therapeuten bewerten mit ‚teilweise erfolgreich‘ und ‚mäßiger Fortschritt‘
<p>SupaKids für Kinder <u>chronisch</u> kranker Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Familien in der Bewältigung des Alltags und Erhöhung der Lebensqualität, um negativen Effekten auf die Kinder vorzubeugen 	<p>Module der Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindergruppen (Freunde, Freizeit, Information über Erkrankung und Pflege) • Beratung (jemanden zum Reden haben) • Elterncafé (Unterstützung, Austausch, Administration) 	<p>große Schlarman et al., 2011a, 2011b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern und Kinder empfinden das Projekt als entlastend und bereichernd (ohne Verantwortung, Zeit zum Spielen, Freunde finden) • Es erfolgt nur wenig Krankheitskommunikation in den Gruppen
<p>CHIMPS für Kinder <u>psychisch</u> kranker Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information & Aufklärung der Eltern & Kinder, • Verbesserung der Kommunikation • Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten, inner- und außerfamiliärer Beziehungen, Risiko- und Schutzfaktoren, Vermittlung von Hilfsangeboten 	<p>Familienintervention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2-3 Paargespräche 2. 2-3 Gespräche mit jedem Kind der Familie 3. 2-3 Familiengespräche (Kernstück) <p>Parallel standardisierte Diagnostik mittels Interviews</p>	<p>Wiegand-Grefe et al., 2013a, 2013b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder aus Kind- und Elternperspektive (Rückgang der psychischen Auffälligkeiten, weniger internalisierte Störungen) • Wirksamkeit in Bezug auf Krankheitsbewältigung der Familie
<p>Trampolin für Kinder <u>sucht-</u> kranker Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder in ihrer positiven Selbstwahrnehmung und Problemlösefähigkeiten stärken • Eltern in Erziehungskompetenzen fördern und für die Bedürfnisse der Kinder sensibilisieren 	<p>10 Themen Module á 90 Minuten (9 Kindertreffen und ein Elternmodul) für Kinder von 8-12 Jahren. Gruppeninhalte: Gespräche, Rollenspiele, Entspannung, Bewegung, Malen, Geschichten und Kommunikation</p>	<p>Haevelmann et al., 2013 Prozessevaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhärente Durchführung der Sitzungen, hohe Akzeptanz & Zufriedenheit <p>Bröning et al., 2012a, 2012b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder profitierten in vielfältigen Bereichen (z.B. Lebensqualität, Stressbewältigung), • Keine sign. Unterschiede zur Kontrollgruppe • Mehrwert des Projektes: Wissen zum Thema Alkohol und Sucht; Rückgang psychischer Belastungen; reduzierte Wirkung auf die Hyperaktivität aus Elternsicht

Es werden Angebote auf Familienebene, als Paarberatung und in Form von Kindergruppen vorgehalten. Trotz unterschiedlicher Ansätze und Vorgehensweisen sind die Ziele der Projekte zumeist sehr ähnlich und forcieren eine Verbesserung der Lebensqualität bzw. Reduktion von Belastungen, Förderung der Bewältigungskompetenzen, Krankheitskommunikation und Stärkung von Ressourcen. Es zeigt sich, dass die Projekte insgesamt eine positive Resonanz erfahren. Sowohl ein Rückgang von auffälligem Verhalten als auch eine Steigerung in Bereichen der psychischen Gesundheit, Stressbewältigung und Lebensqualität wird in den Angeboten für die unterschiedlichen Zielgruppen deutlich.

Ein Angebot für Kinder geistig behinderter Eltern wird in Form von Eltern-Kind Unterstützung, wie betreutes Wohnen oder ambulante aufsuchende Familienhilfe, vorgehalten. Coren et al. (2010) scheitern an dem Versuch einer Metaanalyse von Elterntrainings für behinderte Eltern aufgrund der großen Varianz in Ansatz, Angebot und Dokumentation der Angebote. Sie ziehen dennoch ein positives Fazit der Elterntrainings für behinderte Eltern. Trotz Empfehlungen für kindbezogene Interventionen mangelt es noch an Angeboten für Kinder behinderter Eltern, in denen sie auf Gleichgesinnte treffen und sich austauschen können.

Dem lückenhaften Angebot in Deutschland steht ein breitgefächertes Unterstützungsangebot in Großbritannien gegenüber, das bereits seit mehr als 15 Jahren gewachsen ist. Britische Projekte bieten Young Carers eine Reihe von Dienstleistungen in Form von Informationen, Beratungsangeboten, Unterstützung der Familien, Internetplattformen sowie Kinder- und Jugendgruppen bis hin zu einem jährlich stattfindenden Young Carers Festival. Die Initiierung und Verwaltung der Angebote obliegt sowohl nationalen Organisationen (z.B. The Princess Royal Trust oder Barnados) oder auch unabhängigen lokalen Einrichtungen (Frank, 2002). Eine Befragung von Projektleitern der Young Carers Projekte von Metzinger-Blau et al. (2009) ergab, dass auch bei den britischen Projekten die Finanzierung mitunter problematisch ist und Spenden zusätzlich akquiriert werden müssen, weil staatliche Mittel nicht ausreichen. Obwohl die lokalen Angebote kaum wissenschaftlich evaluiert sind (Metzinger-Blau et al., 2009), stützen sie sich auf wertvolle, jahrelange Erfahrungen, die auch bei der Sensibilisierung und Identifizierung von Lücken eine wichtige Rolle spielen (Frank, 2002). Aufgrund frei zugänglicher Rahmenkonzepte, praktischen Anleitungen und Leitlinien wird die Entwicklung und der Start neuer Angebote in Großbritannien deutlich vereinfacht und forciert (Frank, 2002; Frank & McLarnon, 2008).

Es lässt sich zusammenfassen, dass in Deutschland zwar eine Reihe von Interventions- und Unterstützungsprojekten angeboten werden, diese jedoch nur punktuell vorhanden, selten evaluiert und mangelnd finanziell abgesichert sind. Weiterhin spezialisieren sich bestehende Angebote ausnahmslos auf eine bestimmte Erkrankungsgruppe der Eltern. Ein krankheits-

übergreifendes, gemeinsames Angebot für Young Carers, mit Kindern psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern und auch für Kinder behinderter Eltern gibt es trotz zahlreicher Belege der sehr ähnlichen Probleme, Risiken und Auswirkungen (vgl. Kapitel 3.3, 3.4 und 3.7) in Deutschland noch nicht.

4.4 Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsvorhabens

Im deutschen Sprachraum entwickelt sich erst langsam ein Problembewusstsein für die Zielgruppe der Young Carers. Obwohl sich die Forschungslage zu Kindern suchtkranker Eltern in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert hat und zu Kindern psychisch kranker Eltern schon fast ein Forschungsboom entstanden ist, mangelt es an Arbeiten über Kinder chronisch kranker und vor allem Kinder geistig behinderter Eltern. Ergebnisse der unterschiedlichen Zielgruppen bestätigen große Gemeinsamkeiten in Bezug auf ihre Lebenssituation und Auswirkungen auf das spätere Leben. Kinder beginnen schon frühzeitig Veränderungen durch eine Erkrankung in der Familie wahrzunehmen und bilden infolgedessen eigene Erklärungsmodelle. Bei ausbleibender Aufklärung suchen die Kinder die Schuld bei sich selbst und ziehen falsche Schlüsse. Sie übernehmen im Falle einer familiären Erkrankung eine Vielzahl von Aufgaben in der Familie. Neben praktischen Haushaltstätigkeiten kümmern sie sich um pflegerische Tätigkeiten bis hin zu emotionalen Belangen der Familienmitglieder. Durch die hohe Verantwortungsübernahme resultieren starke Belastungen. Trotz der Unterschiede in der Familienatmosphäre, der Aufgaben und Belastungen je nach Art und Schwere der Erkrankung überwiegen die gemeinsamen Belastungsfaktoren im Familienalltag (z.B. dysfunktionale Familienstrukturen, Gewalt- und Drogenerfahrungen, ungenügende Erziehung), emotionale Belastungen (durch hohe Erwartungshaltung, Vernachlässigung, Tabuisierung) und krankheitsbedingte Belastungen (durch verändertes Verhalten und Komorbidität). Anstatt der Art der Erkrankung scheinen vielmehr die krankheitsübergreifenden Faktoren und das Alter des Kindes zur Zeit des Krankheitseintritts von Bedeutung zu sein. Trotz der Vielzahl an Risikofaktoren und Belastungen sind die Kinder jedoch nicht automatisch als Opfer ihrer Situation zu bezeichnen. Die Resilienzforschung identifizierte bei belasteten Kindern eine Reihe protektiver Faktoren, die eine gesundheitsförderliche Entwicklung unterstützen. Personale, soziale und familiäre Schutzfaktoren wirken auf die belastende Familiensituation als Puffer. Ferner werden den Kindern gerade aufgrund ihrer Situation einige positive Eigenschaften zugeschrieben, die sie von anderen Gleichaltrigen unterscheiden, wie z.B. erhöhte Empathiefähigkeit, Hilfsbereitschaft und Kompetenzzuwachs.

Eine schwerwiegende körperliche, psychische oder Suchterkrankung in der Familie stellt für Kinder mitunter ein einschneidendes, kritisches Lebensereignis dar, für deren Bewältigung alle verfügbaren Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten aufgebracht werden müssen. Es verlangt den Kindern eine enorme Anpassungsleistung ab. Es zeigt sich, dass Kinder kranker Eltern vorzugsweise problembezogene und passiv-vermeidende Strategien bei der Verarbeitung von Stress und in kritischen Situationen nutzen, was in Anbetracht der Tatsache, dass eine familiäre Erkrankung ein unvorhersehbares, kritisches Lebensereignis darstellt, besonders hervorzuheben ist. Modelle zur Krankheitsbewältigung bieten Ansatzpunkte für die Präventionsarbeit, indem Schutzfaktoren und Bewältigung als moderierende Effekte berücksichtigt werden. In Anbetracht der empirischen Belege zu der Vielzahl an Belastungsfaktoren, die sich in unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen bemerkbar machen, sind Präventionsmaßnahmen zwingend notwendig. Zahlreiche Studien belegen psychosoziale Auswirkungen, Schulprobleme bis hin zu psychosomatischen Symptomen. Bis in das Erwachsenenalter hinein leben die Kinder mit den emotionalen Belastungen und leiden unter Ablösungskonflikten, körperlicher und psychischer Ermüdung sowie unter mangelnden Bildungschancen. Im Rahmen qualitativer Interviews konnten Wünsche und Bedürfnisse der Kinder identifiziert werden. Sie wünschen sich neben Aufklärung und Austausch, Aufmerksamkeit und ‚normaler‘ Zeit mit der Familie, ebenso konkrete Unterstützungsleistungen. Die Ergebnisse stützen die Forderungen nach kindgerechten Präventionsangeboten.

Präventionsansätze lassen sich in kind-, eltern- und familienbasierte Ansätze gliedern. Häufig umgesetzt werden Präventionsmaßnahmen in Form von Gruppenangeboten für Kinder. Angeraten werden vor allem familienbasierte Programme, bei denen die Ansichten und Beziehungen der gesamten Familie berücksichtigt werden. Ziele der präventiven Arbeit mit Young Carers sind die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, der Abbau von Belastungen sowie die Befähigung eines effektiven Umgangs mit der familiären Erkrankung. Dazu gehören sowohl die Vermittlung von Informationen im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes als auch die persönliche Beratung zu individuellen, problembehafteten Themen. Zu beachten ist die Isolation und das Kommunikationsverbot innerhalb der Familien. Aus Unwissenheit, dass es Unterstützungsmöglichkeiten gibt, aber auch aufgrund von Scham- und Angstgefühlen sprechen die Familien ungern über ihre familieninternen Probleme. Um dies zu fördern, gewinnen Kooperationen zwischen verschiedenen Hilfesystemen und die Sensibilisierung sowohl in Expertenkreisen als auch bei Betroffenen an Bedeutung. Trotz bestehender Umsetzungsprobleme in der Praxis wird die Netzwerk- und Kooperationsarbeit, im Sinne einer Aufmerksamkeitsförderung und Zusammenarbeit, als eine Grundvoraussetzung für die effektive Unterstützung der Familien verstanden. Experten in Schulen und Gesundheitseinrichtungen sowie in Erwachsenen- und Sozialeinrichtungen müssen die Problemlage der Young Carers wahrnehmen, um diese zu entsprechenden Angeboten weitervermitteln zu

können. Im Sinne einer nachhaltigen Unterstützung sollte der Aufbau von Netzwerkstrukturen somit in jedem Unterstützungsprojekt durch finanzielle und zeitliche Ressourcen vorgesehen werden. Wichtige Komponenten in der inhaltlichen Arbeit mit den Kindern sind psychoedukative Beratung und Stressbewältigung. Sowohl Informationen über die Belange der familiären Erkrankung als auch die effektive Bewältigung von Belastungssituationen stellen zentrale Schutzfaktoren für die gesunde Entwicklung der Kinder dar. Bestehende Projekte zur Unterstützung der Kinder und Familien weisen trotz mangelnder Evaluationen überwiegend positive Effekte bei der Krankheits- und Stressbewältigung vor. Vor allem teilnehmende Kinder und deren Eltern schätzen den Wert der Projekte sehr.

Im Gegensatz zum englischen Konzept der Young Carers Projekte gibt es in Deutschland eine starke Spezialisierung auf jeweils eine Erkrankungsgruppe der Eltern. So werden zwar Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und vereinzelte Angebote für Kinder sucht- und körperlich kranker Eltern vorgehalten, ein krankheitsübergreifendes Angebot für Kinder kranker, behinderter oder belasteter Eltern gibt es hierzulande aber noch nicht. Die Spezialisierung dieser gewachsenen Projekte, die oftmals auf der Initiative Einzelner beruhen und aus der Suchtprävention oder aus Krankenhäusern stammen, scheint auf keinem soliden Fundament zu stehen. In Anbetracht der problematischen Finanzierung sowie der großen Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Ziele und Durchführung bestehender Projekte, als auch wegen der Gemeinsamkeiten der Kinder, scheint ein einheitliches Angebot für Kinder körperlich, psychisch und suchtkranker sowie behinderter Eltern besonders wichtig zu sein. Die Expertise und das Vorgehen von bestehenden Projekten sollten in ein gemeinsames Angebot eingehen, so dass auch Kinder von Eltern mit ähnlichen Krankheitskontexten davon profitieren können.

Aufgrund der hier dargelegten Begründung der Zielgruppe sowie eines zwingend notwendigen Unterstützungsangebotes für diese Kinder stellt sich neben der eindeutigen Relevanz eines Präventionsangebotes für Young Carers nachfolgend die Frage nach der geeigneten Umsetzung eines Unterstützungs- und Forschungsprojektes. In den britischen Leitlinien wird bei der Entwicklung und Etablierung neuer Projekte der Einbezug von Young Carers als Experten ihrer Situation gefordert. Auch der Public Health Action Cycle von Rosenbrock (1995) sieht als ersten Schritt die Bewertung des Problems vor. Als Grundlage für die Konzeptionierung eines Projektes wird somit eine Bedarfserhebung mit Fachkräften und Bedürfniserhebung mit Kindern der Region, in der das Projekt implementiert werden soll, vorangeschickt. Auf Grundlage der theoretischen Kenntnisse sowie der Ergebnisse der Erhebungen gilt es, ein Konzept zu formulieren, dass den Anforderungen und Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht wird. Unter Berücksichtigung der konzeptionellen Rahmenbedingungen, der Projekt- und Netzwerkpartner, den Gegebenheiten der Region sowie nach forschungsrelevanten Kri-

terien wird im Weiteren das Forschungsprojekt vorgestellt, das die Unterstützung von Young Carers ohne Spezialisierung auf eine familiäre Erkrankung zum Ziel hat. Mit einer Evaluation zur Bewertung der Wirksamkeit des Präventionsangebotes soll auch der Nachhaltigkeit Rechnung getragen werden, um bei Bedarf entsprechende Modifikationen vornehmen zu können.

EMPIRISCHER TEIL

5 Aufbau des empirischen Teils

Der Aufbau des empirischen Teils orientiert sich am Public Health Action Cycle, welcher nachfolgend dargestellt ist. Das Forschungsprojekt besteht aus mehreren Teilstudien und vorwiegend qualitativen Forschungsmethoden, deren Herkunft und Beschreibung in diesem Kapitel aufgeführt wird.

5.1 Studiendesign

Das Forschungsdesign der Gesamtstudie orientiert sich am Public Health Action Cycle (Rosenbrock, 1995; siehe Abb. 3).

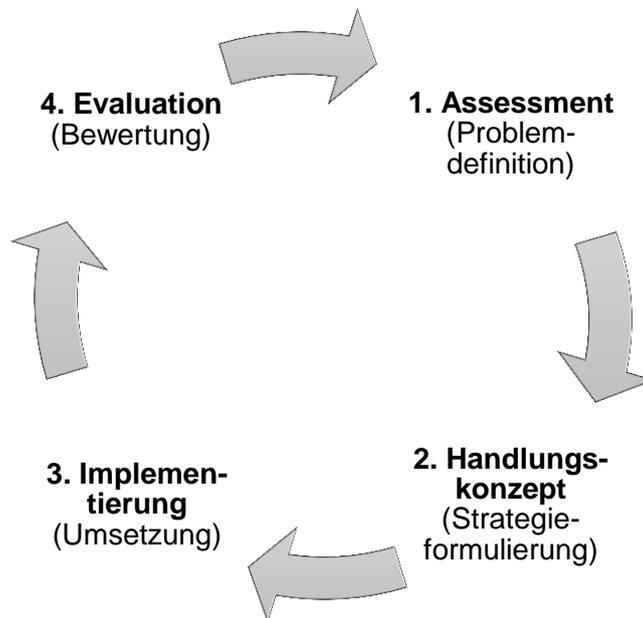


Abbildung 3: Public Health Action Cycle.

Zu Beginn stellt das Assessment die Problemdefinition dar. Auf dieser Grundlage wird ein Handlungskonzept erstellt bzw. eine Strategie formuliert, in welcher Form das Problem angegangen werden soll. Diese Strategie wird in der Praxis unter realistischen Bedingungen umgesetzt, so dass anschließend eine Überprüfung im Rahmen einer Evaluation erfolgt. Die Ergebnisse dieser Evaluation führen wiederum zu einer erneuten Anpassung bzw. Optimierung der Strategie, so dass sich die Umsetzung und die Weiterführung in einem zirkulären Prozess befinden. So kann eine Maßnahme stetig neu überprüft und verbessert werden, indem neue Erkenntnisse in die Fortführung einer Maßnahme mit einfließen.

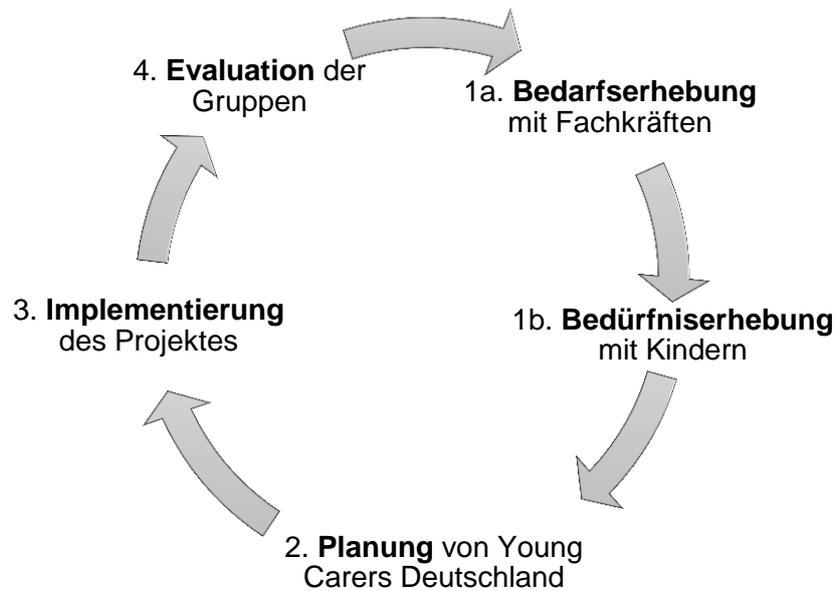


Abbildung 4: Studienverlauf nach dem Public Health Action Cycle.

Vor dem Hintergrund der langsam wachsenden Aufmerksamkeit für die Zielgruppe der Young Carers ergeben sich folgende Fragestellungen.

Hauptfragestellungen der Bedarfs- und Bedürfniserhebung

1. Besteht ein Bedarf für ein Unterstützungsangebot für Young Carers in der Modellregion und wie können betroffene Kinder identifiziert und erreicht werden?
 2. Welche Wünsche und Erwartungen bestehen an ein Unterstützungsangebot?
-

Kasten 5: Hauptfragestellungen der Bedarfs- und Bedürfnisanalysen.

Obgleich in der Literatur ein Unterstützungsbedarf für Young Carers postuliert wird (Metzing, 2007; Zobel, 2006), stellt die Erfassung eines konkreten Bedarfs in der angestrebten Modellregion Bad Bramstedt die Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines Unterstützungsangebotes und die weitere Planung dar. Weiterhin besteht die Frage, welche konkreten Wünsche und Erwartungen von Fachkräften und betroffenen Kindern selbst an ein Unterstützungsangebot bestehen. Die offene Fragestellung nach Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen legt die Wahl der qualitativ orientierten Sozialforschung nahe, da es gilt, im Rahmen dieser Erhebung herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche Bedeutung dieser für sie hat und welche Handlungsoptionen in diesem Zusammenhang stehen. Das Ziel ist die Ermittlung von etwas Neuem, bisher Unbekanntem sowie subjektiven Sichtweisen. Da die Forschungslage über Young Carers in Deutschland noch unzureichend ist, sollten zunächst grundsätzliche Meinungen, Ideen und Bedürfnisse erfragt werden, um daraus Theorien und Forderungen für die praktische Unterstützung der Zielgruppe zu gewinnen.

Um einen ersten Bedarf zu erheben, wurden qualitative Interviews mit Fachkräften durchgeführt, die mit Familien, die von einer Krankheit betroffen sind, zusammenarbeiteten. Da es in Deutschland noch keine Anlaufstellen für diese Zielgruppe gibt, wurden Fachkräfte aus umliegenden Einrichtungen, wie dem pädagogischen, dem sozialen und dem Gesundheitssektor gewählt (Studie 1). Die reine Befragung aus Expertensicht schien für die individuellen Bedürfnisse betroffener Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend. Die Erhebung aus Sicht betroffener Kinder war notwendig, um im Sinne von Klientenzentrierung zielgruppenspezifische Prävention entwickeln zu können. Aus diesem Grund sollten zusätzlich qualitative Interviews mit betroffenen Kindern und Jugendlichen durchgeführt und nach dem individuellen Befinden sowie nach konkreten Wünschen und Vorstellungen befragt werden (Studie 2). Aus diesen Ergebnissen sowie aus Handlungsempfehlungen und theoretischen Grundlagen einschlägiger Literatur (vgl. Kapitel 3 und 4) wurde ein Handlungskonzept entwickelt. Dieses Konzept stellt das Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche kranker Eltern dar und ist in der Abbildung 5 als Projekt mit dem Namen ‚Young Carers Deutschland‘ (YCD) bezeichnet. Es folgte die Umsetzung der Projektbausteine in einer Modellregion. Abschließend sollte eine Evaluation die Wirksamkeit der Kindergruppen ermitteln sowie das Verbesserungspotential für die zukünftige Umsetzung identifizieren (Studie 3). Das gesamte Studiendesign wird in der Abbildung 5 inhaltlich und methodologisch in seiner Komplexität verdeutlicht. Für die Planung, Durchführung und Auswertung der Gesamtstudie wurde ein Zeitraum von zwei bis drei Jahren eingeplant.

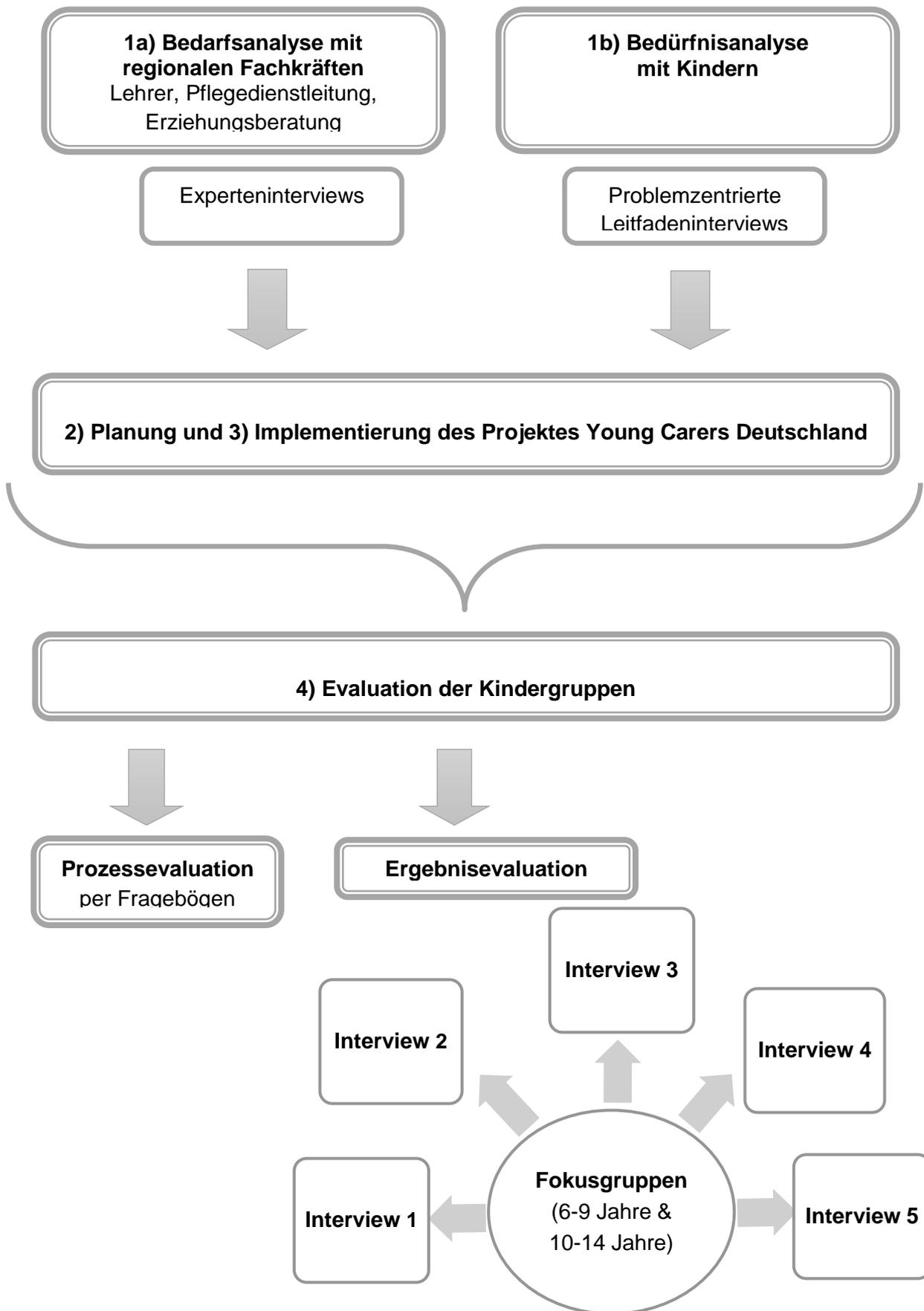


Abbildung 5: Überblick über das Forschungsvorhaben von YCD.

5.2 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung

Im Folgenden wird die Methodik der Untersuchungen dargestellt, welche den qualitativen Erhebungsmethoden der drei Teilstudien zugrunde liegen. Aufgrund der Fragestellung, durch die etwas Neues, bisher Verborgenes (Flick, 2007) ermittelt werden soll, wird die Wahl der qualitativen Forschungsmethode begründet. Das Ziel war die Ermittlung einer subjektiven Sichtweise von Wahrnehmungen, eigenen Bedürfnissen, Wünschen an das Unterstützungsangebot, für die Familie und die Kinder selbst.

5.2.1 Experteninterviews (Studie 1)

Die individuellen Meinungen der Fachkräfte im Rahmen der ersten Bedarfserhebung sollten neue Ideen hervorbringen, auf deren Grundlage der Bedarf für ein Projekt sichtbar wird bzw. auf deren Grundlage weitere Untersuchungen durchgeführt werden können. Um diese unbekannteren Eckpunkten zu identifizieren, bot sich das *Experteninterview* nach Bogner und Menz (2005, S.66) an, die den Experten folgendermaßen definieren: *„Er ist als Person zu begreifen, die vermittels des Besitzes bzw. der Zuschreibung besonderer Kompetenzen über einen sozialen Status verfügt bzw. eine Funktion ausübt, die sie in den Stand setzt, ihre Handlungsorientierungen und Situationsdefinitionen auch durchsetzungsfähig zu machen“*. Meuser und Nagel (2005, S.73) verstehen unter einem Experten eine Person, die *„Verantwortung trägt“* und über einen *„privilegierten Zugang“* zu Informationen oder einer Zielgruppe verfügt. Die ausgewählten Fachkräfte wurden in diesem Zusammenhang als Experten gesehen, da sie mit potentiell betroffenen Kindern oder deren Eltern in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sind. Die drei Experten aus einer Schule, einem ambulanten Pflegedienst und einer Erziehungsberatungsstelle wurden im Rahmen von teilstandardisierten Experteninterviews mit Hilfe eines Leitfadens befragt.

Die Validität der qualitativen Methoden ist nach Lamnek (2010, S.148) gegeben, da

- *„die Daten näher am sozialen Feld entstehen,*
- *die Informationen nicht durch Forscherraster prädeterniert sind,*
- *die Daten realitätsgerechter und angemessener sind,*
- *die Relevanzsysteme der Untersuchten berücksichtigt werden,*
- *die Methoden offener und flexibler sind,*
- *eine kommunikative Verständigungsbasis existiert,*
- *eine sukzessive Erweiterung der Untersuchungsbasis auch auf extreme Fälle möglich ist“*.

5.2.2 Problemzentrierte Interviews (Studie 2 und 3)

Zur Thematisierung der relevanten problembehafteten Themengebiete im Rahmen der Bedürfniserhebung mit den Kindern bot sich das *problemzentrierte Interview* an, bei dem ein definiertes Problem im Mittelpunkt steht. Im Zentrum stand dabei das Kind selbst als ein Young Carer, das unmittelbar durch die familiäre Erkrankung beeinflusst ist. Dieses Vorwissen stellte den Rahmen für die Leitfragen (Witzel, 2000). Ein wesentliches Anliegen war, die Kinder selbst in Interviews zu Wort kommen zu lassen, um aus ihrer Perspektive das Thema zu bearbeiten und ihre Auskünfte nicht auf vorgefertigte Antworten zu reduzieren.

Das problemzentrierte Interview befasst sich mit gesellschaftlich relevanten Problemstellungen und charakterisiert hinsichtlich dessen den Interviewablauf (Witzel, 2000). Die Interviews mit den befragten Kindern wurden vor dem Hintergrund der familiären Erkrankung geführt. Das Ziel während der Befragung war, sich von einer offenen Fragestellung immer präziser auf die Problematik selbst und die in der Erkenntnis liegende Fragestellung zu konzentrieren. Die genannte Erhebungsmethode ist gegenstandsorientiert und kann aufgrund seiner Flexibilität gegenüber unterschiedlichen Anforderungen des Untersuchungsobjekts individuell eingesetzt werden. Sowohl im Rahmen von Gruppendiskussionen als auch im Rahmen der Methodenkombination wird häufig auf das problemzentrierte Interview zurückgegriffen (Witzel, 2000). Die Prozessorientierung der Erhebungsmethode bezog sich auf den gesamten Forschungsprozess, wie auch auf die Vorinterpretation. Die bestehende familiäre Erkrankung, die gleichzeitig das Auswahlkriterium der Befragungsteilnehmer darstellte, setzte Vorkenntnisse über die Erkrankung und familiäre Hintergründe voraus. Die sensible Thematik impliziert eine empathische und vorsichtige Befragung der Kinder. Sowohl aufgrund der belastenden Thematik, doch vor allem aufgrund des jungen Alters der Befragungsteilnehmer war bei den problemzentrierten Interviews höchste Sorgfalt und Empathie geboten. Nur wenn der Kommunikationsprozess sensibel und akzeptierend durchgeführt wird, entsteht bei den Befragten Vertrauen und die gewünschte Offenheit (Witzel, 2000). Die kommunikative Forschungsbasis ist in der Befragung von Kindern grundlegend, da es darum geht, ein gutes Gesprächsklima herzustellen. Kinder und Jugendliche kennen aufgrund des üblichen Machtgefälles zwischen Erwachsenen und Kind kaum dominanzfreie Situationen, in denen sie von Erwachsenen (z.B. Lehrer, Eltern) befragt werden. Deshalb war es ein Ziel der Interviews eine Brücke in der Kommunikation zwischen dem Interviewer und dem befragten Kind zu schlagen oder sich der Hierarchieposition zumindest bewusst zu sein.

5.2.3 Fokusgruppen (Studie 3)

Die *Fokusgruppe* ist ein Instrument der qualitativen Sozialforschung, mit der sich in einem moderaten Zeitaufwand und mit überschaubaren Ressourcen eine Kenntnis von gruppen-

spezifischen Meinungen, Wahrnehmungen und Werturteilen, auch einzelner Teilnehmer, erlangen lässt. Krueger (1994, S.6) definiert die Methode folgendermaßen:

„The focus group is a special type of group in terms of purpose, size, composition, and procedures (...). In summary, a focus group is a carefully planned discussion designed to obtain perceptions on a defined area of interest in a permissive, non threatening environment.“

Schulz, Mack und Renn (2010, S.9) deuten die Fokusgruppe als ein *„moderiertes Diskursverfahren, bei der eine Kleingruppe durch Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird“*. Im Vergleich zu dem von Lamnek (2005, S.130) geforderten *„Ziel der Selbstläufigkeit“* bei Gruppendiskussionen verfolgt die Fokusgruppe eine eher direkte Gesprächsführung, bei welcher der Moderator das Gespräch zielführend im Hinblick auf die Leitfragen steuert. Die Fokusgruppe kommt ursprünglich aus dem anglo-amerikanischen Raum und wurde in der Markt- und Meinungsforschung populär (Krueger, 1994), die teilweise noch heute für ihren schwachen methodisch-methodologischen Hintergrund kritisiert wird (Przyborski & Riegler, 2010). In Deutschland verdankt die Gruppendiskussion ihren methodisch-methodologischen Hintergrund Forschern wie Pollock und Mangold in den 70ern, Nießen in den 80ern des letzten sowie zuletzt Bohnsack und Lamnek im 21. Jahrhundert. Nach Bohnsack (2003, S.106) ermöglichen Gruppendiskussionen einen *„empirischen Zugriff auf das Kollektive“*.

Gruppendiskussionen, die zur reinen Informationsvermittlung genutzt werden, erhalten häufig das Etikett ‚quick and dirty‘ (Schulz et al., 2010). Wenn jedoch methodisch und technisch korrekt und vor allem begründet gearbeitet wird, ist die Qualität an den Erkenntniszielen zu bemessen. So ist die *„Fokusgruppe zwar tatsächlich ‚quick‘, aber auch ‚clean and proper‘ und erkenntnisträchtig“* (Lamnek, 2005, S.68). Die in der Vergangenheit häufig im Rahmen von Multi-Method-Designs eingesetzte Methode etabliert sich heutzutage als autonome Methode der qualitativen Sozialforschung. Sie erfreut sich einer immer größeren Beliebtheit in der Praxis, da sie als schnelle und effektiv einzusetzende Methode gilt, die Aspekte, Hintergründe und Meinungen im Gruppenprozess erforscht (Bohnsack, Przyborski & Schäffer, 2010; Zwick & Schröter, 2012).

Der Einsatz der **Fokusgruppe als Evaluationsmethode** wird in der qualitativen Sozialforschung seit den 70ern genutzt. In jüngerer Vergangenheit setzt sich die Fokusgruppe neben der üblichen Verwendung als Testverfahren, Meinungs- oder Akzeptanzanalyse in der kommerziellen Nutzung, auch als qualitative Methode in der wissenschaftlichen Evaluation bestimmter Maßnahmen durch. Sie kommt vor allem dort zum Zuge, wo qualitative Prozesse zu bewerten sind, da tiefe und latente Meinungen erst in öffentlichen Auseinandersetzungen und Diskussionen zum Ausdruck kommen (Schulz et al., 2010). Zur Erfassung und Bewer-

tung einer Intervention muss ein Instrument eingesetzt werden, das geeignet erscheint und der Struktur sowie den gegebenen Umständen gerecht wird.

Es ist eine besondere Herausforderung, die **Fokusgruppe mit Kindern** durchzuführen und in der Forschungspraxis bisher noch eine Rarität, da Kinder ihr Wissen überwiegend performativ repräsentieren. Ihnen sind Erzählungen und Beschreibung in kommunikativer Weise in geringerem Ausmaß möglich als Erwachsenen (Bohnsack et al., 2010). Die große Herausforderung liegt darin, die Kinder zu animieren, bildhafte Darstellungen, szenische Metaphern und nachvollziehbare Aussagen zu generieren. Zudem diskutieren und agieren Kinder im Gruppenkontext unkontrollierter als Erwachsene. Ergebnisse aus vereinzelt Forschungsprojekten mit Fokusgruppen bei Kindern konnten eine angestrebte Selbstläufigkeit und narrative Erzählsequenzen am ehesten erreichen, wenn die Kinder spielen, sich bewegen und reden dürfen, wie es ihnen beliebt (Nentwig-Gesemann, 2010). Bei Fokusgruppen mit Kindern sind die gleichen Besonderheiten der Forschung zu beachten wie bei Einzelinterviews mit Kindern (vgl. Kapitel 7.1: Exkurs Kindheitsforschung). Auch in dieser Forschungsphase werden die teilnehmenden Kinder als Experten ihrer eigenen Lebenswelt verstanden, die eigene und individuelle Denk-, Verhaltens- und Kommunikationsmuster haben. Diese gilt es zu respektieren, zu nutzen und gleichsam zu erforschen (Trautmann, 2010).

Typischerweise erfolgt bei Fokusgruppen eine bewusste Auswahl der Teilnehmer, da eine statistische Repräsentativität bei dieser geringen Anzahl ohnehin nicht möglich ist. In der Regel sollten sich Fokusgruppenteilnehmer nicht kennen, bei Evaluationsprozessen können nach Schulz et al. (2010) jedoch auch echte Gruppen eingesetzt werden. Am wichtigsten ist der Aspekt der vertrauensvollen Atmosphäre unter den Teilnehmern, so dass eine angenehme und offene Gesprächssituation geschaffen wird (Schulz et al., 2010). Empfehlungen zur Anzahl von Teilnehmern variieren stark von beispielsweise sechs bis 20 Teilnehmern (Schulz et al., 2010), ab drei Teilnehmern (Lamnek, 2005) und vorzugsweise kleinen Gruppen (Zwick & Schröter, 2012). Die tatsächliche Gruppengröße sollte nach Lamnek (2005) unter Berücksichtigung des Erkenntnisinteresses und in Abhängigkeit zur Fragestellung erfolgen.

5.3 Auswertungsverfahren

Die Auswertung aller Interviews und Fokusgruppen aus den Teilstudien orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Der Auswertungsprozess ist untrennbar mit den inhaltlichen Anforderungen des Interviews verbunden. Bereits durch problemzentriertes Nachfragen und Sondieren während der Interviewphase wird der Interpretationsrahmen für die anschließende Textinterpretation dargestellt (Witzel, 1985). Aus diesem Grund wurde

sowohl die Rolle des Interviewers als auch die Rolle der Auswertung von einer Person übernommen.

Als Grundlage und Übersicht der Daten erfolgte zunächst die Aufbereitung der durchgeführten Interviews durch wörtliche Transkription. Füllwörter und Wiederholungen wurden ausgelassen und Nonverbales, wie Lachen, Mimik und „ähm“, nur dann berücksichtigt, wenn es für die inhaltliche Aussage bedeutend war, wie z.B. das Vorführen einer Entspannungsübung oder intensives Ausatmen nach belastenden Themen. Zustimmungende und verneinende Gestik sowie Laute wurden entsprechend vermerkt. Gesprächspausen wurden mit drei Punkten in Klammern gekennzeichnet: (...).

Die dokumentarische Interpretation von Gruppendiskussionen bezieht sich nach Bohnsack (2007) vor allem auf selbstläufige Erzählungen. In den Fokusgruppen der Evaluation ging es um die inhaltliche Informationsvermittlung sowie um die Darstellung von Wahrnehmungen und Meinungen und weniger um gruppendynamische Prozesse zwischen den Teilnehmern. Die Daten der Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden daher einem gemeinsamen Auswertungsprozess unterzogen. Mit Vorliegen der Transkripte wurde die Auswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) vorgenommen. Mit dieser streng kontrollierten Methode ließen sich die Transkripte anhand eines Kategoriensystems auswerten. Die Zielsetzung der Analyse bestand in der Beantwortung der Fragestellungen, die im Rahmen des Leitfadens operationalisiert wurden. Die Auswertung orientierte sich an den vom Leitfaden vorgegebenen Themen und wurde dadurch vorstrukturiert. Um das umfassende Material auswerten und sichten zu können, wurde das Computerprogramm MAXQDA verwendet und eine computergestützte Auswertung vorgenommen. Die systematische und schrittweise theoriegeleitete Bearbeitung sind wesentliche Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Die transkribierten Daten wurden auf wichtige Aussagen und zusammenhängende Textpassagen hin untersucht und zu umfassenden Aussagen zusammengefasst. Nach Mayring (2002) gibt es drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

- Die explizierende Inhaltsanalyse erweitert das Material auf unverständliche Textstellen und außenstehende Informationen.
- Die strukturierende Inhaltanalyse ordnet Textstellen vorab definierten Kriterien zu.
- Die zusammenfassende Inhaltsanalyse reduziert das Material und arbeitet die wichtigsten Inhalte heraus.

In diesem Forschungsprozess wurde das Material mit Hilfe von Explikation und induktiver Kategorienbildung (Strukturierung) analysiert.

Im Rahmen der explizierenden Inhaltsanalyse wurden konkrete Textstellen in einer weiten Kontextanalyse mit Zusatzmaterial über den Text hinaus angereichert. Es standen Protokolle

von Gesprächen mit Eltern, Familienhelfern oder Schulsozialarbeitern über die Familie der Interviewteilnehmer zur Verfügung, die ergänzende Informationen zu dem transkribierten Material lieferten.

Die strukturierende Inhaltsanalyse legt den Schwerpunkt auf die induktive Kategorienbildung, bei der Kategorien direkt aus dem Textmaterial heraus abgeleitet werden. Es wurde mit zuvor festgelegten Kategorien ein erster Überblick über die gesamten Daten gewonnen. Im Rahmen der Bedürfnisanalyse legten folgende Kategorien ein erstes Selektionskriterium fest:

- Lebensqualität und Spielen
- Familiäre Erkrankung
- Handlungskompetenzen
- Bewältigungsstrategien
- Bedürfnisse und Wünsche der Kinder

Das Material wurde nach diesen Selektionskriterien durchgearbeitet und daraufhin in entsprechende Kategorien eingeteilt. Nach einem ersten Materialdurchgang von zunächst fünf und anschließend elf Interviews erfolgte eine erneute Bearbeitung des Materials. Es resultierte eine weitere deduktive Kategorienbildung und eine Revision der Kategorien nach der Hälfte des Materialdurchgangs. Mit Hilfe einer Forschergruppe wurden vier ausgewählte Interviews gemeinsam im Team durchgearbeitet und interpretiert. In einer endgültigen Durchsicht wurden alle Interviews nach den induktiv und deduktiv gebildeten Kategorien abschließend überarbeitet.

Tabelle 11: Auswertungsprozess der Bedürfnisanalyse (orientiert an Mayring, 2003, S.54).

Festlegung des Materials
<ul style="list-style-type: none">• Theoretical Sampling: Elf Young Carers zwischen 7 und 13 Jahre
Analyse der Entstehungssituation
<ul style="list-style-type: none">• Die Interviewerin ist zugleich für die Auswertung verantwortlich• Problemzentrierte Leitfadenterviews im geschützten Gruppenraum
Formale Charakteristika
<ul style="list-style-type: none">• Transkribierter Text• Interviewdauer ca. 20 - 60 Minuten pro Kind
Richtung der Analyse
<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung der Kinder / Handlungskompetenzen, Verarbeitungsmechanismen / Wünsche, Erwartungen an eine Gruppe / Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung
Theoretische Differenzierung der Fragestellung
<ul style="list-style-type: none">• 1. Wie empfinden die Kinder die Erkrankung des Elternteils und welche Stressverarbeitungsstrategien weisen sie auf?• 2. Welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen haben die Kinder an ein unterstützendes Gruppenangebot?
Analysetechnik
<ul style="list-style-type: none">• Explikation• Induktive Kategorienbildung

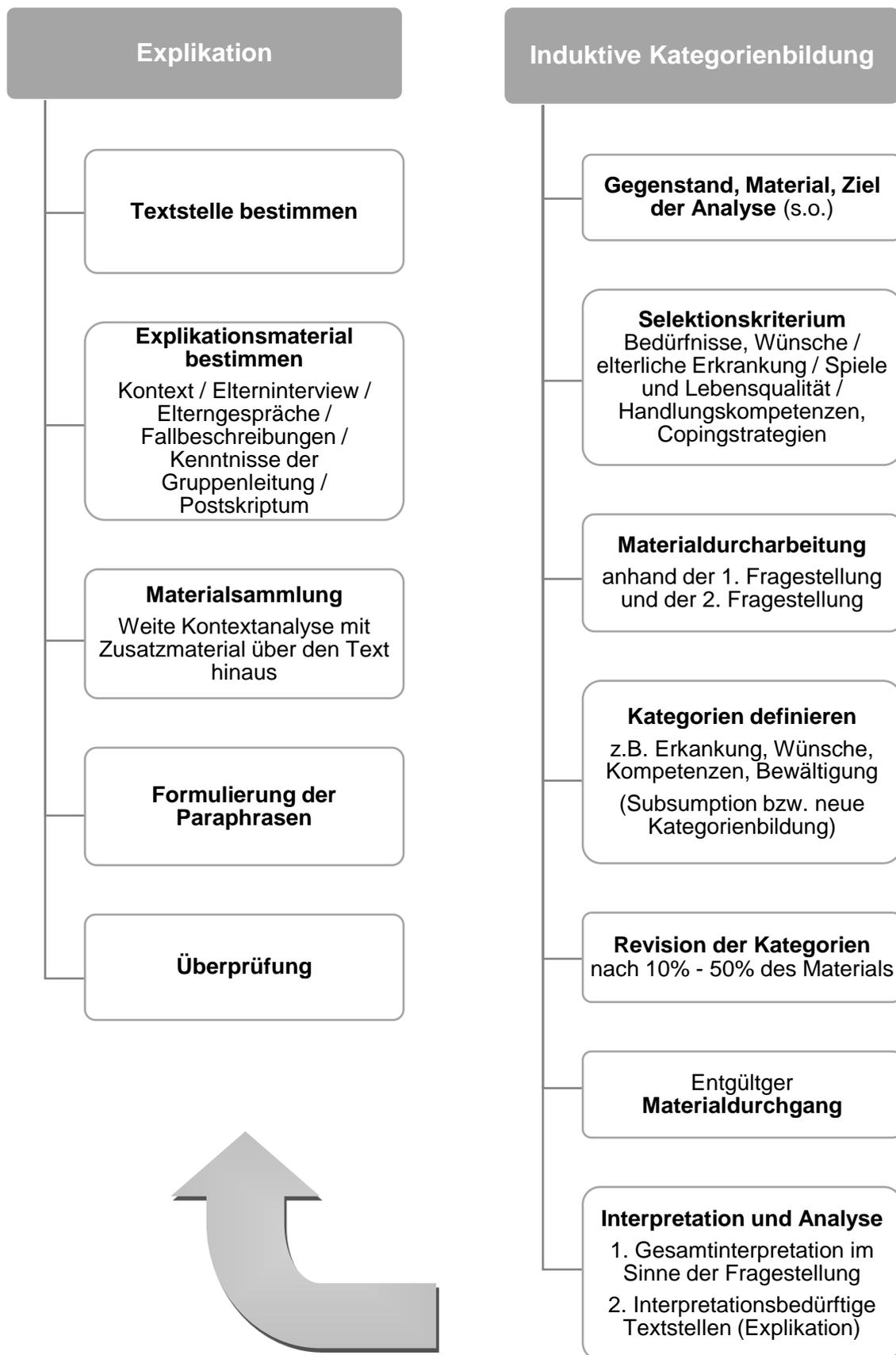


Abbildung 6: Explikation und induktive Kategorienbildung des Forschungsprozesses (in Anlehnung an Mayring, 2002, S.116ff.).

6 Studie 1: Bedarfsanalyse mit Fachkräften

Aus dem bisherigen empirischen Forschungsstand wird der Unterstützungsbedarf für Kinder körperlich, psychisch und suchtkrankter Eltern mehrfach postuliert. Vorhandene Ressourcen sollten genutzt und die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt werden. Die Einschätzung des Bedarfs an Unterstützung für Young Carers in der Modellregion können nur Experten vor Ort vornehmen. Die Befragten arbeiteten alle in Bereichen mit Kindern oder Familien, die von einer Erkrankung betroffen sein können, zusammen. Es sollten sowohl Erkenntnisse aus Expertensicht als auch Informationen und Gegebenheiten der Region und Bevölkerung, wie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder bestehende Netzwerke, thematisiert werden. Neben der Absicht, Informationen und Einschätzungen über die Situation der Kinder zu gewinnen, stellte die Bedarfsanalyse mit den Fachkräften gleichzeitig einen Sensibilisierungsprozess für die Zielgruppe dar.

Um ein angemessenes Unterstützungsangebot nachhaltig zu realisieren, war ein effektives Vorgehen und Projektmanagement besonders wichtig, das durch die Strategie des Public Health Action Cycles gewährleistet wird (Abb. 7).

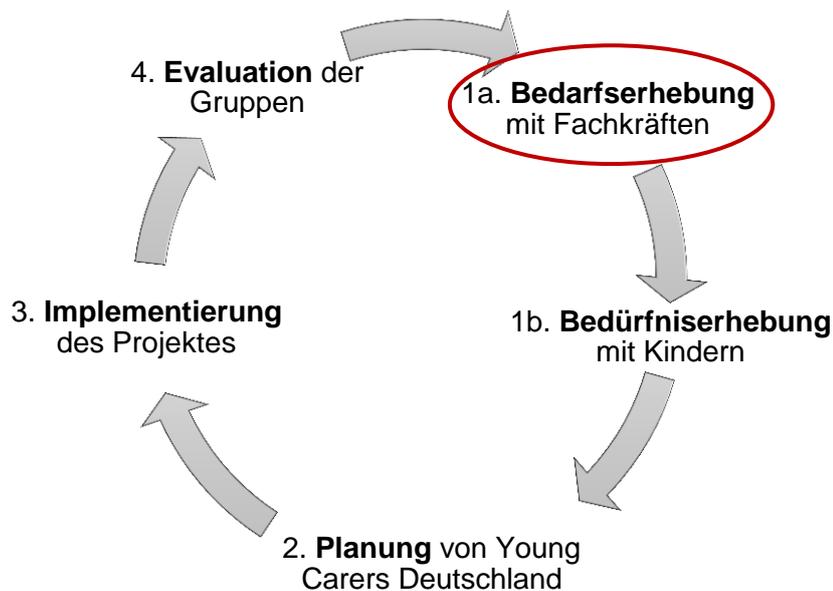


Abbildung 7: Studienverlauf nach dem PHAC: Bedarfserhebung mit Fachkräften.

Die Bedarfserhebung mit Fachkräften aus der Region Bad Bramstedt wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit der Fachhochschule Kiel von Julia Krebs (2011) durchgeführt. Die methodische Vorgehensweise wird an dieser Stelle in Kürze aufgeführt und kann in vollem Umfang bei Krebs (2011) eingesehen werden.

6.1 Fragestellung

In dieser Studie handelte es sich um den Versuch, herauszufinden, wie die Fachkräfte einen Sachverhalt sehen, welche Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang postuliert werden. Die Fragestellung dieser Untersuchung begründete dabei die Wahl der Methode.

Tabelle 12: Fragestellung der Bedarfserhebung mit Fachkräften.

Fragestellungen

- Inwieweit besteht ein Bedarf, mehr über das Thema Young Carers zu erfahren?
- Wie können die Kinder mit solchen Problemlagen besser erreicht werden?
- Welche Vorstellungen und Erfahrungen herrschen bei den Fachkräften vor?
- Inwieweit bestehen Wünsche an die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Institutionen?
- Gibt es einen Bedarf an ein Unterstützungsangebot für Young Carers und welche Relevanz hat dies für Fachkräfte?

Trotz wachsender Aufmerksamkeit wird in einschlägiger Literatur betont, dass noch zu wenig detailliertes Fachwissen zum Thema vorhanden ist. Dies gilt sowohl für die Gesellschaft, aber auch für Berufsgruppen, die mit Kindern oder potentiell kranken Eltern zusammenarbeiten. Lenz (2010, S.48) bestätigt, dass „*die Kinder nach wie vor zu wenig als Angehörige wahrgenommen [werden]*“. Um genau dieses Versorgungsdefizit näher zu betrachten, wurde in dieser Untersuchung auf Fragen zum Wissensstand über Young Carers in ausgewählten Berufsgruppen eingegangen. Es wurde ermittelt, inwieweit ein Bedarf besteht, mehr über das Thema zu erfahren. Die Stigmatisierung in der Gesellschaft, die fehlende Sensibilisierung, Scham- und Schuldgefühle und die Tabuisierung der Erkrankung können dazu führen, dass Kinder unentdeckt bleiben und sich scheuen, Unterstützung anzunehmen (Metzing, 2007; Plass & Wiegand-Greife, 2012). Aufgrund dieser Herausforderungen sollte herausgefunden werden, wie betroffene Kinder besser erreicht werden können und wie sie aus Sicht von Experten zu identifizieren sind. In diesem Zusammenhang wurden die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des sozialen Systems und Wünsche an diese ermittelt. Zuletzt wurde auf die zentrale Frage eingegangen, welche Wünsche und Vorstellungen an ein konkretes Unterstützungsangebot für die Zielgruppe bestehen: Beispielsweise Inhalte und Strukturen an eine Zusammenarbeit und konkrete Vorstellungen für die praktische Arbeit mit Kindern.

Das Ziel der Untersuchung war es, eine Meinungsrichtung aus Fachkreisen zu ermitteln. Die Befragung diente zugleich der Partizipation regionaler Fachkräfte, die im Rahmen eines Netzwerkes an der Projektarbeit eingebunden wurden.

6.2 Untersuchungsdesign

Eine Übersicht des Untersuchungsdesigns ist der Tabelle 13 zu entnehmen.

Tabelle 13: Methodisches Design der Bedarfserhebung mit Fachkräften.

Ansatz	Qualitative Sozialforschung
Datenerhebungsmethode	Experteninterview nach Bogner und Menz (2005)
Instrumente	<p>Teilstandardisierter Leitfaden mit fünf Themenbereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissensstand zum Thema Young Carers • Erfahrungen und Handlungskompetenzen • Bedarf und Hilfsmöglichkeiten • Wünsche an Zusammenarbeit und Netzwerken • Gruppenangebot von Young Carers Deutschland <p>Durchführung eines Pre-Tests als Überprüfung des Leitfadens</p>
Interviewpartner	<p>Drei Experten aus dem sozialen, pädagogischen und dem Gesundheitssektor im Raum Bad Bramstedt (Schleswig-Holstein)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitarbeiterin einer Erziehungsberatung Psychologische Beraterin und Gestalttherapeutin, ca. 40 Jahre, weiblich 2. Vertrauenslehrerin eines Gymnasiums Gymnasiallehrerin für Deutsch und Sport, 31 Jahre, weiblich 3. Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes Krankenschwester, 54 Jahre, weiblich
Untersuchungsdurchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme über bestehende Netzwerke • Interviewdurchführung in den jeweiligen beruflichen Räumlichkeiten der Interviewpartner (Büro / Schule) • Erstellung eines Postskriptums • Erfassung der sozio-demografischen Daten • Einwilligung der Interviewpartner in die Einwilligungserklärung zur anonymisierten Verwendung der Daten
Auswertungsmethode	<p>Inhaltsanalyse nach Mayring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierende Inhaltsanalyse • Kategoriensystem auf Grundlage wörtlicher Transkription • Kodierleitfaden mit Ankerbeispielen

6.3 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach den Kategorien, die aus den generalisierten Textpassagen gebildet wurden. Dabei konnte eine Aussage auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen wurden vier zentrale Kategorien gebildet, die im Folgenden aufgeführt und ausgewertet werden:

1. Wissenstand zum Thema Young Carers
2. Bedarf und Wünsche an eine Zusammenarbeit
3. Erreichbarkeit der Young Carers
4. Wünsche an ein Gruppenangebot für die Kinder

In die Ergebnisdarstellung flossen ausschließlich ausgewählte Zitate ein. Um keine Rückschlüsse auf die Person ziehen zu können, werden die angegebenen Zitate nicht den jeweiligen Interviewpartnern zugeordnet. Eine vollständige Ergebnisdarstellung ist bei Krebs (2011) nachzulesen.

6.3.1 Wissensstand zum Thema

Das Erkenntnisinteresse dieser Kategorie lag auf dem Vorwissen der Experten und inwieweit sie dieses Wissen vertiefen möchten. Die Hauptkategorie enthält folgende vier Unterkategorien, denen die Aussagen der Fachkräfte zugeteilt wurden.

Wissensstand zum Thema Young Carers

- Berührung mit dem Thema
- Kenntnis über die Situation der Kinder
- Persönliche Erfahrungen mit dem Thema
- Wichtigkeit und Bedarf bezüglich des Themas

Berührung mit dem Thema und Bezug zur Zielgruppe

Alle drei Interviewpartnerinnen kamen im Rahmen ihres Arbeitsalltages mit Kindern kranker Eltern in Berührung. In einem Fall konnten sogar zahlreiche Beispiele benannt werden, in denen Kinder betroffen waren. Ein Beispiel von einem 15-jährigen Mädchen mit ihrem depressiv erkrankten Vater wird von einer Befragten genauer geschildert:

„(...) sie übernimmt zu Hause (...) viele Aufgaben. Sie kocht (...) Mittag für sich (...) und ihre kleine Schwester, denn der Vater kümmert sich um sie nicht, nur um sich selbst“ (Z.103ff)

Kenntnis über die Situation der Kinder

Obwohl alle Befragten bereits in Kontakt zu Familien oder Kindern kranker Eltern standen, bestätigt eine Interviewpartnerin, dass erstmals ein Vortrag zum Thema bei ihr einen Sensibilisierungsprozess anregte und sie zuvor noch nicht darüber nachgedacht hatte.

*„Ich habe, bevor ich von ‚Young Carers‘ gehört habe, so gar nicht darüber nachgedacht“
(Z.86ff.)*

In einem anderen Interview werden unterschiedliche Facetten der Belastung von Young Carers eindrücklich geschildert. Es werden sowohl Haushaltstätigkeiten, wie Müll wegbringen und eigene Schularbeiten als auch die emotionale Unterstützung des nicht erkrankten Elternteils und das Kümmeren um jüngere Geschwister benannt (Z.419ff. / Z.182ff.). Auch die Tabuisierung der Erkrankung in der Familie von einer psychisch kranken und einer krebskranken Mutter wird hervorgehoben (Z.202ff. / Z.784ff.).

Persönliche Erfahrungen mit dem Thema

Obwohl die Fachkräfte aufgrund ihres Expertenstatus⁴ und nicht wegen persönlicher Erfahrungen mit dem Thema für die Erhebung ausgewählt wurden, weisen zwei der drei Interviewpartnerinnen persönliche Erfahrungen mit kranken Eltern auf, die sie selbst in die Funktion eines Young Carers versetzte. In einem Fall berichtet die Expertin, die gleichzeitig auch Betroffene ist, von ihren suchtkranken Eltern und lässt dabei Einblicke in ihre Gefühlswelt zu. Im zweiten Fall berichtet eine Interviewpartnerin von ihren psychisch kranken Eltern mit einer damals noch nicht diagnostizierten Borderline-Erkrankung. Beide Interviewpartnerinnen heben neben Belastungen ebenso ihre Stärken in Zusammenhang mit ihrer Berufswahl hervor.

*„(...) und ich sitze hier und bin Therapeutin. Das ‚Helfen-Wollen‘ hört natürlich niemals auf... Ich bin sicher, dass alle, die diesen Beruf wollen oder einschlagen (...) irgendwie so ein Thema haben. Helfen wollen ist schon mein Thema. Retten wollen zum Glück nicht mehr“
(Z.1244ff.)*

Wichtigkeit und Bedarf bezüglich des Themas

Es gibt einen eindeutigen Bedarf, mehr über das Thema zu erfahren und es in der Gesellschaft und der Fachwelt zu verbreiten. Diese Aussage macht deutlich, wie hoch der Bedarf für mehr Hintergrund- und Fachwissen ist:

*„(...) ich war erstaunt (...) wie wenig es über dieses Thema gibt (...) Und eigentlich auch entsetzt, wie allein gelassen die [Kinder (d. Verf.)] sind“ (Z.138)
„(...) Auch tatsächlich pflegend sind“ (Z.603)*

Es wird zudem angeregt, vor allem in der Berufsausbildungsphase Inhalte zu Young Carers zu vermitteln, um frühzeitig eine Sensibilisierung zu erreichen.

6.3.2 Bedarf und Wünsche an eine Zusammenarbeit

Diese Kategorie beinhaltet Wünsche an eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen mit dem Ziel, Young Carers vermitteln zu können, Angebote zu kennen und die eigenen Hilfsmöglichkeiten zu erweitern.

Bedarf und Wünsche an eine Zusammenarbeit

- Grenzen der eigenen Hilfsangebote
- Entlastung durch Verantwortungsabgabe: Welche Netzwerke sind bereits vorhanden?
- Probleme im Hilfesystem & Zusammenarbeit
- Wünsche an eine Zusammenarbeit

Grenzen der eigenen Hilfsangebote

Der berufliche Alltag der Interviewpartnerinnen wird durch unterschiedliche, u.a. problembehaftete Themen bestimmt. Sie sehen sich häufig an ihren eigenen Grenzen. Im Hinblick auf Young Carers fühlen sie sich zudem überfordert und gelangen in einen Interessenkonflikt mit sich selbst. Die Hilflosigkeit und der damit verbundene Wunsch, die Last abgeben zu können, werden in dieser Aussage deutlich:

„Ich weiß nicht, ob das noch unsere Aufgabe ist (...) Natürlich helfe ich gerne, bin auch bereit dazu, aber es übersteigt eben auch Grenzen. Also ich merke das. Ich beschäftige mich ganz doll damit, weil mir das auch nahe geht (Z.227) (...) Und dann kann ich nicht mehr alleine damit bleiben, ich muss es irgendwo weiter geben. Aber zu wem gehe ich?“ (Z.247-256)

Entlastung durch Verantwortungsabgabe: Welche Netzwerke sind bereits vorhanden?

Hier wurde erfragt, inwieweit Fachkräfte weitere Hilfsmöglichkeiten in Betracht ziehen und sich mit anderen Professionen austauschen, wenn sie selbst nicht weiter wissen. In der Schule ist die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen eine Ausnahme, obwohl die Interviewpartnerin durchaus den Wunsch dazu äußert (Z.592ff.).

Die Interviewpartnerinnen aus der Beratungsstelle und dem Pflegedienst bestätigen die Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen, wie dem Jugendamt, Beratungsstellen, Tagesklimiken und teilweise auch Kinderärzten aus der Region. Es wird deutlich, dass ein Wunsch

nach Zusammenarbeit mit festen Ansprechpartnern vor Ort besteht. Die damit verbundene Verantwortungsabgabe ist für die Interviewpartnerinnen unverzichtbar.

*„ (...) Man muss einen Weg finden [die Kinder (d. Verf.)] erst mal so dahin zu lotsen.“
(Z.2016f.)*

Probleme im Hilfesystem und in der Zusammenarbeit untereinander

Alle Interviewpartnerinnen bestätigen eine mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Institutionen. Die bisherige Zusammenarbeit ist mangelhaft. In Bezug auf Young Carers gibt es nahezu keinen Austausch (Z.261ff. / 695-700).

„Aber wo es Kontakte gibt, wo ich weiß, diese Ansprechpartner habe ich- das fehlt“ (Z.656ff.)

Insbesondere den Ärzten wird eine bedeutende Funktion in Bezug auf Hilfsmöglichkeiten für Kinder kranker Eltern zugeschrieben, da sie passende Informationen weitergeben können. Für die Erreichbarkeit der Kinder wird die Berufsgruppe der Ärzte als eine Art Schlüsselfunktion bezeichnet. Leider zeigt die Erfahrung der Befragten eine mangelhafte Zusammenarbeit mit den Ärzten vor Ort. Ihnen fehle die systemische Sichtweise auf das ganze Gefüge der Familie und sie scheinen an einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Region nicht interessiert zu sein. Nachgefragt, wie die Zusammenarbeit mit den Ärzten gelingt, wird geantwortet:

„Wenig, also wir sind immer noch erstaunt, wie wenig das passiert (...). Die fühlen sich alle nicht zuständig“ (Z.1028ff.)

Insgesamt wird deutlich, dass das Hilfesystem und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bei den Befragten große Lücken aufweisen. Insbesondere die fehlende Bereitschaft der Ärzte, sich mit dem Thema zu beschäftigen, bestätigt die Interviewpartnerinnen in ihrer Ansicht, wie wenig präsent das Thema in spezifischen Berufsgruppen und wie mangelhaft die Aufklärung über Hilfsangebote ist.

Wünsche an eine Zusammenarbeit

Die Befragten benennen praxisnahe Vorschläge für eine gelingende Zusammenarbeit. Sie sehen einen akuten Bedarf an Hilfsmöglichkeiten angesichts der Probleme im Hilfesystem. Die Wünsche und Vorschläge werden folgend zusammengefasst dargestellt:

- Arbeitsgruppen: *„(...) So ein Ring von Leuten, die man ansprechen kann (...)“ (Z.668ff)*
- Ansprechpartner vor Ort: *„(...) Dass man fest solche Personen vor Ort hat. Dass man da jederzeit hingehen kann“ (Z.193ff.)*

- Präsenz von Angeboten für Kinder und Jugendliche: „(...) Dass es irgendetwas gibt, wo die Kinder auch alleine hingehen können (...) und sich die Hilfe holen“ (Z.204-215)
- Vernetzung: Zusammenarbeit mit Kliniken, Ärzten, Lehrern und dem Projekt von ‚Young Carers Deutschland‘ und Schulsozialarbeitern

Eine Befragte äußert die Idee einer Sprechstunde für Young Carers in der Schule. Die Vermittlung von Kindern an ein Projekt wird als unterstützend erachtet. Über die Art der Vermittlung besteht noch Unsicherheit.

„(...) Man muss nur einen Weg finden, die erst mal so dahin zu lotsen“ (Z.2016-2023)

Der Bedarf an mehr Zusammenarbeit wird von allen Interviewpartnerinnen deutlich kommuniziert. Es werden konkrete Vorschläge an Möglichkeiten der Zusammenarbeit benannt, insbesondere an das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen. Mit Blick auf die Zielgruppe der Young Carers stellt die Zusammenarbeit eine entlastende Bereicherung dar.

6.3.3 Erreichbarkeit der Kinder

An dieser Stelle sollen Vorstellungen der Experten ermittelt werden, wie Young Carers identifiziert, erreicht und rekrutiert werden können. Es wurde nach Wünschen und Bedürfnissen der Kinder gefragt, die hinter dem Verhalten stehen könnten. Darüber hinaus wurde thematisiert, welche Handlungskompetenzen im Umgang mit den Kindern benötigt werden und welche Erfahrungen die Interviewpartnerinnen damit sammeln konnten. In den Interviews wird deutlich, dass es nicht nur die Aufgabe des sozialen Hilfesystems ist, die Kinder zu erreichen und ihnen zu helfen. In erster Linie könnte die Gesellschaft viel dazu beitragen, Tabuisierung abzubauen. Damit sind eben nicht nur Fachkräfte des Hilfesystems gemeint, sondern auch andere Menschen: Bürger, Freunde und Nachbarn. Vor allem die Informationsvermittlung im Rahmen der Berufsausbildung würde helfen, die Bedarfe der Kinder frühzeitig zu erkennen.

Erreichbarkeit der Young Carers

- Verhalten und Auffälligkeiten der Kinder (und persönliche Erfahrungen)
- Wünsche und Bedürfnisse der Kinder erkennen
- Handlungskompetenzen im Umgang mit Young Carers (Sensibilität des Themas)
- Konkrete Vorschläge zur Erreichbarkeit der Kinder und Eltern

Verhalten und Auffälligkeiten der Kinder

Aufgrund eigener Erfahrungen oder der beruflichen Konfrontation mit betroffenen Kindern schätzen die Befragten das Verhalten und Auffälligkeiten Young Carers ein. Betroffene Kinder werden sowohl als sehr empathisch und sozial, aber auch als verhaltensauffällig oder zurückgezogen klassifiziert.

„Ich glaube...das sind sehr zurückgenommene Kinder (...) in der Gruppe- die fallen erst mal nicht auf. Die fallen, wenn man genau guckt, schon auf, die sind oft sehr sozial, die sind sehr versorgend, sehr empathisch“ (Z.234-242)

„(...) die renitent sind, die keine Lust haben (...)“ (Z.246ff.).

Eine andere Befragte kennt die Charaktereigenschaft aus persönlichen Erfahrungen:

„Nach außen dieses 'Dicht machen' (...) Also es ist egal wie es innen aussieht, Hauptsache (...), dass die Leute nicht reden“ (Z.546ff.)

„(...) Später in der Pubertät (...) entweder aggressives Verhalten (...), oder wieder ganz andere Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Also das Angepasste dann plötzlich (...) weg brach“ (Z.955-963)

Insgesamt werden aus eigenen Erfahrungen sowie aus der Beobachtung im Berufsalltag eine Vielzahl an Auffälligkeiten der Kinder, wie internale und externale Verhaltensweisen, aber auch sorgende und hilfsbereite Verhaltensweisen, wahrgenommen.

Wünsche und Bedürfnisse der Kinder

Die Befragten vermuten, dass Young Carers ihre eigenen Bedürfnisse nur schwer wahrnehmen oder äußern können. Obwohl es den Wunsch gibt, gehört und wahrgenommen zu werden, besteht eine große Scham und Verschwiegenheit bei den Kindern und in den Familien.

„Also eher selbstunsicher, die (...) sich ganz schwer tun damit überhaupt ein Bedürfnis zu äußern. Ich glaube mit dem, was ich heute weiß, die fühlen eigene Bedürfnisse kaum, weil kein Platz dafür ist“ (Z.970ff.)

„Sie denkt überhaupt nicht an sich selbst, gar nicht. Immer nur dieser Blick auf die [Eltern (d. Verf.)] - und das hat man so ganz, ganz doll raus gehört und das fehlt ihr“ (Z.148ff.)

Handlungskompetenzen im Umgang mit Kindern und Eltern

Alle Interviewpartnerinnen betonen das Vertrauensverhältnis als wichtigste Voraussetzung, einen Erstkontakt zu den Kindern herzustellen. Enttäuschungen oder ein unpassender Umgang mit der Problematik führen dazu, dass sich Kinder verschließen und zunehmend isolie-

ren (Z.980ff. / Z. 2034ff.). Es wird angeraten, die Kinder mit viel Einfühlungsvermögen anzusprechen, Unterstützung zu signalisieren und verfügbar zu sein (Z.697f.). Aufgrund dieser besonders sensiblen Thematik sollte bei der Ansprache darauf geachtet werden,

„(...) dass das wirklich auch so rüber kommt wie es gemeint ist und nicht (...) jetzt kommt da jemand als ´verlängerter Arm des Jugendamtes´ und horcht uns aus. Also die müssen auch schon Vertrauen fassen, das ist für uns (...) manchmal ein bisschen schwierig“ (Z.347ff.)

Außerdem sind Offenheit und Ehrlichkeit als Grundlage eines Vertrauensverhältnisses unabdingbar.

„Ich war wirklich erschüttert, dass in 20 Jahren Hilfeleistung kein Gespräch am Tisch geführt worden ist mit allen“ (Z.310ff.)

Es ist wichtig, mit den Kindern altersgerecht und mit einem ehrlichen Interesse über die Erkrankung zu sprechen (Z.520ff.) Alle Befragten betonen den sensiblen Umgang mit Eltern und Kindern. Ein überstürztes Vorgehen bei der Ansprache des Problems führe zu negativen Konsequenzen. Daher muss das Vorgehen gut geplant werden, um das Vertrauen von Eltern und Kindern nicht zu missbrauchen.

Konkrete Vorschläge zur Erreichbarkeit der Kinder und Eltern

Die Vorschläge zur Erreichbarkeit reichen von Forderungen der politischen Veränderung (Z.869ff. / Z.924ff.) bis hin zu praxisnahen Wünschen einer vermittelnden Person (Z.917ff.), wie beispielsweise Ärzte oder andere Berufsgruppen, die einen an die Hand nehmen und den Weg weisen.

„(...) Kinderärzte und Ärzte. Das ist ja immer noch so eine Autoritätsperson hier, da stehen die Leute noch stramm- Da zieht man sich noch die gute Bluse an. Das ist hier echt noch ländlich (...) Das ist vielleicht ein Arzt der Bescheid weiß, (...) der weiß ja auch was für Kinder da sind (...) die Lehrer haben (...) hier schon auch noch so eine Macht. Sind Autoritätspersonen (...) Also auf dem Land schon noch“ (Z.994-1011)

Aus den persönlichen Erfahrungen der Befragten reagieren Eltern positiv auf eine Beratung von Sozialarbeitern und anderen Eltern. Vor allem Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer stehen in einem guten Kontakt zu Eltern. Ganz konkret überlegt eine Interviewpartnerin, wie Angebote für die Kinder besser bekannt gemacht werden können. Es sei wichtig, in den Kindern etwas anzuregen. Sie müssen über sich nachdenken, um Hilfe annehmen zu können.

„Überlegt hatte ich so für mich, ob man einfach ihnen so kleine Zettel, das muss ja nichts Großes sein mit bestimmten Fragen, die sie (...) für sich überlegen und vielleicht auch beantworten (...) Und wo sie vielleicht (...) merken würden, ´Okay, das wäre was für mich.´ Und dass

sie diesen Zettel einfach an eine Kontaktperson weiterreichen und dass sie (...) in diese Gruppe dann auch mit rein kommen. Und dann ja auch sehen 'Okay, es gibt noch mehr Kinder außer mir, die das betrifft'“ (Z.489ff.)

Doch auch auf gesellschaftlicher Ebene hat jeder die Pflicht, die Erreichbarkeit der Kinder zu verbessern. Eine Befragte betont, dass es ausreiche, die Verfügbarkeit zu signalisieren und die eigene Tür zu öffnen (Z.600ff.). Man dürfe eben nicht weggucken (Z.596ff.). Dafür muss allerdings vorausgesetzt werden, dass die Gesellschaft aufgeklärt ist, um der Tabuisierung und damit verbundenen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Besonders psychische und Suchterkrankungen sind im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen noch stark tabuisiert.

„Wenn ich meine Mutter im Rollstuhl schiebe, bin ich ein braves Kind. Habe ich eine Mutter neben mir, die immer (macht Tick- Störung nach) macht: 'Äh, was ist das denn für eine Mutter?' Also, das ist schon schlimm (...) Da müssen wir auch alle noch lernen (...)“ (Z.1941ff)

Die Öffentlichkeitsarbeit spiele in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Das bisherige Problem ist, dass das Thema bisher nur in Fachzeitschriften publiziert wird und noch zu wenig den Rest der Bevölkerung erreicht. Die Befragten nennen Medien, wie die Bild-Zeitung und Fernseh-Sendungen, wie die ‚Super-Nanny‘, um Bevölkerungsschichten aus allen sozialen Milieus flächendeckend zu erreichen. Ferner werden Leitfäden und Hinweise darauf, wie man Kinder erkennen kann, als hilfreich bewertet (Z.227).

6.3.4 Gruppenangebot Young Carers Deutschland

Diese Kategorie signalisiert die Anforderungen, die die Experten an ein Projekt zur Unterstützung stellen. Welche Relevanz und welche Wünsche bestehen in Bezug auf Strukturen und Inhalte?

Gruppenangebot: Young Carers Deutschland

- Wichtigkeit des Gruppenangebotes
- Wünsche an Inhalte und Strukturen des Gruppenangebotes
- Ausblick: Erfolg des Hilfsangebotes; Vorschläge für weiterführende Angebote

Wichtigkeit des Gruppenangebotes

Insgesamt wird das Gruppenangebot als sehr wichtig eingestuft und aufgrund der Möglichkeit zur Verantwortungsangabe sehr geschätzt. Es werden jedoch auch Bedenken geäußert, wie die Erreichbarkeit der Kinder am besten gelingen kann.

„Erst mal schwer, so eine Gruppenarbeit (...) die kommen ja aus so ganz vielen verschiedenen Bereichen (...) Das ist sehr vielfältig (...) die bräuchten eigentlich eine sehr intensive Betreuung. Das würde ich niemals alleine machen, auf jeden Fall. Immer eine Therapeutin dabei (...) aber sonst eine tolle Idee“ (Z.834-846)

Interessant bei dieser Aussage ist, dass die Interviewpartnerin am Ende des Gespräches dem zuvor benannten therapeutischen Ansatz eine deutlich geringere Bedeutung zuweist:

„(...) Für die da sein, (...) ich glaub das ist auch schon- stimmt, je länger wir hier reden (...) als ich mir (...) Sorgen machte, ´was mache ich denn da als Familienhelferin?´ Und irgendwann merkte, ´ich mache doch eigentlich gar nichts´ und das schon so viel war (...) Dieses kleine, einfache (...) Vielleicht habe ich das doch schon so ein bisschen zu weit gedacht mit der Gruppe. Vielleicht ist das doch schon riesig viel“ (Z.1503-1508)

Wünsche an Inhalte und Strukturen des Gruppenangebotes

Die Befragten betonen, dass Krankheitskommunikation sowie die Unterstützung bei täglichen Problemen zwingende Inhalte des Gruppenangebotes sein sollten (Z.1519f.). Die Kinder sollten lernen, sich selbst zu helfen und angemessen auf problematische Situationen zu reagieren (Z.1534f.). Auch Entspannung und künstlerische Betätigung sollten im Rahmen des Angebotes Platz finden.

„Malen ist eine gute Therapie (Z.1630f.)

„Die haben ganz viel (...) in den Bildern gezeigt, dass sie wissen, was los ist“ (Z.775ff.)

Doch es geht nicht nur um die Vermittlung spezifischer Themen, sondern auch um die Begegnung mit anderen Kindern, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

„Eigentlich fand ich (...) bei unseren Gruppen immer so gut, dass es (...) so ein Thema gibt (...), dass Kinder sich da treffen und sagen ´ach denen geht es auch so´“ (Z.875ff.)

Weitere Wünsche implizieren eine homogene Alterszusammensetzung und eine überschaubare Größe der Gruppen. Ebenso wichtig ist ein fundiertes Konzept und im besten Fall zwei Gruppenleiter für die Gruppenbetreuung. Ferner ist eine stabile Bezugsperson für das Vertrauensverhältnis Voraussetzung (Z.1583ff.). In der inhaltlichen Arbeit wird angeraten, die Kinder bewusst wahrzunehmen, ihnen Trost zu spenden, sie mit ihren Belangen ernst zu nehmen und Möglichkeiten des Aggressions- und Frustrationsabbaus zu geben.

„Vielleicht auch Kind sein dürfen. Vielleicht auch so dieses Mütterliche in so einer Gruppe ... Versorgen, vielleicht auch Kaffee und Kuchen (...)“ (Z.1497ff.)

„(...) Dass die so Lebensfreude auch zurück bekommen (...) echt was machen, worüber die sich freuen. Oder vielleicht auch, dass dieser Termin etwas darstellt, auf das sie sich freuen können (...) jede Woche einmal (...) ´da gehe ich gerne hin. Da kann ich mich mit anderen auch austauschen´, das soll ja auch Ziel sein sogar (...) dass das angenommen wird“ (Z.503ff.)

Ausblick: Erfolg des Hilfsangebotes; Vorschläge für weiterführende Angebote

Informationen über das Angebot eines Projektes sollen nicht nur über Fachkräfte, sondern auch direkt in das Bewusstsein der Kinder gelangen. Als Vorschlag wird die direkte Ansprache der Kinder benannt (Z.441ff.). Als weitere Idee wird ein Patenmodell vorgeschlagen, durch das den Kindern neue, positive Rollenmodelle aufgezeigt werden. Hierfür würden Ehrenamtliche benötigt werden (Z.1822ff. / Z.1878ff.).

Der Erfolg der Kindergruppen ist nach Angaben der Interviewten schwierig zu messen. Doch die Fachkräfte sind sich einig, dass es schon einen Erfolg darstellt, wenn eine geringe Zahl an Kindern erreicht wird.

„Wenn man dann wenigstens mal ein- zwei Kinder erreicht (...) Wenn Sie jetzt anfangen mit dem Projekt, denk ich mal, einige werden kommen, werden ganz viel fordern und kommen dann nie wieder (...) Aber irgendwann wird dann mal erzählt, es gab da früher mal eine Gruppe und da war ich und die hat mir den Ausschlag gegeben. Das erfährt man ja nicht immer selber“ (Z.1387-1397)

Eine Langzeitevaluation stellt für die Überprüfung des Erfolgs auf Fallebene die beste Voraussetzung, ist jedoch nicht einfach zu realisieren. Die Wirksamkeit so eines Projektes steht für eine Befragte außer Frage:

„(...) Und dann hat man doch ein bisschen was erreicht. Einfach da zu sein, ja. Das Herz ein bisschen auf zu haben, das ist schon wichtig“ (Z.1401ff.)

Doch es geht bei der Evaluation und der Bewertung einer Maßnahme, insbesondere in Zusammenhang mit Finanzierungsaspekten, darum, Fakten, die auf die Wirksamkeit hinweisen, statistisch nachzuweisen.

„(...) Dass man auch mal (...) Fakten hat. Viele wollen auch einfach nur (...) Papier wo es drauf steht, wie viel gibt es? Erfolg muss messbar sein“ (Z.1921-1925)

6.4 Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Expertenbefragung mit dem aktuellen Forschungsstand verglichen. Im Hinblick auf die Fragestellungen, ob und welchen Bedarf es an Unterstützungsmöglichkeiten gibt, welche Vorstellungen über Young Carers dominieren, wie Kinder angemessen erreicht werden können und welche Wünsche an eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bestehen, werden die Ergebnisse diskutiert. Das Ziel sind konkrete Maßnahmen, Hinweise und Ideen für die Entwicklung eines Konzeptes zur Unterstützung der Zielgruppe. Eine kritische Methodenreflexion erfolgt im Rahmen der zusammenfassenden Diskussion (vgl. Kapitel 11.2).

Es ist zu konstatieren, dass alle Interviewpartnerinnen ein persönliches Wissen über die Situation von Young Carers aufweisen. Zwei der Interviewpartnerinnen haben in der Vergangenheit sogar persönliche Erfahrungen als Kind eines erkrankten Elternteils gemacht. Nagl-Cupal et al. (2012) stellen fest, dass Young Carers eine erhöhte Affinität zu sozialen und Pflegeberufen haben, was sich auch in der Berufswahl von zwei befragten Experten als ehemalige Kinder kranker Eltern verdeutlicht. Bei der dritten Interviewpartnerin erfolgte eine Sensibilisierung nach einem Fachvortrag zum Thema.

Es wurde deutlich, dass es einen eindeutigen Bedarf an Fachinformationen zur der spezifische Zielgruppe von Young Carers gibt. Auch Klein (2005) und Romer et al. (2011) fordern die Sensibilisierung des medizinischen Versorgungssystems und der Öffentlichkeit. Zudem wird von Fachkräften bestehender Unterstützungsprojekte die Öffentlichkeitsarbeit neben der Arbeit mit den Familien als wichtigstes Kriterium benannt (Arenz-Greiving & Kober, 2007). Die Bewusstseinsbildung von Einrichtungen wird auch von Frank (2002) als ein Schlüsselement für die Umsetzung effektiver Präventionsarbeit mit Young Carers aufgeführt. Die Praktikerin weist in ihrem Manual zur Umsetzung von Young Carers Projekten darauf hin, dass die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Facheinrichtungen durch Medien, Internet und gemeinsame Veranstaltungen eines der wichtigsten Kriterien für die erfolgreiche Arbeit sowie für die Erreichbarkeit der Kinder ist. Die Befragten betonen die Notwendigkeit des frühzeitigen Sensibilisierungsprozesses bereits in der Berufsausbildung oder im Studium. Fachinformationen und Handlungskompetenzen im Umgang mit der jungen Zielgruppe sollten schon frühzeitig Einzug in die Berufs- und Fachschulen finden. Alle Interviewpartnerinnen konnten von betroffenen Kindern oder Familien aus dem Berufsalltag berichten. Bei allen befragten Experten wurde ein Sensibilisierungsprozess nach den Interviews deutlich. Auf konkrete Nachfrage zu den Bedarfen und Rekrutierungsmöglichkeiten begann eine Auseinandersetzung mit der Thematik. Obwohl bereits persönliche Erfahrungen bestanden, haben die Befragten die Rolle der Kinder nicht als Young Carers wahrgenommen. Doch auch wenn die Bezeichnung als solche und eine konkrete Auseinandersetzung mit der Thematik in der

Vergangenheit nicht stattgefunden hat, konnten die Experten eine Vielzahl an Informationen und Eindrücken liefern, die für die Entwicklung eines Angebotes wertvoll sind.

Es wurde jedoch deutlich, dass die Befragten im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit und Unterstützung an eigene Grenzen gelangen und Defizite im Umgang mit betroffenen Familien bestehen. Die Forderungen nach geeigneten Handlungskompetenzen sowohl in der Ausbildung als auch bei Fortbildungsmaßnahmen verlangen auch Riedesser und Schulte-Markwort (1999). Die Mediziner fordern, dass alle Erkrankungen der Eltern auch aus Sicht der Kinder betrachtet werden und in das ärztliche Handeln und Denken mit einfließen.

Ein häufig zitiertes Problem stellt die nicht vorhandene Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitssystems, insbesondere mit Ärzten dar. Aber auch die Netzwerkarbeit mit anderen Professionen wird von allen drei Befragten als wünschenswert, allerdings als noch nicht ausreichend, deklariert. Schon Lenz (2005) kam in seiner Untersuchung zur Kooperation zwischen den Hilfesystemen zu dem Ergebnis, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Erwachsenensystems zwar als hilfreich empfunden wird, die praktische Umsetzung aus Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen sehr ausbaufähig ist. Zudem bestehen Vorurteile hinsichtlich der Einrichtungen mit anderen Schwerpunkten und erschweren dadurch die Kommunikation. Der Wunsch des Austausches, der Kooperation und Zusammenarbeit wird sowohl von den regionalen Fachkräften als auch in einschlägiger Literatur immer wieder postuliert und als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Arbeit mit Young Carers betont (Metzing, 2007; Pott et al., 2005; Vidal et al., 2012). Die Befragten wünschen sich feste Ansprechpartner und Arbeitsgruppen vor Ort, um sich über ‚Fälle‘ auszutauschen und sich innerhalb der Hilfesysteme zu vernetzen. Ebenso fordern renommierte Forscher eine bessere Präsenz von nachhaltigen, lokalen Angeboten für Kinder und Jugendliche (Frank, 2002; Klein, 2005; Metzing, 2007). Es besteht noch eine gravierende Lücke im Versorgungssystem für Kinder körperlich, psychisch, suchtkrank und vor allem behinderter Eltern. Das Problem besteht darin, dass entsprechende Projekte noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht worden sind. Zudem stellt der Projektcharakter immer wieder Probleme in der langfristigen finanziellen Absicherung der Projekte dar (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Metzing-Blau et al., 2009; Reinisch et al., 2011). Diese Tatsache steht im Gegensatz zu steigenden Zahlen psychischer und Abhängigkeitserkrankungen (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; RKI, 2008) sowie Herz-Kreislaufkrankungen (RKI, 2012 und 2013; World Health Organization, 2011 und vgl. Kapitel 2.2).

Die Befragten sind sich einig, dass Kinder soziale Auffälligkeiten im Verhalten aufweisen, die jedoch nicht zwangsläufig negativ behaftet sind. Sie werden von den Interviewpartnerinnen als zurückgenommene Kinder beschrieben, die sehr sozial und empathisch sind. Ihre eigenen Bedürfnisse stellen sie häufig in den Hintergrund und können sie infolgedessen nur be-

dingt wahrnehmen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen aktuelle Forschungsarbeiten. Aufgrund der hohen Belastungsanforderungen, sind psychosoziale und psychosomatische Auswirkungen auf die Kinder belegt. Es werden vermehrt internalisierte (Hunt et al., 2005; Kuhn et al., 2011) und externalisierte Verhaltensauffälligkeiten (Kendler et al., 2013; Zobel, 2006) nachgewiesen, die bei ausbleibender Bearbeitung zu langfristigen Folgen im späteren Leben, z.B. klinisch auffälligen psychosozialen oder körperlichen Symptomen, führen können (Children's Society, 2013; Nagl-Cupal et al., 2012; Zhang et al., 2009). Doch auch die genannten positiven Fähigkeiten, wie eine erhöhte Empathiefähigkeit und Hilfsbereitschaft, werden in Forschungsarbeiten zu Young Carers bestätigt (Fives et al., 2010; Metzging, 2007). Die Erkenntnisse der befragten Experten stimmen überwiegend mit den theoretischen Erkenntnissen überein.

Die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Zielgruppen stellt in zahlreichen Präventionsprojekten ein häufig benanntes Problem dar. Auch in Kindergruppen für Young Carers stellt die Erreichbarkeit eine große Herausforderung dar (Fives et al., 2010). Als Gründe werden die Tabuisierung der Erkrankung, Scham und Angst vor Eingriffen in die Familie und nicht zuletzt die Wahrnehmung der eigenen Situation als Normalität benannt (Frank & Slatcher, 2009; große Schlarman et al., 2011b; Nagl-Cupal et al., 2012). In dieser Befragung sehen die Befragten, neben konkreten Vorschlägen, wie vermittelnde Personen und Checklisten für Fachleute, die Politik und die allgemeine Gesellschaft in einer Schlüsselfunktion. Eine Befragte plädiert an die Fürsorgepflicht der Gesellschaft, nicht wegzuschauen, sondern offen und verfügbar für Hilfebedürftige zu sein. Dahinter steht die Botschaft, der Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Diese Meinung steht im Einklang mit Forderungen von Metzging (2007), die ebenfalls an das ehrenamtliche Engagement der Gesellschaft appelliert. Zudem stehen öffentliche Medien, wie Fernsehen, Internet, Radio und Print-Medien in der Pflicht, betroffenen Kindern und Familien eine Aufmerksamkeit zu bieten, um die breite Öffentlichkeit über Sachverhalte zu informieren und Sensibilisierungsprozesse anzuregen. Bereits in der ersten deutschen Erhebung zu pflegenden Kindern von Dietz (1995) wird auf die Unterstützung auf politischer Ebene hingewiesen. Es folgen Forderungen und Wünsche an Rahmenbedingungen, Gesetze und Leitlinien auf politischer Ebene (Fives et al., 2010; Frank & Slatcher, 2009; Matzejat et al., 2011; Trojan, 2003).

Die Wichtigkeit eines Unterstützungsangebotes für Young Carers steht für alle Interviewpartnerinnen außer Frage. Sie sehen es zudem als Möglichkeit, Verantwortung abgeben zu können. Nach Aussagen der Fachkräfte gibt es einen mehrheitlichen Bedarf an Unterstützung für die Kinder. Über die Art der Unterstützung und über die tatsächliche Annahme eines Angebotes gibt es ambivalente Haltungen. Obgleich der Nutzen eines Projektes außer Frage steht, werden dennoch dessen Annahme und die damit verbundene Erreichbarkeit der Kinder von den Fachkräften in Frage gestellt. Konkrete Vorschläge zu erfolgversprechenden Inhalten und Themen einer Präventionsmaßnahme korrelieren mit Erfahrungen bestehender

Projekte. Die inhaltliche Ausgestaltung eines Konzeptes sollte demnach die Krankheitskommunikation, Stressbewältigung, Entspannung und künstlerische Betätigung zum Ziel haben. Ferner wird dem Zusammentreffen von Gleichgesinnten eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Auch in diesen Punkten stimmen die Befragten mit Ansichten renommierter Forscher überein. In Kapitel 3.1 und 4.2.2 wurde bereits darauf eingegangen, dass eine altersgerechte Aufklärung über die familiäre Erkrankung als ein Schutzfaktor betrachtet wird. Ebenfalls kommt der Stressbewältigung in Anbetracht der familiären Erkrankung als kritisches Lebensereignis und der vorwiegenden Nutzung problemorientierter, passiv-vermeidender Verarbeitungsstrategien eine besonders hohe Bedeutung zu (vgl. Kapitel 3.6 und 4.2.3). Die Befragungsergebnisse zeigen klare Vorstellungen an die Struktur eines Gruppenangebotes. Demnach stellt die Vertrauensbildung eine Grundvoraussetzung dar. Dies wird auch von Mielke und Gutknecht (2012) sowie Romer (2007) als ein Grundpfeiler für die Zusammenarbeit mit Kindern und Familien postuliert. Das Konzept sollte gut durchdacht und auf theoretischen Grundlagen basieren. Detaillierte Hinweise zu einer kleinen Gruppengröße und einer altershomogenen Zusammensetzung decken sich mit Erfahrungen ähnlicher Projekte für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (Bröning et al., 2012b; Ehrenfried & Mayer, 2001; Frank, 2002; Staets, 2008).

Die Forderung nach Evaluationen, als Nachweis der Wirksamkeit, wird von einer Interviewpartnerin anschaulich als „*Papier wo es draufsteht*“ (Z.1923) bezeichnet. Es zeigt sich, dass die Praxis auf Evaluationen angewiesen ist, um Nachweise für die Wirksamkeit zu liefern. Ein evidenzbasiertes Vorgehen und die Überprüfung der Wirksamkeit sind gängige Forderung für Präventionsprojekte (Frank, 2002; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Romer et al., 2011), nicht zuletzt um das Projekt nachhaltig sichern zu können und finanzielle Ressourcen einzuwerben.

6.5 Handlungsempfehlungen

Anhand der analysierten Literatur und aus den Ergebnissen der Experteninterviews lassen sich Handlungsempfehlungen für die Praxis in der Modellregion ableiten. Einige Vorschläge wurden von Interviewteilnehmerinnen konkret benannt, andere lassen sich aus dem Forschungskontext ableiten.

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen

- Es gibt einen eindeutigen Bedarf **eines Unterstützungsprojektes** für Kinder und Jugendliche in der Modellregion
 - Inhaltliche Schwerpunkte liegen auf der Informationsvermittlung, Stressbewältigung, Gleichgesinnte zu treffen und dem freien Spielen
 - Vertrauensbildung und nachhaltige Absicherung als Standard
 - Internetplattform als anonyme Kontaktmöglichkeit für Kinder und Jugendliche
- **Kooperation und Zusammenarbeit** mit anderen Hilfesystemen
 - Etablierung einer Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Leitfäden und Hinweisen zu Auffälligkeiten der Kinder
 - Forderung eines festen und präsenten Ansprechpartners vor Ort
- **Sensibilisierung** der Politik, Fachwelt und Öffentlichkeit
 - Präsenz von Young Carers Experten vergleichbar mit der Zuständigkeit einer Kinderfachkraft nach §8a SHB VIII in der Jugendhilfe
 - Integration des Themas in die Universitäts- und Fachausbildung
 - Appell an die Fürsorgepflicht der Gesellschaft sowie die Verantwortung der Politik
- **Fortbildungen** zu dem Thema für Fachkräfte und Interessierte
 - Fachinformationen und praxisnahe Handlungskompetenzen für Fachkräfte im Umgang mit betroffenen Kindern
- **Überprüfung und Evaluation** von Präventionsangeboten

Abschließend ist das Ziel dieser Erhebung nicht nur die Übersicht von Handlungsempfehlungen, sondern diese in einem weiteren Forschungsprojekt aufzugreifen und anschließend in die Konzeptentwicklung für ein Unterstützungsprojekt für Young Carers einfließen zu lassen. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Interviews mit betroffenen Kindern aus der Region (vgl. Kapitel 7). Zudem bilden sie eine Basis für die theoretische Konzeptentwicklung, die in Kapitel 8 nachzulesen ist.

7 Studie 2: Bedürfnisanalyse mit Kindern

Gegenstand der zweiten Teilstudie ist die Bedürfnisanalyse mit betroffenen Kindern, die im PHAC ebenfalls zur Problemdefinition (Assessment) gehört (Abb. 8).



Abbildung 8: Studienverlauf nach dem PHAC: Bedürfniserhebung mit Kindern.

Für die Entwicklung eines Präventionsangebotes für Kinder ist eine Bedürfniserhebung essentiell. Zunächst müssen dabei die Ideen und Konzepte der Kinder selbst verstanden werden. Deshalb war es nötig zu erfragen, welche Ideen ihr Handeln dominieren, welche Wünsche sie bezüglich eines Hilfsangebotes haben, welche Handlungskompetenzen vorhanden und welche noch ausbaufähig sind.

In der in Kapitel 6 beschriebenen Bedarfsanalyse wurde aus Sicht der Experten gefragt, welche Angebote für betroffene Kinder gewünscht sind. In dieser Teilstudie stehen die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder selbst im Mittelpunkt. Von der Forschung über Kinder geht es zur Forschung mit den Kindern sowie aus der Perspektive der Kinder selbst. Wegen der Besonderheiten der Forschung mit Kindern erfolgt ein Exkurs zum Thema Kindheitsforschung.

7.1 Exkurs: Kindheitsforschung

Das Konzept vom Kind als Akteur seines Selbst, als selbstständig und bewusst handelndes Subjekt, setzte sich erst seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts in der Kindheitsforschung durch (Grunert & Krüger, 2006). Als einer der Ersten arbeitete der Sozialhistoriker Aries (1975) die Kindheit als einen eigenständigen und gesellschaftlichen Status heraus. Ein tiefgreifender Perspektivenwechsel vollzog sich jedoch erst in den späten 80er und 90er Jahren.

Seitdem rückt die Kindheitsforschung verstärkt in die Perspektive von Wissenschaft und Politik. Kinder werden als eigenständige Akteure betrachtet, die ihre Lebensverhältnisse aktiv gestalten und verändern. Sie werden für kompetent gehalten, so dass ihre Perspektive in der Forschung respektiert wird. Die ursprüngliche Ausgrenzung der Kinder aus der Erwachsenenwelt verändert sich hin zu einer Kind-orientierten Betrachtungsweise, die den Kindern neben anderen Altersgruppen gleichberechtigte Teilhaberechte in der Gesellschaft und Forschung zuspricht. Seitdem verändern sich Konzepte, Methoden und Untersuchungsthemen sukzessive (Olk, 2003; Zinnecker & Silbereisen, 1996).

Insbesondere die qualitative Forschung mit Kindern sieht sich neuen Herausforderungen gegenüber. Die Kindheitsforschung bedient sich klassischer Methoden der Sozialforschung. Diese Methoden müssen jedoch reflektiert und modifiziert werden, so dass sie der Forschungssituation mit Kindern entsprechen. Das Ziel dabei ist, den Kindern eine Stimme zu geben und „*parteiliche Forschung im Interesse der Kinder zu betreiben*“ (Heinzel, 2003, S.123). Dennoch ist mit der neu zugesprochenen Kompetenz auch eine gewisse Utopie verbunden sowie die Schwierigkeit der Forscher, den Aussagen der Kindern eigene Interpretationen zuzusprechen. Es ist weitaus schwieriger, Kinder im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren zu befragen, als Eltern um die Beantwortung eines Fragebogens zu bitten (Zinnecker & Silbereisen, 1996). Somit birgt die qualitative Sozialforschung mit Kindern neue Möglichkeiten und Herausforderungen zugleich.

Die Probleme und Herausforderungen des Forschens mit Kindern sollen an dieser Stelle partiell aufgeführt werden (Heinzel, 2003; Prengel, 2009): Die auf Kinder und Jugendliche bezogenen Forschungsmodelle sind unweigerlich von Erwachsenen konzipiert und von deren Zuschreibungen auf Kinder bestimmt. Die Interpretation der Auswertung orientiert sich demnach an den Regeln der Erwachsenenkommunikation. Sprachliche Äußerungen sind abhängig vom kognitiven Entwicklungsstand der Kinder. Kindestypische Ausdrucksformen und deren Erklärungsmuster können sich mitunter stark von denen der Erwachsenen unterscheiden. Weiterhin birgt eine Interviewsituation zwischen Erwachsenem und Kind immer die Gefahr der ungleichen Partnersituation. Bei der Erhebung selbst muss die Lese- und Schreibkompetenz der Kinder zuvor in Erfahrung gebracht werden, um die Frageformulierung und Instruktion dementsprechend anzupassen. Ein oft diskutiertes Thema stellt die Schwierigkeit der Verlässlichkeit der Angaben von Kindern dar, da häufig die Neigung zu Antworten nach sozialer Erwünschtheit und Suggestibilität angenommen wird. Während einige Forscher die Glaubwürdigkeit von Kindern in qualitativen Interviews in Frage stellen (Heinzel, 2003; Trautmann, 2010), gehen andere (Delfos, 2010) davon aus, dass die Suggestibilität von Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren abnimmt, nachdem diese ab dem 13. Lebensjahr wieder langsam zunimmt. Pinquart et al. (2011) ermutigen, dass bereits Kinder ab dem zweiten Lebensjahr mit Aufgaben zur Datengewinnung konfrontiert werden können. Allerdings sind Kinder im Vorschulalter noch in hohem Maße suggestibel. Die Wirkung

suggestibler Fragen bei Kindern zwischen 8 und 10 Jahren ist bereits deutlich geringer. Ferner muss die Interviewsituation an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden, wie beispielsweise die Interviewdauer und die Anpassung an die Erzählkompetenz des Kindes.

Vor diesem Hintergrund wurde die Durchführung dieser Teilstudie den Forschungsgegebenheiten und der jungen Zielgruppe angepasst. Insbesondere die Vorbereitung auf die Interviewtreffen mit den Kindern sowie die flexible Anpassung an die Interviewsituation und die individuellen kindlichen Bedürfnisse stellten wichtige Voraussetzungen zur Durchführung der Studie dar.

7.2 Fragestellung

Ziel der Untersuchung war im Sinne einer Bestandsaufnahme die Erfassung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Kinder in der Modellregion. Wie eben dargestellt, kann eine Bedarfserhebung aus Sicht von erwachsenen Experten die individuellen Bedürfnisse der Kinder selbst nicht hinreichend erfassen. Auch wenn die wissenschaftliche Befragung von Kindern durchaus mit Herausforderungen verbunden ist, wurde in dieser Teilstudie versucht, die Kind-orientierte Perspektive in das Präventionskonzept mit einfließen zu lassen. Basierend auf der Erhebung sollten Wünsche identifiziert werden, die für die Kinder im Vordergrund stehen und der Unterstützung bedürfen. Zusätzlich sollten die spezifischen Kenntnisse und Empfindungen bezüglich der familiären Erkrankung identifiziert werden. In diesem Zusammenhang war der Umgang mit schwierigen Situationen und kritischen Lebensereignissen von Interesse, um die individuelle Stressverarbeitung und Befindlichkeit zu erfragen. Die Studie diente ebenfalls dazu, Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung betroffener Kinder zu entwickeln.

Folgende Hauptfragestellungen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht.

Tabelle 14: Fragestellungen der Bedürfniserhebung mit Kindern.

a) Erkrankung der Eltern

- a) Wie empfinden die Kinder die Erkrankung der Mutter oder des Vaters?
- b) Was für Stressverarbeitungsstrategien zeigen die Kinder?
- c) Wie verhalten sich die Kinder in schwierigen Situationen?

b) Welche Wünsche und Erwartungen haben Young Carers?

- a) für sich selbst?
 - b) für ihre Familie?
 - c) an ein Unterstützungsangebot?
-

Auf der einen Seite sollten die Kenntnisse der Kinder über die Erkrankung und die kindliche Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung ermittelt werden sowie der Umgang mit schwierigen Situationen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung, Streitsituationen oder auch anderen kritischen Situationen stehen. Auf der anderen Seite sollten die Kinder nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen befragt werden, die nicht zwingend im Zusammenhang mit der familiären Erkrankung stehen müssen.

7.3 Leitfaden

Der Leitfaden grenzte das Themengebiet für das Interview im Sinne der Fragestellung der Untersuchung ein. Er sollte das Hintergrundwissen des Forschers systematisch organisieren und eine kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise sichern. Er diene als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen, in dem der gesamte Problembereich in einzelnen Feldern aufgelistet ist (Witzel, 1985). Mit Problembereichen ist die Lebenssituation der Kinder gemeint, z.B. ihre Aufgaben, Belastungen und Risikofaktoren, ihre Fähigkeiten und Schutzfaktoren oder Bewältigungsmöglichkeiten. Dieser Leitfaden wurde als teilstandardisierter Leitfaden entwickelt, da er aus einer Kombination von offenen, erzählgenerierenden und strukturierten Nachfragen bestand. Der partiell standardisierte Leitfaden erleichterte zudem die Vergleichbarkeit der Interviews (Anhang A) Interviewleitfaden der Bedürfnisanalyse).

Der Problembereich orientierte sich an der Fragestellung und resultierte aus dem Literaturbestand zum Thema. Aus diesen Kriterien konnten die relevanten Themenkomplexe für den Leitfaden formuliert werden. Er beinhaltete folgende Themenfelder:

Einleitung: Vertrauensbasis, Erklärung des Interviews

1. Einstieg: Eröffnung, erzählgenerierende Fragen zu Hobbies und Spielen
2. Familie: Besonderheiten, Erkrankung, Konflikte
3. Kind selbst: Aufgaben, Bewältigungsstrategien, Verhalten
4. Gruppe: Wünsche, Ideen, Anregungen
5. Abschluss: Feen-Frage, Tierwunsch

Zum Einstieg in das Interview sollte zunächst das Gesprächsziel durch Metakommunikation verdeutlicht werden. Das Kind wurde über die Absichten des Interviews informiert, indem das Vorgehen und der Ablauf kindgerecht vermittelt wurden. Nach Delfos (2010) erzielen Kinder in Interviews bessere Leistungen, wenn die Regeln des Gespräches erklärt werden. Das Kind durfte Fragen stellen und wurde um die Erlaubnis der Tonbandaufnahme gebeten. Zuletzt wurde noch einmal versichert, dass es keine richtigen oder falschen Aussagen gibt, sondern alles Gesagte richtig ist, solange es nur das ist, was das Kind wirklich denkt. Nach

einer knappen Einführung wurde das Kind eingeladen, seine Meinung zu äußern und sofern es möglich war, erzählgenerierend ermutigt.

Beispiel: „Schau, dies ist ein Interview, so ähnlich wie das, was Journalisten machen, ein Fragegespräch, um dahinter zu kommen, was du über etwas denkst. Ich weiß, wie ich Fragen stellen muss und du weißt, was du davon hältst, und genau das will ich wissen.“

Als Einstiegsfrage wurde zunächst nach Hobbies und Freizeitaktivitäten gefragt. Diese Frage diente der einfachen Beantwortung sowie eines positiven Erzählflusses. Zudem wurden Charaktereigenschaften und Vorlieben des Kindes erfragt.

Das Themenfeld ‚Familie‘ erfasste die familiäre Erkrankung sowie das kindliche Verständnis und den Umgang mit dieser Erkrankung. Es sollte insbesondere die eigene Empfindung und das individuelle Verhalten des Kindes erhoben werden. An dieser Stelle spielte die Kenntnis der kognitiven Entwicklung in bestimmten Altersstufen z.B. nach Piaget (1988) sowie das Verständnis von entwicklungspsychologischen Erklärungsmodellen von Krankheit und Tod (Lohaus, 2013; Riedesser & Schulte-Markwort, 1999; Romer & Hagen, 2007) eine große Rolle, um auf Antworten angemessen eingehen zu können. Es wurde überdies nach familiären Konflikten und belastenden Lebensereignissen gefragt, um in der zweiten Phase des Interviews den Umgang mit diesen zu ermitteln.

Beispiel: „Ich habe mich auch schon mit deiner Mama / deinem Papa unterhalten. Mich interessiert aber vor allem deine Sicht über die Familie.“

Im Themenkomplex zum ‚Kind selbst‘ wurden die vorigen Fragen zu belastenden Lebensereignissen und der familiären Erkrankung weiter vertieft. Der Umgang in Form von Stressverarbeitungsstrategien sowie die kindlichen Erklärungsmuster für die Erkrankung und das eigene Verhalten, wie sie beispielsweise Romer et al. (2005) identifizierten, sollten hier erfragt werden.

Beispielfrage: „Deine Mama hat mir schon erzählt, dass es ihr manchmal nicht so gut geht / sie krank ist. Mich interessiert jetzt vor allem, was du darüber so denkst. Wie geht es dir dabei, wenn deine Mama / dein Papa krank ist?“

Im Abschnitt ‚Gruppe‘ wurden die Kinder explizit nach eigenen Ideen, Wünschen und Anregungen zur Gruppe befragt. Dies beinhaltete sowohl Fragen nach Spielen und Übungen, Ausflugszielen und Aktivitäten als auch ausgewählte Themen und Wünsche zur Weiterbildung. Bei der Äußerung von Wünschen wurden den Kindern keine Grenzen gesetzt.

Beispielfrage: „Was würdest du hier gerne mal machen, wenn du dir alles wünschen dürftest?“

Im letzten Abschnitt wurde das Kind nach einem Tierwunsch gefragt. Die Identifikation mit einem bestimmten Tier, was für besondere Charakterzüge und Verhaltensweisen steht, sollte die anschließende Interpretation begünstigen. Ferner wurde dem Kind die ‚Feen-Frage‘ gestellt. Das Kind wurde gebeten, sich vorzustellen, dass es eine Fee trifft, die ihm drei Wünsche erfüllen kann. Einer der drei Wünsche ist für die Gruppe, ein Wunsch für die Familie und ein Wunsch für das Kind selbst reserviert. Die Reihenfolge der Antworten zeigte die Relevanz des genannten Themas für das Kind selbst und sollte in der Auswertung als gewichtig eingestuft werden. Wenn Kinder aufgefordert werden, sich etwas zu wünschen oder zu zaubern, geben sie mitunter eindrucksvolle Werte konkreter Wünsche wieder (Andresen & Hurrelmann, 2010).

Abschließend wurde dem Kind die Möglichkeit eingeräumt, eigene Themen, nach denen nicht explizit gefragt wurde, einzubringen und frei zu erzählen.

Die Reihenfolge der Themen erfolgte nicht zufällig, sondern stieg im Schwierigkeitsgrad. Die Fragen nach Hobbies und Freizeitaktivitäten waren leicht zu beantworten, während für Fragen zum Umgang mit Konflikten und der familiären Erkrankung bereits ein Vertrauensverhältnis bestehen sollte. Gerade bei diesen persönlichen Fragen kann sich die Stimmung schnell verschlechtern, so dass dem jungen Gesprächspartner viel Freiraum und Zeit zur Verfügung stehen musste. An dieser Stelle war nach Bedarf eine kurze Pause angeraten, in der sich das Kind von der anspruchsvollen Situation erholen konnte.

Der Leitfaden diente als roter Faden für den Interviewer, doch auch auf den roten Faden des Kindes musste geachtet werden, so dass die Reihenfolge der eigenen Fragen offen blieb. Die Flexibilität des Forschers, spontane ad-hoc-Fragen und das Eingehen auf die erzählten Beispiele, die aus kindlicher Sicht wichtig erschienen, rundeten das Interview ab.

Nach Erstellung des Leitfadens wurde dieser auf Praktikabilität und Verständlichkeit sowohl in der eigenen Forschergruppe als auch in einer direkten Gesprächssituation geprüft. So wurde in einer Pilotphase ein Probeinterview mit einem 14-jährigen Mädchen durchgeführt, das weder in Verbindung mit dem Projekt steht noch selbst ein Young Carer ist. In Form von ‚lautem Denken‘ zu den Fragen berichtete das Mädchen, was sie darunter versteht und wie sie darauf antworten würde (Konrad, 2010). Nach dieser inhaltlichen und formalen Überprüfung wurde der Leitfaden geringfügig optimiert und für die Interviewdurchführung bereitgestellt.

7.4 Interviewpartner

Insgesamt wurden elf Kinder im Rahmen der Untersuchung befragt. Im Folgenden wird beschrieben, welche Kriterien bei der Auswahl der Kinder für die Untersuchung zu Grunde lagen und wie der Zugang zu ihnen erfolgte. Anschließend werden die Kinder in Kurzportraits unter einem anderen Namen vorgestellt.

7.4.1 Auswahl der Interviewpartner

Die Zielgruppe der Interviewpartner stellten alle Kinder im Alter zwischen 6 und 18 Jahren dar, die mit einem erkrankten Familienmitglied zusammenleben. Es wurden ausschließlich Kinder interviewt, die mit einer Erkrankung eines Familienmitgliedes unmittelbar konfrontiert sind. Dabei konnte es sich sowohl um eine körperliche Erkrankung, eine Behinderung oder eine psychische Erkrankung, z.B. Depression oder Suchtmittelabhängigkeit handeln (vgl. Definition im Kapitel 2.1).

Die Akquise der Interviewpartner beschränkte sich auf die Region Bad Bramstedt, weil die anschließende Umsetzung des Unterstützungsangebotes ebenfalls für diese Region geplant war.

Im Rahmen der Projektarbeit zu YCD wurde ein breites Netzwerk an professionellen Fachkräften aufgebaut. Aus diesem Grund wurden in einem ersten Schritt zahlreiche Fachpersonen aus sozialen, pädagogischen und gesundheitsrelevanten Einrichtungen über das geplante Praxis- und Forschungsvorhaben informiert. Ein daraus resultierender Pool von engagierten und qualifizierten Ansprechpartnern fungierte anschließend als Vermittler zwischen betroffenen Familien und dem (Forschungs-)Projekt. Nach dem zeitintensiven Netzwerkaufbau, der knapp ein Jahr dauerte, zählte schließlich ein breites Netzwerk an professionellen Institutionen zu den Kooperationspartnern des Projektes. Folgende Institutionen wurden im Rahmen der Projektarbeit kontaktiert und informiert:

- Sozialeinrichtungen
 - Örtliches Familienbüro mit Jugendamt, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung, Suchtberatung, sonstige Beratungseinrichtungen, Schulsozialarbeiter, Kinderschutzbund
- Pädagogische Einrichtungen
 - Vier Grundschulen, zwei weiterführende Schulen (Gymnasium und Gemeinschaftsschule), Förderschule, Schülerhilfe, zwei Kindergärten

- Gesundheitssektor
 - Kinderärzte, Allgemeinmediziner, ambulante Pflegedienste, umliegende Kliniken, Kinderhospiz, Ambulante teilstationäre Therapie (ATS)
- Sonstige Einrichtungen
 - Die Tafel¹, Jugendzentrum, Sportvereine, kirchliche Einrichtungen, die Stadt (der Bürgermeister)
- Arbeitskreise und Arbeitsgruppen
 - Netzwerk in Bad Bramstedt, sexuelle Gewalt gegen Kinder, Sozialausschuss Bad Bramstedt, Arbeitskreis Frühe Hilfen²

Insbesondere die sozialen Einrichtungen, wie das örtliche Jugendamt, ausgewählte Schulsozialarbeiter und vereinzelt Lehrer zählten zu den engagierten Berufsgruppen, über die betroffene Familien und Kinder für das Projekt rekrutiert wurden. Insgesamt konnten 31 Kontakte vermittelt werden, von denen elf Kinder mit Einverständnis der Eltern zu der Befragung bereit waren. Nach einem ersten Kennenlern-Gespräch, in dem die Situation des Kindes und der Familie erfasst wurde, fand im Anschluss die Teilnahme an dem Interview statt. Es wurde eine schriftliche Einwilligung der Eltern eingeholt sowie eine mündliche Einwilligung der Kinder erbeten. Es handelte sich daher um ein *theoretical sampling*, in dem die Untersuchungsteilnehmer nicht nach Repräsentativität, sondern nach dem Erkenntnisinteresse einzelner Fälle ausgewählt wurden.

7.4.2 Darstellung der Interviewpartner

Insgesamt wurden elf Kinder im Alter zwischen 7 und 13 Jahren im Zeitraum von 2011 bis 2013 interviewt. Darunter waren fünf Jungen und sechs Mädchen, von denen ein Junge einen türkischen Migrationshintergrund hatte. Die Kinder gingen auf die örtliche Grundschule, auf das Gymnasium oder die weiterführende Gemeinschaftsschule (Haupt- und Realschule). Bei den Erkrankungen der Angehörigen überwogen die psychischen Erkrankungen mit elf Nennungen, häufig in Verbindung mit einer weiteren Erkrankung. Unter einer Sucht- oder Alkoholerkrankung litten vier Elternteile und ebenso viele litten unter körperlichen Erkrankungen, wie Krebs und Herzprobleme. Ein Angehöriger wurde als Elternteil mit einer Behinderung benannt.

Die folgend skizzierten Kurzbeschreibungen beziehen sich auf die Lebensumstände der Kinder zur Zeit der Interviews. Die Namen der Kinder wurden anonymisiert.

¹ Gemeinnütziges Projekt, im Rahmen dessen Lebensmittel an Bedürftige verteilt werden

² Projekt für Babys und Kleinkinder mit dem Ziel des gesunden Aufwachsens von Kindern, indem Entwicklungsmöglichkeiten und Beziehungs- und Elternkompetenzen verbessert werden

Tabelle 15: Befragte Kinder im Überblick.

Befragtes Kind	Alter	Erkrankung der Eltern	Familienstand der Eltern	Geschwister
Florian	10	Psychische Erkrankung beider Eltern, sonstige Erkrankung der Mutter	Verheiratet	3 Brüder
Lina	10	Suchterkrankung des Vaters, schwere Alkoholerkrankung der Mutter	Getrennt Lebend	1 Schwester
Markus	10	Körperliche und geistige Behinderung der Mutter	Geschieden	Keine Geschwister
Sonja	11	Psychische Erkrankung eines Elternteils, Herzprobleme des Vaters	Getrennt Lebend	2 Schwestern, 1 Bruder
Karl	11	Adipositas der Mutter, Krebserkrankung der Tante	Allein lebend	Keine Geschwister
Adem	9	Starke psychische Erkrankung beider Eltern	Verheiratet	1 Schwester
Chris	13	Alkoholsucht des Vaters, Burnout-Syndrom der Mutter	Geschieden	1 Schwester
Antonia	11	Angewiesen auf einen Rollstuhl und psychische Belastungen (Depression) der Mutter	Geschieden	1 Schwester
Jaqueline	10	Depression und posttraumatische Belastungsstörung nach Vergewaltigung der Mutter	Geschieden	2 Brüder, weitere Halbgeschwister
Anna	7	Psychische Probleme beider Elternteile	Verheiratet	1 Schwester
Marla	9	Alkoholsucht des Vaters, Burnout-Syndrom der Mutter	Geschieden	1 Bruder

Florian, 10 Jahre

Florian lebt mit zwei jüngeren und einem älteren Bruder zusammen bei seinen Eltern. Der Kontakt wurde über einen Mitarbeiter des Jugendamtes hergestellt, der eines der vier Kinder der Familie betreut. Die Familie wurde aufgrund sexueller Übergriffe zweier Brüder beim Jugendamt vorstellig. Auch die Mutter räumt ein, dass sie selbst als Kind sexuell missbraucht worden ist. Derzeit leidet sie an psychischen Erkrankungen, u.a. Depression und ist aufgrund dessen in Behandlung. Zusätzlich wurde bei ihr ein Schiefhals diagnostiziert, der symptomatisch mit Botox-Spritzen behandelt wird. Die Mutter nimmt an einer Selbsthilfegruppe für vergewaltigte Frauen teil. In der Familie ist die Schiefhals-Erkrankung der Mutter bekannt. Die

mütterliche Depression wurde in der Familie einmal angesprochen. Die Vergewaltigung sowie daraus resultierende psychische Belastungen wurden nicht thematisiert. Florian ist ein sehr aufgeschlossener und redseliger Junge. Er ist selbstbewusst und extrovertiert. Dem Interview steht er offen gegenüber, versteht es als Spiel und genießt die Aufmerksamkeit und die Möglichkeit, über sich zu sprechen.

Lina, 10 Jahre

Lina lebt ohne ihre Schwester bei der Mutter und deren Lebenspartner. Ihre Eltern leben seit circa zwei Jahren getrennt. Linas Mutter ist stark alkoholabhängig und hat wiederholte Erfahrungen mit Krankenhaus- und Entziehungskuren. Linas Vater hat ein diagnostiziertes Drogenproblem und wohnt in der Nähe. Er hat regelmäßigen Kontakt zu seiner Tochter. Die ältere Schwester (21 Jahre) ist zurzeit obdachlos. Auch sie hat wiederholte Einweisungen und Entziehungskuren aufgrund starken Drogenkonsums durchlebt. Beide Elternteile haben keine Krankheitseinsicht bezüglich ihres Alkohol- bzw. Drogenkonsums. In der Familie ist die Erkrankung ein Tabuthema und auch außerhalb der Familie wird nicht darüber gesprochen. Die Kontaktvermittlung fand über die Schulleiterin von Linas Grundschule statt. Nach mehreren Appellen der Schulleitung an die Mutter kontaktierte diese den Ansprechpartner des Projektes. Im weiteren Verlauf schätzte sie die Unterstützung für ihre Tochter, gestand ihren Alkoholkonsum jedoch nicht ein. Lina ist ein ruhiges Mädchen. Sie weist sehr unsicheres und auffälliges Verhalten auf. Kontaktaufnahmen mit Gleichaltrigen fallen ihr schwer. Sie tritt durch aggressives und grenzüberschreitendes Verhalten mit anderen in Kontakt. Über die Suchterkrankungen in der Familie mochte sie nicht sprechen.

Markus, 10 Jahre

Markus lebt ohne Geschwister bei seiner Mutter und ihrem Lebenspartner. Die Eltern sind seit der Einschränkung der Mutter getrennt. Es besteht ein unregelmäßiger Kontakt zum Vater. Vor ca. sechs Jahren erlitt Markus' Mutter einen schweren Autounfall, nach dem sie wochenlang im Koma lag und mit schweren neurologischen und physiologischen Beeinträchtigungen erwachte. Nach einer sechsmonatigen Rehabilitation und psychologischer Betreuung lernte sie das Sprechen und gewann mit Mühe das Sorgerecht für ihren Sohn. Markus ist im Alter von 10 Jahren seiner Mutter körperlich und intellektuell überlegen. Er schämt sich für die Behinderung seiner Mutter, grenzt sich ab und nutzt ihren Nachteil aus, indem er Geld klaut, wegläuft und aggressives Verhalten zeigt. Der Kontakt zum Projekt wurde über die Schulsozialarbeiterin der Grundschule hergestellt. Auch dort weist der Junge auffälliges Verhalten, wie häufiges Weinen, eine geringe Frustrationstoleranz und wenig soziale Kontakte auf.

Sonja, 11 Jahre

Sonja lebt mit zwei jüngeren Schwestern und einem Bruder bei der Mutter und deren Lebensgefährten. Der Interviewkontakt wurde von der Schulsozialarbeiterin der Grundschule empfohlen. Ein Erstkontakt entstand über den alkoholabhängigen Vater, der um das Wohl seiner Kinder besorgt war. Die weitere Kontaktaufnahme verlief über die Mutter. Über die Familienverhältnisse wurde nur wenig preisgegeben. Elterliche Streitigkeiten im Rahmen der Trennung werden von beiden Elternteilen thematisiert. Die Mutter leidet unter intensiven Stimmungsschwankungen, was eine nicht diagnostizierte manisch-depressive Erkrankung vermuten lässt. Sonjas Vater leidet unter kardiovaskulären Gesundheitsproblemen. Die Kinder erlebten mehrfach eine Bewusstlosigkeit des Vaters sowie damit einhergehende Notarztbesuche. Es folgten mehrmonatige Krankenhausaufenthalte des Vaters. Die Familie pflegt eine offene und rege Kommunikation über Probleme aller Art. Sonja fungiert scheinbar als Partnerersatz und ist für die emotionale Unterstützung ihrer Mutter verantwortlich. Sie übernimmt als älteste Schwester die Versorgung der Jüngeren und empfindet diese Fürsorge als selbstverständlich. Sonja wies in den Interviews eine hohe narrative Kompetenz auf. Sie kommuniziert über Probleme sowie über vergangene und schwierige Erfahrungen und kritische Lebensereignisse.

Karl, 11 Jahre

Karl lebt als Einzelkind bei seiner Mutter. Zu dem Vater gibt es keine Informationen. Die Kontaktaufnahme der Mutter wurde über die Einrichtung ‚die Tafel‘ empfohlen. Karls Mutter ist stark adipös und berichtete von zeitweisen depressiven Phasen. Die kürzlich aufgetretene Krebserkrankung der Tante beschäftigt den Jungen nach Angaben seiner Mutter stark. Die kleine Familie bezieht Sozialleistungen und ist äußerlich stark vernachlässigt. Karl ist ebenfalls stark übergewichtig und zeigt ein antisoziales Verhalten. Er ist ein introvertierter Junge und zeigt Interesse an Computerspielen. In der Familie herrscht eine eingeschränkte Kommunikation zu Problemen, Erkrankungen und Gefühlen. Im Rahmen des Interviews antwortete der Junge desinteressiert, einsilbig und stockte mehrfach in seinem Erzählfluss. Es war notwendig initiiierend in den Interviewverlauf einzugreifen. Erzählungen über die Familie, eigenes Befinden und Bedürfnisse konnten somit nur eingeschränkt gewonnen werden.

Adem, 9 Jahre

Adem lebt mit seiner jüngeren Schwester bei seinen Eltern. Der Kontakt wurde über einen Mitarbeiter des Jugendamtes hergestellt, der beide Elternteile in der Vermittlung eines ambulanten Unterstützungsangebotes betreut. Beide Elternteile haben starke psychische Probleme, die jedoch nicht weiter spezifiziert wurden. Vor allem die Mutter leidet unter intensiven, depressiven Verstimmungen. Der Vater kümmert sich um den Haushalt und die Versorgung der Kinder, da die Mutter aus Krankheitsgründen dieser Aufgabe nicht mehr nachgehen

kann. Bei dem ersten Treffen verläuft die Kommunikation ausschließlich über den Vater, die Mutter ist zwar anwesend, verhält sich jedoch sehr passiv und ist kaum ansprechbar. Adem ist ein sehr angepasster und introvertierter Junge. Er zeigt sich zurückhaltend, wohl erzogen und den Erwartungen der Erwachsenen entsprechend. Zu Hause übernimmt er im Rahmen der Essensversorgung den Einkauf und die Essenszubereitung für sich und seine Schwester. Auch die Versorgung und Verantwortung für seine jüngere Schwester übernimmt er bereitwillig. Über die psychische Erkrankung der Elternteile kann Adem nicht sprechen, doch die auffälligen Symptome einer schweren Depression sind ihm gut bekannt. Nach anfänglicher Zurückhaltung und Nervosität, ‚taute‘ der Junge zunehmend auf und berichtete in kleinen narrativen Sequenzen von den häuslichen und belastenden Umständen.

Chris, 13 Jahre

Chris lebt mit seiner Schwester Marla, die ebenfalls als Interviewpartnerin fungierte, bei seiner Mutter. Die Eltern leben derzeit in Trennung. Es besteht ein regelmäßiger Kontakt zum Vater. Der Vater meldete sich eigenständig auf Anraten einer Jugendamtsmitarbeiterin. Er ist langjährig alkoholkrank und steht zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme kurz vor dem Beginn einer Therapie. Der Vater neigt unter Alkoholeinfluss zur Gewalttätigkeit und Aggression. Er hat bereits wiederholte Erfahrungen mit Entziehungs- und Therapieversuchen. Chris' Mutter ist mit der Krankheits- und Trennungssituation überfordert. Sie wurde zur Zeit der Kontaktaufnahme wegen eines Burnout-Syndroms krankgeschrieben. Sie ist aufgrund dessen in ambulanter psychologischer Betreuung. Innerhalb der Familie besteht seit kurzer Zeit eine offene Kommunikation über das Alkoholproblem des Vaters sowie die psychische Belastung der Mutter. Die Kinder reden vornehmlich mit der Mutter über die Probleme mit ihrem Vater. Chris ist ein ruhiger, introvertierter Junge, der sich im Laufe des ersten Treffens langsam öffnete und zögerlich über die Alkoholerkrankung des Vaters sprach. Entgegen seiner introvertierten Art benahm sich Chris in vertrauter Umgebung humorvoll und aufgeweckt.

Antonia, 11 Jahre

Antonia lebt mit einer 15-jährigen Schwester bei ihrer Mutter. Es gibt keine Informationen zu dem Vater. Der Kontakt zur Familie wurde über eine Familienhelferin hergestellt. Die Mutter leidet unter einer Depression und befindet sich in Therapie. Sie berichtet zudem von einer dreijährigen, psychisch bedingten Gehbehinderung, die sie von einem Rollstuhl abhängig machte. Innerhalb der Familie wird seitens der Mutter offen über die psychischen Probleme kommuniziert. Antonia zeigt sich jedoch sehr verschlossen und verdrängt die gesundheitlichen Probleme ihrer Mutter. Dennoch berichtete sie von ihrem Versuch zur sozialen Unterstützung der Mutter sowie der Verantwortungsübernahme im Haushalt. Antonia ist ein lebensfrohes und sportlich aktives Mädchen. Ihre erste Schüchternheit im Interview legte sich schnell und sie berichtete selbstbewusst von ihrer Familie und Vergangenenem.

Jaqueline, 10 Jahre

Jaqueline lebt mit einem jüngeren und einem älteren Bruder bei der Mutter. Zudem hat sie zahlreiche jüngere und ältere Halbgeschwister väterlicherseits. Der Kontakt wurde über eine Familienhelferin hergestellt. Die Mutter leidet unter einer starken Depression aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörungen nach einer Vergewaltigung. Sie befindet sich in ambulanter Betreuung. Während der depressiven Phasen ist die Mutter in ihrer elterlichen Kompetenz stark eingeschränkt und kann die Kinder nur mit Unterstützung Außenstehender versorgen. In einem Erstgespräch berichtet die Mutter offen über ihre Depression und damit einhergehenden Problemen in der Mutterrolle. Jaqueline ist ein sehr offenes, jedoch auch grenzüberschreitendes Mädchen. Nach einer kurzen unsicheren Phase berichtet sie schnell von kritischen und gewaltbelastenden Lebenssituationen. Zum Thema werden die ausbleibende Zuneigung des Vaters, Gewalt zwischen den Eltern und den Brüdern sowie sexuelle Übergriffe innerhalb der Familie. Jaqueline weist grenzüberschreitendes und gewalttätiges Verhalten auf und hat Probleme in der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen. Sie genießt die Interviewsituation, die damit verbundene Aufmerksamkeit an ihrer Person und berichtet mit Eifer über kritische Lebenserfahrungen.

Anna, 7 Jahre

Anna lebt gemeinsam mit ihrer jüngeren Schwester bei ihren Eltern. Der Kontakt wurde ebenfalls über eine Familienhelferin hergestellt. Annas Mutter ist stark adipös und zeigt daraus resultierende Folgeerkrankungen und -symptome, was sie an der Versorgung der Kinder sowie des Haushalts hindert. Der Vater befindet sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in einer Umwandlung zum weiblichen Geschlecht. Er ist in psychologischer Betreuung. Die Familie bezieht Sozialleistungen und ist äußerlich stark auffällig. Dies zeigt sich auch in einer mangelnden Hygiene der ganzen Familie. Anna ist sehr zurückhaltend und schüchtern. Der Vater steht dem Angebot sehr skeptisch gegenüber, doch die Mutter befürwortet die Teilnahme der Tochter. Mit Unterstützung der Familienhelferin kann ein Kontakt zu dem Kind hergestellt werden. Das Mädchen benimmt sich während des Interviews altersentsprechend. Nach einer anfänglichen Schüchternheit berichtet sie in kurzen Erzählsequenzen über für sie wichtige Themen. Eine Orientierung am Leitfaden gestaltete sich bei dieser jüngsten Interviewpartnerin schwierig, da ihre Aufmerksamkeit auf anderen Themenschwerpunkten lag. Vereinzelt Äußerungen zur häuslichen Situation waren dem Mädchen möglich.

Marla, 9 Jahre

Marla lebt mit ihrem Bruder Chris (s.o.) bei ihrer Mutter. Sie ist ein selbstbewusstes und aufgewecktes Mädchen. Sie berichtet stolz von Erfolgsleistungen in der Schule und betont selbstsicher ihr Interesse an mathematischen Aufgaben. Auf Nachfrage berichtet sie von der Alkoholerkrankung ihres Vaters und schildert einfühlsam die psychische Belastung ihrer Mutter. Es besteht eine Identifikation mit der Mutter. Sie fühlt sich für die emotionale Unterstützung ihrer Mutter verantwortlich und fungiert als Gesprächspartner.

7.5 Untersuchungsdurchführung

Die Interviewpartner wurden während des Erstgespräches oder telefonisch zum Interviewtermin in den Gruppenraum des YCD Projektes eingeladen. Zu Beginn wurden die Eltern über den Ablauf des Interviewverfahrens informiert und um ein schriftliches Einverständnis gebeten. Für einige Kinder war dieses Treffen das erste Zusammentreffen mit der Untersuchungsleiterin, was eine besondere Empathie erforderte. Das vorrangige Ziel war daher zunächst, eine angenehme und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, so dass sich die Kinder wohl fühlten und bereit für ein Interview auf freiwilliger Basis waren. Der Gruppenraum für Kinder war ein passender Ort für das Interview, da er sowohl kindgerechte Spielsachen als auch eine angenehme und geschützte Atmosphäre bot.

Für jede Befragung wurden insgesamt etwa 2 Stunden eingeplant. In den ersten 30 bis 45 Minuten lag der Schwerpunkt auf der Vertrauensbildung und dem Kennenlernen durch gemeinsames Spielen. Eine anschließende Bereitschaft für das Interview war Voraussetzung für die Durchführung. Es erfolgte eine wertschätzende Einweisung in die Rahmenbedingungen und den Gesprächsanlass. Nach Delfos (2010) erzielten Kinder bessere Leistungen in Interviews, wenn ihnen die Regeln erklärt werden. Nachdem auch die Nutzung des Aufnahmegerätes vom Kind bewilligt wurde, konnte das eigentliche Interview beginnen.

Zunächst wurden allgemeine Fragen über Lieblingsspiele und Hobbies gestellt, um den Gesprächsfluss anzuregen und narrative Erzählsequenzen des Kindes zu fördern. Im Weiteren wurden anhand des Leitfadens die interessierenden Fragen und Themen gemeinsam erarbeitet. Die Reihenfolge passte sich dabei den Erzählphasen und Beispielschilderungen des Kindes an. Der Interviewer war dabei stets bemüht, den Beispielschilderungen des Kindes mit Interesse zu folgen und entsprechend nachzufragen. In der sogenannten *Vertiefungsphase* wurden die vom Kind genannten Themen aufgegriffen sowie detaillierte Nachfragen zu kritischen und tabubesetzten Themen gestellt (Trautmann, 2010). Im Falle von offensichtlichen Antworten nach sozialer Erwünschtheit, Phantasiedarstellungen oder der Verweigerung eines Themas wurde behutsam versucht, das Kind zu weiteren Aussagen zu ermutigen.

Die Interviewdurchführung orientierte sich an den Kommunikationsregeln von Delfos (2010), die in ihrer Gesprächsführung bei Kinderinterviews sowohl die Metakommunikation, nonverbale Kommunikation als auch praktische Beispiele zu schwierigen Situationen bereithält.

In zwei Fällen wurde eine Pause während der Interviewdurchführung angeboten, da die Konzentrationsfähigkeit der Kinder nachließ. Mit aktiver Betätigung oder einer Pause, in der die Kinder malen durften, wurde eine Auszeit zur kurzfristigen kognitiven Erholung gewährt.

In der Abschlussphase wurden die letzte Fragen, die Tierwunsch- und Feen-Frage (vgl. Kapitel 7.3), thematisiert und ferner die Möglichkeit eingeräumt, eigene Themen, nach denen nicht explizit gefragt wurde, zu benennen. Ein abschließendes Lob für die Teilnahme und die Auskunftsbereitschaft der Kinder sowie ein kleines Dankeschön in Form einer Süßigkeit, beendeten die Interviewsituation.

Die reine Interviewdauer betrug zwischen 20 und 60 Minuten. Im Anschluss an alle elf Interviews wurde ein Postskriptum erstellt, das eine Beschreibung der Kontaktaufnahme, der Gesprächssituation, der Atmosphäre, der Besonderheiten und Äußerungen nach der Tonbandaufzeichnung beinhaltet. Zusätzlich erfolgte eine spontane Einschätzung des Interviews.

7.6 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach den Kategorien, die aus den Textstellen gebildet wurden. Dabei konnte eine Aussage auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die Darstellung orientiert sich an den Hauptfragestellungen:

1. Die familiäre Erkrankung bezog sich vornehmlich auf die kindliche Wahrnehmung, sowie auf das Verhalten und Empfindungen bezüglich der familiären Erkrankung.
2. Verarbeitungsstrategien der Kinder in Bezug auf konfliktreiche Situationen und kritische Lebensereignisse.
3. Wünsche und Erwartungen der Kinder an ein Unterstützungsangebot, für ihre Familien und für sich selbst.

Die Visualisierung der Kategorien erfolgt mit Hilfe des Computerprogramms FreeMind-MindMaps (Anhang C) Analyseschritte der Auswertung). Die Interviewerin wird mit dem Kürzel ‚I‘ versehen.

Nach jeder Kategorienvorstellung legt eine Zusammenfassung der Inhalte einen Schwerpunkt auf ausgewählte Themen, um diese in ihrer Gesamtheit besser einordnen zu können. Vorab wird jede Kategorie inklusive Unterkategorien dargestellt und mit ausgewählten Interviewziten belegt, um den Auswertungs- und Interpretationsprozess transparent zu gestalten.

ten. Interviewzitate zu allen Kategorien befinden sich im Anhang F) Ankerbeispiele der Bedürfniserhebung.

7.6.1 Familiäre Erkrankung

Um den Bedarf der Kinder zu ermitteln, wurde zunächst nach Kenntnissen über die familiäre Erkrankung und nach der Wahrnehmung der familiären Erkrankung gefragt. Krankheitsvorstellungen, eigene Erklärungsmodelle sowie konkrete Erfahrungsberichte in Bezug auf die Erkrankung der Eltern fielen in diese Kategorie.

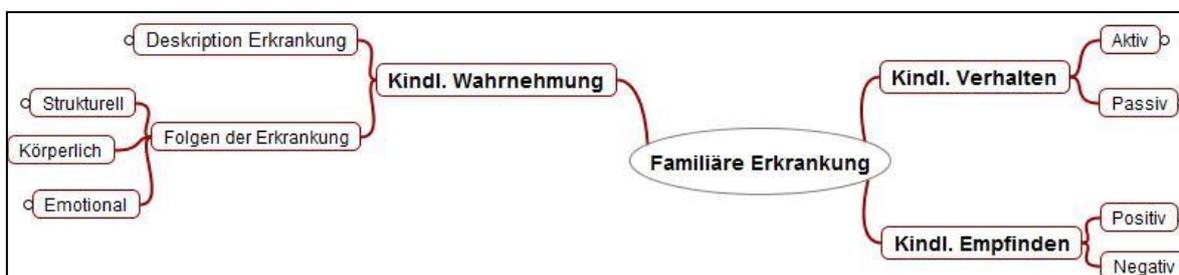


Abbildung 9: Code-Baum Familiäre Erkrankung.

Zum Thema Familiäre Erkrankung ließen sich drei Hauptkategorien identifizieren: Die Wahrnehmung, das Verhalten und das Empfinden der Kinder bezüglich der familiären Erkrankung. Anhand dieser drei Hauptkategorien werden im Folgenden die Themen schriftlich dargestellt und mit ausgewählten Zitaten der befragten Kinder untermauert.

Kindliche Wahrnehmung

Die kindliche Wahrnehmung der familiären Erkrankung zeigt sowohl konkrete Bezeichnungen und Erklärungsmodelle der Krankheit als auch daraus resultierende strukturelle, körperliche und emotionale Folgen für den Erkrankten.

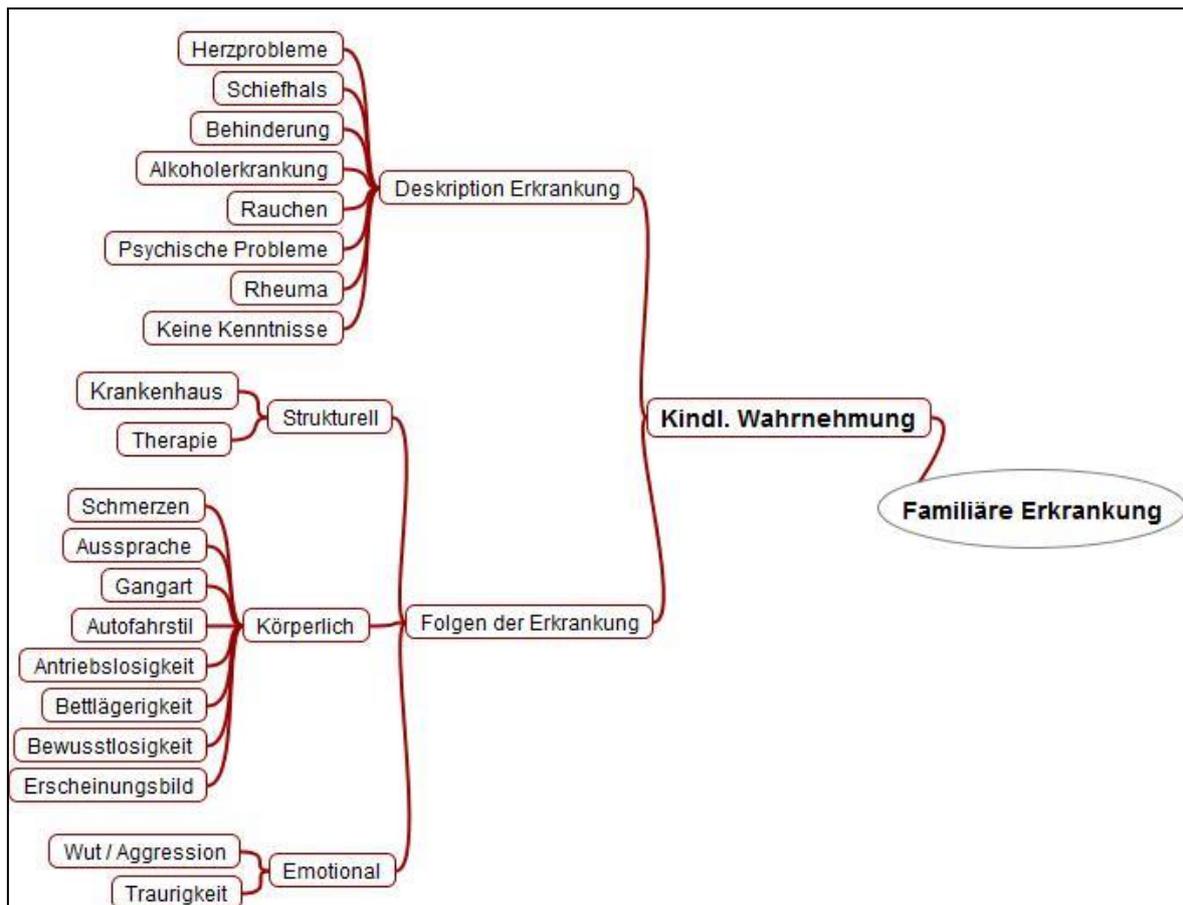


Abbildung 10: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Kindliche Wahrnehmung.

Die Kinder finden konkrete Bezeichnungen für die Erkrankung. Insgesamt werden von den Kindern die **Erkrankungen** Alkoholsucht, Herzprobleme und psychische Probleme benannt. Auf die Frage nach der Erkrankung der Eltern können sie anschauliche Beispiele und Krankheitsbezeichnungen wiedergeben.

„Ja, also er war halt früher auch Alkoholiker und er will das halt wegkriegen für uns und für ihn“ (Marla, Z.171)

Jedoch haben über die Hälfte der befragten Kinder von einer Erkrankung in der Familie keine Kenntnis, verdrängen diese oder möchten nicht damit konfrontiert werden (Antonia, Z.248-269).

Auf konkrete Nachfrage schildern die Kinder differenziert die strukturellen, körperlichen und emotionalen Folgen des erkrankten Familienmitgliedes. Insbesondere die krankheitsbedingten Verhaltensänderungen beeinflussen das kindliche Verhalten in belastenden, von Krankheit bestimmten Situationen (siehe Kategorie Familiäre Erkrankung / Verhalten).

Die **strukturellen Veränderungen** ergeben sich durch Krankenhaus- und Therapieaufenthalte, die häufig mit einer längerfristigen Abwesenheit des Erkrankten verbunden sind.

„Sonja: Und dann musste er immer ins Krankenhaus für ein, zwei Jahre. Und das ist überhaupt nicht toll. Wir haben ihn manchmal besucht und so. Und das ist auch nicht so toll“ (Sonja, Z.73)

Die für die Kinder sichtbaren **körperlichen Veränderungen** des erkrankten Angehörigen, wie Schmerzen, eine veränderte Aussprache oder Gangart, Bettlägerigkeit oder das äußere Erscheinungsbild, werden besonders gut wahrgenommen und mit Hilfe von Beispielen anschaulich beschrieben.

„Lina: Ähm, dass sie im Bett lag und so, und dann immer- sie hat auch immer, wenn ich zum Beispiel jetzt vom Hort kam, hat sie mich dann immer abgeholt und dann hat sie auch gesagt, sie hat ganz dolle Bauchschmerzen und so“ (Lina, Z.72)

Die körperliche Behinderung der Mutter wird von Markus (Z.93-98) insbesondere durch ihre veränderte Kommunikation sowie durch ihre auffällige Gangart beschrieben. Neben den Verhaltensveränderungen aufgrund der Erkrankung ist von den Kindern zudem eine optische Veränderung erkennbar.

„I: Und wie merkst du das, dass sie sich vielleicht mal nicht so wohl fühlt?“

Karl: Das sieht man ihr auch an

I: Ja, wie sieht sie denn dann aus?“

Karl: Blass, als ob sie ganz normal krank wäre, aber dann bisschen blasser als sonst“ (Karl, Z.83-86)

Auch die **emotionalen Folgen** insbesondere bei einer psychischen Erkrankung können Marla und Antonia kommunizieren.

„I:(...) und merkst du das manchmal, wenn es ihr nicht so gut geht und sie Schmerzen hat?“

Antonia: Ja

I: Wie merkst du das denn?“

Antonia: Aus ihrer Stimmung

I: Echt?“

Antonia: (bestätigendes Kopfnicken) Weil sie ist ja auch, wenn das mal wieder so richtig losgeht, dann ist sie meistens ganz traurig und so

(...)

Antonia: Das ist eigentlich meistens das im Winter, glaube ich“ (Antonia, Z.203-218)

Die Alkoholsucht des Vaters bemerkt Chris vornehmlich durch seine aggressiven Verhaltens-tendenzen.

„Chris: Also ich habe nie so richtig gemerkt, dass er dann (..) blau war. Aber wenn man nachdenkt, dann kann man es schon merken. Also er hat jetzt nicht gemurmelt und genuschelt und so, aber (...) er wurde schnell wütend“ (Chris, Z.179)

Kindliches Verhalten

Diese Kategorie bezieht sich auf das Verhalten der Kinder in Bezug auf konkrete Krankheitsphasen der Eltern, wie depressive Episoden oder akute körperliche Probleme. Der Umgang mit stressbezogenen oder kritischen Situationen allgemein wird in der Kategorie ‚Stressverarbeitungsstrategien‘ in Kapitel 7.6.2 aufgegriffen.



Abbildung 11: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Kindliches Verhalten.

Die Kinder zeigen sowohl passive als auch aktive Verhaltensweisen im Umgang mit der familiären Erkrankung. Es überwiegen positiv konnotierte Nennungen der Kinder, wie **Verantwortungsübernahme** und Unterstützungsleistungen für Familienangehörige.

Jaqueline (Z.176-179) unterstützt ihre psychisch kranke Mutter vorwiegend durch emotionalen Beistand. Sonja und Karl (Z.93-94) zeigen sich ebenfalls hilfsbereit und sorgen für die erkrankte Mutter, indem sie sich um das leibliche Wohl kümmern, wie Essen und Trinken bereitstellen.

„Sonja: Ich bin in diesen Situationen sehr hilfsbereit. Ich mache meiner Mutter manchmal Tee und so. Das habe ich früher auch gemacht, habe ihr Frühstück ans Bett gebracht und so. Wenn sie krank war und das ist ja selten, das ist schade, weil ich mag das so, wenn ich meine Mutter so -- Meine Mutter verwöhnt uns ja immer, wenn sie krank ist, dann tue ich ihr auch immer ganz viel Gefallen machen. Zum Beispiel, wenn sie ein Toastbrot will und so, mache ich das ja auch immer und Tee mache ich dann auch immer, so Kamillentee“ (Sonja, Z.67)

Anna berichtet stolz von der Kompetenz, sich um ihre 5-jährige Schwester zu kümmern. Auch Jaqueline sorgt sich bei Bedarf bereitwillig um Geschwister und Mutter.

Insgesamt ist eine ausgeprägte Verantwortungsübernahme bei den Kindern in Form von unterstützenden Haushaltstätigkeiten deutlich erkennbar (Adem, Z.72 / Lina, Z.45). Lina berichtet sogar von ihrem Beitrag zu der medizinischen Versorgung in Form von Medikamentenvergabe.

„Lina: Zum Beispiel jetzt wenn sie im Bett liegt und dann gebe ich ihr, also hole ich ihr ihre Medizin, die sie dann dazu braucht, wenn sie krank ist (schweres Ausatmen)“ (Lina, Z.76)

Die **Zuflucht zu einer Bezugsperson**, in der Regel zu dem gesunden Elternteil, ist das einzige konkret geäußerte aktive Verhalten der Kinder, um sich selbst in einer akuten Krankheitsphase eines Elternteils zu behelfen.

„I: Was machst du denn dann, wenn du deswegen so traurig bist?“

Markus: Bei Mama weinen

I: Das ist gut

Markus: Und dann fragt sie, warum und dann sage ich ihr das“ (Markus, Z.132-137)

Neben den aktiven Verhaltensweisen benennen die Kinder vornehmlich **passiv-vermeidende Strategien** für den Umgang mit der familiären Erkrankung. **Der Rückzug** in Situationen, die von aggressivem Verhalten geprägt sind, ist die am häufigsten genutzte Strategie der Kinder.

„I: Und auch wenn er was getrunken hatte oder so ein bisschen-

Marla: Ja, dann habe ich mich eben ein bisschen von ihm eher entfernt, damit nichts passiert zum Beispiel. Dass er mich jetzt noch anbrüllt irgendwie noch“ (Marla, Z.218-219)

Auch das Zurückziehen und Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse in besonderen Situationen wird von Lina als selbstverständlich betrachtet, um ihre Mutter die notwendige Zeit zur Erholung zu gewähren.

Lina: Dann lasse ich sie in Ruhe, dann kann sie ein bisschen schlafen, dann gehe ich in mein Zimmer“ (Lina, Z.73-74)

Gleichzeitig möchte das Mädchen nicht zu sehr mit den belastenden Informationen konfrontiert werden (Verdrängung).

„I: Würdest du das denn gerne wissen oder würdest du das gerne erklärt bekommen?“

Lina: Mhm (verneinend), eigentlich nicht, mhm (verneinend)“ (Lina, Z.178-179)

Auch Karl (Z.219-222) möchte mit kritischen Themen, wie der Krebserkrankung der Tante nur ungern konfrontiert werden, geschweige denn weitere Informationen erhalten.

Eine von Kindern häufig genutzte Verhaltensweise bei schwierigen Situationen ist die Gehorsamkeit (Antonia, Z.151-155 / Adem, Z.113-118). Um weiteren Problemen vorzubeugen, werden Anweisungen best- und schnellstmöglich ausgeführt.

„I: Und dann merkst du, ihr geht es nicht so gut, verstehe. Und was machst du dann, wenn Mama so brüllt und es ihr nicht so gut geht?“

Anna: Mh (... ..) mich ganz schnell anziehen und runtergehen und ganz schnell zur Schule gehen mit Papa

I: Also du machst das, was sie sagt?

Anna: Aber auch ganz schnell. Wenn wir das nämlich nicht tun, könnte es- manchmal, wenn wir das nicht tun, haut sie uns“ (Anna, Z.119-122)

Abschließend wird deutlich, dass die Kinder aktiv versuchen, zu helfen und zu unterstützen, indem sie sich um jüngere Geschwister kümmern oder die Versorgung des Erkrankten übernehmen. Die eher passiv-vermeidenden Verhaltensweisen beziehen sich auf das eigene Verhalten der Kinder im Umgang mit einer Krankheitsphase des Elternteils.

Kindliches Empfinden

Die Empfindungen der Kinder in akuten Situationen oder bei Krankheitsfolgen der familiären Erkrankung variieren von gutgemeinten bis hin zu ablehnenden Gefühlen zum Elternteil.

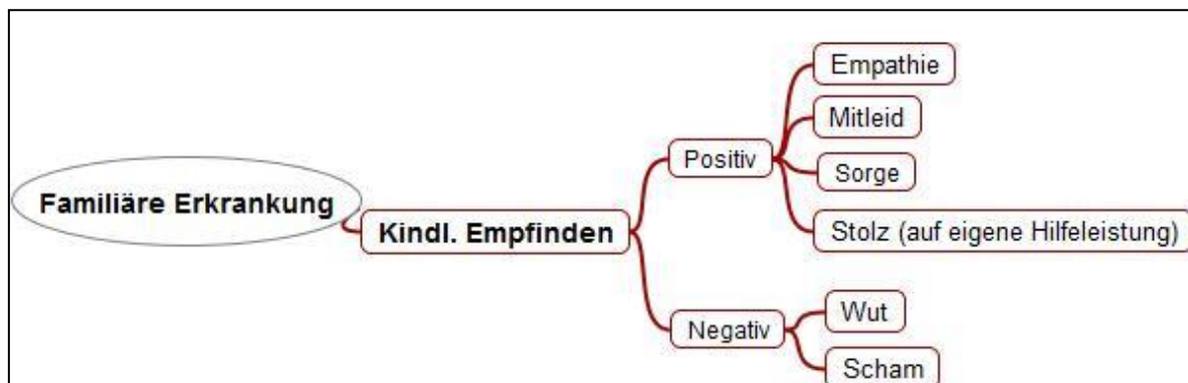


Abbildung 12: Code-Baum Familiäre Erkrankung – Empfinden.

Florian und Jaqueline können die Empfindungen der psychisch kranken Mutter sehr gut nachempfinden (**Empathie**). Beide Kinder nutzen die gleiche symbolische Terminologie des Herzens, was umschreibt, dass sie sich mit der Mutter sowie mit der Familie emotional verbunden fühlen.

„I: Wie geht es dir denn dann, wenn es deiner Mama nicht so gut geht?“

Florian: Mir geht's dann selbst auch nicht gut

Florian: Ich hab ja fünf Herzen sozusagen und wenn ein Herz kaputt ist, sind alle anderen auch“ (Florian, Z.120-123)

„I: Wie merkst du denn sonst noch, wenn es ihr manchmal nicht gut geht?

Jaqueline: Ich merk das, weil ich hab genau das gleiche Herz wie Mama. Sie merkt, wenn ich traurig, ich merk, wie wenn sie traurig ist“ (Jaqueline, Z.182-183)

Auch Antonia (Z.203-208) kann sich in die Stimmungsschwankungen ihrer psychisch kranken Mutter einfühlen.

Das **Mitleid** der Kinder und der damit verbundene Wunsch der körperlichen und seelischen Gesundung der Eltern werden in folgender Aussage deutlich.

„I: Wie geht's dir denn dabei, wenn es deiner Mama nicht so gut geht?

Jaqueline: Nicht gut, weil es auch doof ist, wenn sie sich nicht fühlt oder so“ (Jaqueline, Z.190-191)

Die 9-jährige Marla **sorgt sich** um den Therapieerfolg ihres alkoholkranken Vaters. Nach vergangenen Versuchen begibt er sich zum Zeitpunkt der Befragung in eine Entzugsklinik.

„Marla: Ich finde es toll von ihm, dass er das macht, damit es ihm und uns besser geht. Also vor allen Dingen eigentlich ihm. Und ich hoffe, dass das dann auch klappt

I: Hast du Angst, dass das dann vielleicht nicht klappt?

Marla: Nein, nein, nein, ich hab keine Angst, dass es nicht klappt, aber letztes Mal- er war ja schon mal in einem – na ja Krankenhaus, so was ähnliches wie ein Krankenhaus- und das hat halt nicht geholfen, aber da war er auch nur eine Woche und nicht drei Monate“ (Marla, Z.175-177)

Sonja hat aufgrund der wiederkehrenden, nächtlichen Notarzteinsätze für ihren Vater Angst. Aufgrund der Herzerkrankung des Vaters musste wiederholt der Notarzt gerufen werden, was die Kinder des Nachts miterlebten.

„Sonja: Dann kam immer ein Krankenwagen und dann stehe ich um zwölf Uhr auf ‚Was ist denn los?‘ ‚Geh wieder schlafen‘, aber die Sirene düdüdü. Ich lag ja auch immer so am Fenster“ (Sonja, Z.77)

Die Verlustängste des Mädchens werden auch bei längerer Abwesenheit der gesunden Mutter deutlich.

„Sonja: Ne, genauso wie mit dem Streit und so. Sie haben sich mit Tassen beworfen. Und das haben meine Geschwister mir erzählt. Das war sehr bescheuert, weil ich mir dann große Sorgen gemacht hab. Weil meine Mutter die drei Tage nicht da war. Da habe ich mir große Sorgen, dass sie im Krankenhaus liegen soll oder so. Dachte ich, das wirklich und da habe ich mir so große Sorgen und da waren zum Glück Ferien. Ich hab bei meiner Mutter angerufen, alles

versucht und so. Sie hat sich ja nicht gemeldet und so. Und das war die schlimmste -- das war ganz schön heftig“ (Sonja, Z.91)

Neben dem Mitleid und der Sorge empfinden die Kinder jedoch auch **Stolz** bezüglich ihres eigenverantwortlichen Verhaltens. Marla (Z.93-97), Jaqueline (Z.127f.) und Lina (Z.45ff.) betonen ihre Bereitschaft bei Haushaltstätigkeiten. Die Betonung der freiwilligen Leistung verdeutlicht den Stolz über ihr Können. Auch die erst 7-jährige Anna berichtet stolz von der Betreuung ihrer jüngeren Schwester.

„Anna: Und manchmal hab ich sie auch in den Hochstuhl gehoben

I: Kannst du das denn schon?

Anna: (bestätigendes Kopfnicken) Ich fand sie nicht schwer

I: Und warum hast du das schon gemacht?

Anna: Weil es mir Spaß macht“ (Anna, Z.56-60)

Einige Kinder empfinden jedoch auch ablehnende und negative Gefühle, wie **Wut und Scham**. Markus ist wütend auf die veränderten Lebensbedingungen, die mit der schweren körperlichen Behinderung infolge eines Autounfalls der Mutter einhergehen.

„Markus: Einmal war ich auch richtig sauer, weil hier zwei Leute haben bis jetzt die Polizei angerufen, weil die haben gesagt ‘Mama ist betrunken’, weil sie so getorkelt ist. Einmal einer bei der Wäsche der Chef, aber der hat sich entschuldigt und der hat dann auch, Waschgutscheine haben wir bekommen oder für einmal weiß ich gar nicht und dann hat -- das war gerade erst. Und dann haben wir die Polizei bei uns vorbeifahren sehen und denn sage ich so: ‚Oh gleich halten die uns an.‘ Aber das war nur ein Scherz und dann sind wir zu Hause gefahren auf die Auffahrt, dann kommen die, dann kommt die Polizei bei uns auf die Auffahrt. Ich denk so: Was ist jetzt los, ich hoffe die drehen jetzt und dann sind die aber nicht umgedreht ... Und dann hat Mama gefragt, wer das war. Weil irgendein anderer Autofahrer hat das eben gesagt, dass sie irgendwie betrunken fährt“ (Markus, Z.98)

Die Alkoholerkrankung von Marlas Vater sowie damit einhergehende Wesens- und Verhaltensänderungen stoßen bei dem Mädchen auf Unverständnis und Wut.

„I: Wie geht’s dir denn dann, wenn dein Papa so komisch drauf ist?

Marla: Ja mir geht’s gar nicht gut: Ich finde das auch gar nicht in Ordnung, dass er so was in unserer Nähe macht. Also oder dass er jetzt seine Wut an uns auslässt zum Beispiel, ich finde das einfach nicht in Ordnung“ (Marla, Z.226-227)

Einige Kinder **schämen sich** in der Öffentlichkeit, insbesondere vor Gleichaltrigen, aufgrund der Erkrankung oder des äußerlichen Erscheinungsbildes bei starker Adipositas sowie bei den Bewegungsproblemen aufgrund der körperlichen Behinderung.

„I: Ach so, dann denken die Leute, Mama ist betrunken.

Markus: Fährt betrunken, weil sie auch ein bisschen komisch Auto fährt, sie bremst sehr heftig

I: Okay. Und wie geht es dir dann dabei, wenn du so was mitkriegst?

Markus: Unangenehm (...)“ (Markus, Z.99-100)

Zusammenfassung

Wenige Kinder können die Erkrankung des Elternteils konkret benennen. Sie bemerken jedoch damit einhergehende Wesens- und äußerliche Veränderungen sowie die Folgen der Erkrankung. Die Kinder weisen unterschiedliche Erklärungsmodelle in Bezug auf die familiäre Erkrankung auf, was auf eine mangelnde Kommunikation innerhalb der Familien deutet.

Das kindliche Verhalten in akuten Krankheitsphasen der Eltern wechselt zwischen intensiver Verantwortungsübernahme in praktischer und emotionaler Hinsicht, der Suche nach emotionaler Unterstützung bei dem gesunden Elternteil sowie vorwiegend passiv-vermeidenden Strategien, wie Rückzug, Zurückstellen eigener Bedürfnisse und Gehorsam.

Es zeigen sich divergierende Gefühle der Kinder. Zum einen überwiegen positive, mitfühlende und sorgende Empfindungen hinsichtlich des Erkrankten. Zum anderen werden auch negative und ablehnende Gefühle, wie Wut und Scham in den Erzählungen der Kinder deutlich. Insbesondere Erkrankungen, die mit Wesensveränderungen einhergehen, rufen ambivalente Gefühle bei den Kindern hervor (z.B. bei einer Alkoholerkrankung).

7.6.2 Stressverarbeitungsstrategien der Kinder

Insgesamt lassen sich elf Stressverarbeitungsstrategien der Kinder identifizieren, die sie in stressauslösenden Situationen anwenden. Diese lassen sich in sechs günstige Strategien und fünf ungünstige Strategien unterteilen (Abb. 13).

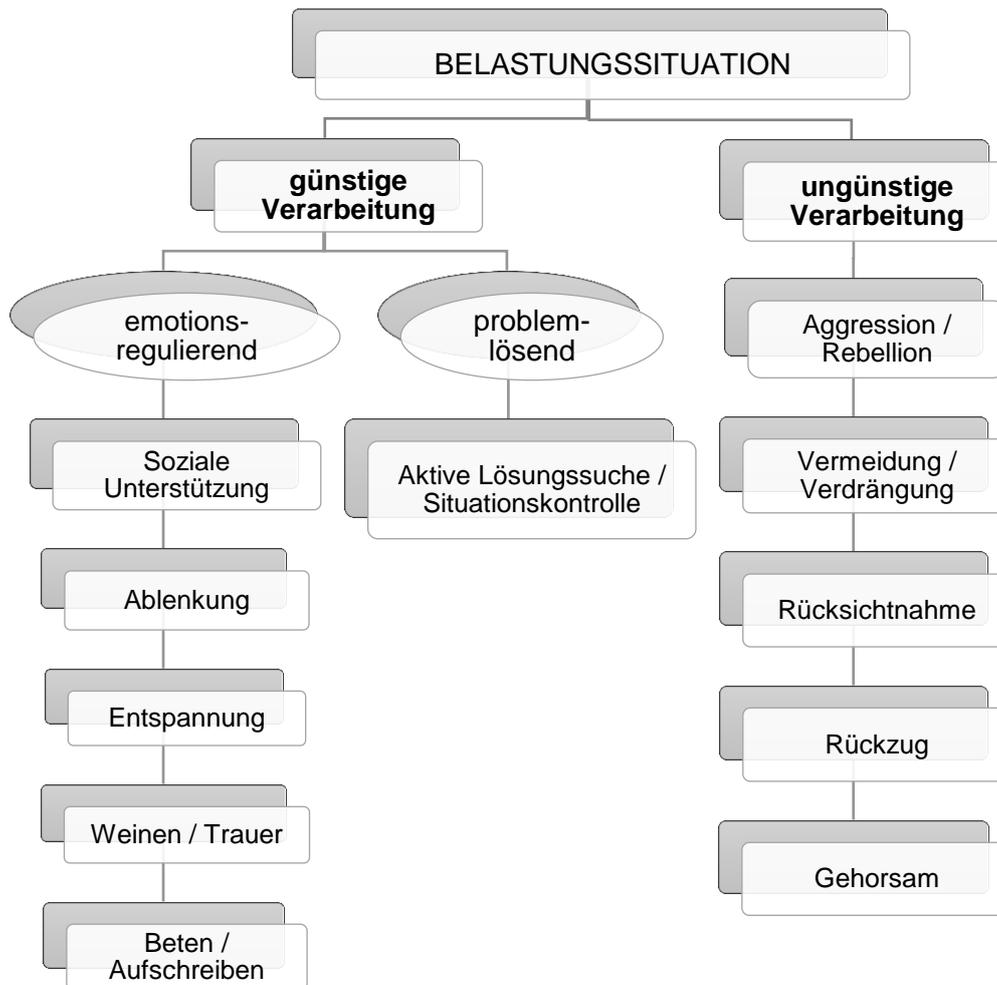


Abbildung 13: Stressverarbeitungsstrategien der befragten Kinder.

In der Lebenswelt der Kinder überschneiden sich zum Teil altersbedingte Entwicklungsaufgaben mit akuten Krankheitsphasen der Eltern. So trägt der alkoholranke Vater im alkoholisierten Zustand Konflikte mit seinem 13-jährigen Sohn aus, der sich wiederum in einem Abgrenzungsprozess der Jugendphase befindet. Obgleich das explizite Verhalten der Kinder in Verbindung mit der familiären Erkrankung unter Kapitel 7.6.1 ‚Verhalten bezüglich der familiären Erkrankung‘ bereits aufgeführt wurde, werden im Folgenden die Kategorien dargestellt, die sich auch auf allgemeine Stresssituationen der Kinder beziehen. Eine etwaige Doppelung in der Darstellung der Strategien bzw. des Verhaltens ist dabei nicht auszuschließen.

7.6.2.1 Ungünstige Verarbeitungsstrategien

Zu den ungünstigen Strategien, die im Rahmen der Interviews benannt wurden, werden aggressives Verhalten, Vermeidung / Verdrängung, Rücksichtnahme, Rückzug und Gehorsam gezählt. Es zeigt sich, dass die Kinder eine Vielfalt an ungünstigen Strategien als Bewältigungsmethode für sich nutzen.

Aggressives Verhalten wird zum Beispiel von Antonia (Z.117-121) in Verbindung mit geschwisterlichen Konfliktsituationen erwähnt. Markus richtet sein aggressives Verhalten im Gegensatz dazu auf Objekte.

„I: Und wenn du mal traurig oder wütend bist und Mama oder Papa ist nicht da? Hast du dann Ideen, was du machen kannst?“

Markus: Traurig oder wütend? Also bei wütend da gehe ich hoch in mein Zimmer und boxe in mein Kissen rein“ (Markus, Z.65-66)

Weiterhin hilft die **Verdrängung** den Kindern, sich vor belastenden Ereignissen oder Informationen zu schützen. Kurzfristig kann diese problemorientierte Strategie durchaus positiv wirken, langfristig ist die Verdrängung eine eher ungünstige Verarbeitungsform. Chris möchte direkt nach einer Streitsituation nicht weiter damit konfrontiert werden und lenkt sich ab.

„I: Und was machst du dann, wenn du in deinem Zimmer bist nach so einem Streit?“

Chris: Dann beruhig ich mich eigentlich ganz schnell

I: Aber wie machst du das?“

Chris: Eigentlich gar nicht. Ich mache mir darüber keine Gedanken

I: Ach so, ich verstehe

I: Sagst du einfach, ich gehe hoch in mein Zimmer und dann ist es vorbei

Chris: Mh (zustimmend)“ (Chris, Z.120-126)

Ferner wünschen sich Lina und Florian keine Auseinandersetzung mit dem Thema der familiären Erkrankung. Lina (Z.178-179) verneint explizit den Wunsch nach Krankheitserklärungen.

„Florian: Also ich bin einfach, also ich denk einfach nicht daran“ (Florian, Z.96)

Wie im Kapitel 7.6.1 zum kindlichen Verhalten deutlich wurde, ist die **Rücksichtnahme** in Bezug auf die Erkrankung eine verbreitete Umgangsform der befragten Kinder. Durch ihre hohe Empathiefähigkeit haben die Kinder ‚feine Antennen‘, um zu spüren, in welchen Situationen ihre Rücksichtnahme von Bedeutung ist. In diesen Fällen richten sie sich nach den familiären Bedürfnissen und stellen ihre Eigenen hinten an.

„I: Ah okay und dann hast du auch gemerkt, sie ist vielleicht ein bisschen krank und ihr geht's nicht so gut. (Lina: Mh (zustimmend)) Und was machst du dann, wenn es Mama nicht so gut geht?“

Lina: Dann lasse ich sie in Ruhe, dann kann sie ein bisschen schlafen, dann gehe ich in mein Zimmer“ (Lina, Z.73-74)

Eine besonders häufig erwähnte Verarbeitungsstrategie der Kinder ist der **Rückzug** nach konfliktreichen Situationen. Marla, Lina (158-159), Chris (Z.190-192) und Anna (Z.139) ä-

ßern den Rückzug in ihr eigenes Zimmer. Auch Jaqueline möchte ihren psychisch kranken Vater an Familienfesten lieber meiden.

„I: Und wenn du dich mit ihm streitest, dann gehst du einfach weg oder?“

Marla: Ja, dann gehe ich in mein Zimmer und (...) Und ich weiß, dass es falsch ist, dass ich ihn dann nicht ausreden lasse, aber dann gehe ich währenddessen in mein Zimmer und mache hinter mir die Tür zu, weil ich mir so was Blödes nicht anhören will“ (Marla, Z.270-271)

„Jaqueline: Weihnachten sehe ich ihn [Vater (d. Verf.)] vielleicht, aber ich gehe ihm dann aus dem Weg“ (Jaqueline, Z.58)

Wenn der Rückzug in das eigene Zimmer nicht ausreicht, weil der Rückzugsort unbefriedigend ist, wählen Anna (Z.194-199) und Florian kreative, alternative Rückzugsmöglichkeiten, wo sie für eine Zeit lang Ruhe finden.

„I: Und was machst du dann, wenn du so richtig genervt mal bist?“

Florian: Gehe in meine Decke rein (I: Erzähl) Da kann man die vorne ist nur ein Reißverschluss und dann (Reißverschluss-Geräusch) und dann rein

I: Und dann hast du deine Ruhe?

Florian: Ja

I: Das ist schlau

Florian: Noch Kissen drüber, oh, das ist schön gemütlich“ (Florian, Z.69-74)

Der **Gehorsam** ist eine Strategie, die der Vermeidung weiterer negativer Folgen dient. Anna (Z.119-122) hat gelernt, den mütterlichen Anweisungen schnellstmöglich Folge zu leisten, um einer möglichen körperlichen Bestrafung zu entgehen. Auch Adem (Z.113-118) gehorcht seinen Eltern.

7.6.2.2 Günstige Verarbeitungsstrategien

Zu den genannten emotionsregulierenden Strategien der Kinder gehören die (emotionsregulierende) soziale Unterstützung, Ablenkung, Entspannung, Weinen / Trauer und Beten / Aufschreiben. Als problemlösende Strategie wurde die aktive Lösungssuche bzw. Situationskontrolle genannt. Die benannten Strategien werden nun anhand der emotionsregulierenden und problemorientierten Verarbeitung erläutert.

Emotionsregulierende Verarbeitung

Eine häufig genutzte Strategie der Kinder ist die **Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung**. Diese wird vorzugsweise bei dem gesunden Elternteil mit dem Ziel der emotiona-

len Entlastung gesucht. Ferner stellen weitere nahe Bezugspersonen, wie die Großmutter, gute Freunde und sogar Haustiere wichtige Ressourcen für die Kinder dar. Marla spricht in erster Linie mit ihrer Mutter über die Alkoholerkrankung des Vaters.

„I: Mit wem sprecht ihr denn darüber?

Marla: Mit Mama

I: Mit Mama und die hilft euch dann?

Marla: Ja

I: Das ist super. Hast du noch mehr Leute?

Marla: Nein, also eigentlich rede ich nur mit Mama“ (Marla, Z.248-253)

Markus (Z.72) und Antonia (Z.168f.) nutzen nach Stress- und Streitsituationen am liebsten ihre Katze, um sich zu beruhigen und zu trösten. Die Mädchen Marla (Z.253), Antonia (Z.133f.) und Sonja (Z.50-52) suchen bei Freundinnen Zuflucht. Sie thematisieren Probleme, tauschen sich aus und leisten Unterstützung.

Für die Mädchen Sonja (Z.82f.) und Jaqueline stellen ihre Großmütter wichtige Bezugspersonen dar, die in belastenden Situationen helfend zur Seite stehen.

„Sonja: Und meine Oma ist auch so, alles schön und gut. Meine Oma erzählt und ist so richtig gechillt ‚Dann mach dir doch keine Sorgen. Setz dich doch hin und guck Fernsehen‘ (lacht) Dann lenkt sie uns immer -- Meine Oma ist richtig gechillt. Sie macht sich dann gar keine Sorgen, sie sitzt dann da immer so, ‚Mach dir keine Sorgen, da passiert schon nichts, die regeln das schon mit der Polizei‘ (lacht). Sie macht das wirklich so und dann denke ich auch nur, klar glaube ich meiner Oma auch --, weil meine Oma -- bei meiner Oma fühle ich mich auch wohl, ich bin so ein Oma-Kind seit Baby an. Und dann sitze ich da auch immer und dann spiele mit meinem Onkel und mache mir auch gar keine Sorgen mehr“ (Sonja, Z.103)

Sonja vertraut sich zudem ihrer Klassenlehrerin an, die in einer besonders belastenden Zeit eine wichtige Bezugsperson für das Mädchen darstellt.

„Sonja: Ich habe früher immer meiner Klassenlehrerin, heißt Frau W. und das ist sozusagen meine Tagesmutter gewesen. Ich habe sie ganz oft Mama aus Versehen genannt, weil sie sich wirklich um mich gekümmert hat und so. Und ich konnte auch immer mit ihr reden und dann habe ich auch manchmal geweint, weil ich das dann traurig fand mit der Lampe und so, habe ich ihr das erzählt und meine Lehrerin war so irritiert. Sie so ‚Ich rede mal mit deinen Eltern und so‘. Und sie hat mich dann auch richtig in den Arm genommen und gesagt, da passiert schon nichts, weil ich mir dann wirklich so Sorgen gemacht habe. Weil ich das mitbekommen habe. Dann habe ich ihr immer alles erzählt, weil ich ihr richtig vertraut habe. Und manche Sachen wollte ich nicht und das hat sie dann auch nicht erzählt“ (Sonja, Z.164)

Die **Ablenkung** stellt bei fast allen befragten Kindern eine wichtige emotionsorientierte Strategie dar. Nach Konfliktsituationen und belastenden Ereignissen bevorzugen Antonia (Z.131f.), Jaqueline (109ff.), Marla (Z.126-127) und Florian ablenkende Aktivitäten, wie rausgehen, Musik hören, Computer spielen oder Fern sehen. Auch das jüngste Mädchen Anna behilft sich mit ablenkenden Aktivitäten, wie rausgehen, um sich dem Tadel der Mutter zu entziehen.

*„I: Das ist ja schlau von dir. Was machst du denn sonst so, wenn Mama doll mit dir schimpft?
Anna: Äh (...) Papa fragen, ob ich rausgehen darf und dann gehe ich einfach raus“ (Anna, Z.144-145)*

Florian lenkt sich am liebsten mit Fernsehen oder Play Station ab.

„Florian: Wenn es mir mal nicht so gut geht ähm (...), versuche ich mich mal wieder so glücklich zu machen. Wenn ich zum Beispiel dann frage, ja ich gehe ja nur dreimal mindestens pro Woche an die Play Station oder an den PC, dann gehe ich – frage ich manchmal einmal in der Woche ‚Darf ich an PC‘, Fernsehen ist natürlich wieder bei uns jetzt-, aber PC und Play Station ist schon wieder selten gemacht

I: Also, wenn es dir mal nicht so gut geht, gehst du an den PC und lenkst dich ab (Florian: Ja) oder gehst an Fernseher?

Florian: Mh (zustimmend) zum Beispiel Guitar Hero das ist gut, sehr gut. Kann man sich schön entspannen mit guten Liedern, aber manchmal ist es auch richtig ätzend, weil man hat ja eine Anzeige, wie es den Zuschauern geht und dann muss man so gut spielen -- einmal hatte ich 94 Punkte gekriegt von 100 beinahe Zugabe“ (Florian, Z.125-127)

Dem 13-jährigen Chris ist die reine Ablenkung nicht ausreichend. Er sucht gezielt nach **humorvollen Aktivitäten** oder Filmen, um seiner negativen Stimmung entgegenzuwirken.

„I: Das ist schlau. Machst du dann irgendwas anderes, um dich abzulenken?

Chris: Gucke ein Film an oder so

I: Okay

Chris: So einen lustigen, damit ich lachen kann“ (Chris, Z.127-130)

Auf die Frage, wie die Kinder in belastenden Situationen reagieren und wie sie damit umgehen, antwortet Florian, dass ihm **Entspannung** hilft. Er entspannt sich durch ruhige Aktivitäten und Erholung.

„Florian: Beim Musik oder Radio hören liege ich einfach nur im Bett (...) und entspanne mich mal“ (Florian, Z.32)

„Florian. Aber hier kann ich mich ja auch entspannen, mit Michael Jackson bloß

I: Das stimmt. Da kannst du dich auch anders entspannen

Florian: Ja nämlich die Spannung wird entspannt, also die Entspannung wird spannend“ (Florian, Z.44-46)

Einige Kinder verarbeiten Stresssituationen, indem sie ihren Gefühlen Ausdruck verleihen. Dies kann einerseits durch Trauer und Weinen, und andererseits durch das Niederschreiben von Gedanken sowie das Mitteilen von Gefühlen durch Gebete geschehen. Sonja berichtet von zeitweise unkontrolliertem **Weinen**. Und auch Markus (Z.66) gibt zu, in einigen Situationen seine Gefühle nicht zu unterdrücken.

„Sonja: Ja, ich war -- manchmal weine ich auch und dann ich weiß nicht warum. Dann gibt es keinen Grund, aber irgendwie sind meine Augen dann voll und dann schießen auf einmal die Tränen und dann lache ich auch und dann kommen auch die Tränen und so

I: Und weißt du dann danach, warum du eigentlich geweint hast?

Sonja: Nee, also wenn ich so geweint habe, dann weine ich zwar, aber ich weiß nicht warum. Weil irgendwie vielleicht weil ich über -- Ich weiß auch nicht warum“ (Sonja, Z.121-129)

Neben dem Gefühlsausdruck durch Weinen stellt die **Strategie des Aufschreibens** eine emotionsorientierte Verarbeitungsform der Kinder dar.

„Sonja: Und wir haben auch so ein Passworttagebuch mal gehabt und das war unsere Gedanken und Gefühle und so immer. Und da hatten wir das sozusagen drinnen gelagert

I: Ah, das finde ich gut

Sonja: Ja und da konnte keiner ran, weil das ja mit Stimme geht und so. Und das konnte man nur zu zweit öffnen

I: Aha und nur ihr beide konntet das öffnen und dann sind da deine Geheimnisse drin und ihre Geheimnisse

Sonja: Ja und Gefühle und Gedanken“ (Sonja, Z.50-54)

Weiterhin versteht Sonja ihre **Religion** als Unterstützung. In Form von Gebeten an Gott verleiht sie ihren Wünschen verbalen Ausdruck.

„Sonja: So ein Foto und ich bin sehr gläubig an Gott und ich hab auch ein Gebetsbuch zum vierten Geburtstag. Da -- ich bete auch sehr gerne. Und wenn, dann mache ich sie an und bete dann, dass es mir besser geht und dass irgendwas mir hilft

I: Erzählst du dann Gott auch manchmal deine Gefühle und deine Gedanken?

Sonja: Das manchmal, aber das ist selten

I: Ist es dann eher dann so, dass du Gott darum bittest, dass er irgendwas macht, dass es dir wieder besser geht?

Sonja: Ja

I: Aha

Sonja: Zum Beispiel, dass Mama nicht auf mich sauer ist“ (Sonja, Z.58-64)

Problemlösende Verarbeitung

In Abgrenzung zu den emotionsregulierenden Strategien versuchen Marla (Z.128-133) und Antonia **aktiv nach Lösungen zu suchen** und die Situation dadurch zu kontrollieren. Selbst wenn diese Strategie im Falle von Antonia nicht anhaltend erfolgversprechend scheint, so ist es doch eine Herangehensweise, die als einzige günstige problemorientierte Verarbeitungsstrategie von den Kindern benannt wurde.

„I: Okay und dann, was passiert dann?“

Antonia: Dann überlege ich über die Sache nach

I: Ja? Und überlegst du auch, was du dann machen kannst?“

Antonia: Wenn ich jetzt mit C. wegen ein Eis streiten würde oder wegen Döner oder so, obwohl das ja eigentlich doof ist

I: Aber man macht das ja trotzdem manchmal

Antonia: Aber dann kann man ja eigentlich – dann sich entschuldigen gehen und dann ‚Entschuldigung, dass wir uns gestritten haben wegen das und das‘

I: Okay, das überlegst du dir dann. Also hast du richtig Ideen, was du dann machen kannst

Antonia: Manchmal“ (Antonia, Z.173-180)

Zusammenfassung

Im Rahmen der Befragung werden die Kinder nach ihrem Verhalten in Streit- und Stresssituationen befragt. Dies beinhaltet sowohl das Verhalten nach einer geschwisterlichen oder elterlichen Stresssituation als auch belastende Situationen in Verbindung mit der familiären Erkrankung. Die genannten Verarbeitungsstrategien lassen sich in günstige problemorientierte und emotionsorientierte Strategien sowie in ungünstige Strategien unterteilen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Kinder in stressauslösenden Situationen zumeist günstige emotionsregulierende Strategien nutzen. Weiterhin setzen sie jedoch auch ein breites Repertoire an ungünstigen, vorwiegend passiv-vermeidenden Verarbeitungsstrategien ein.

7.6.3 Wünsche und Bedürfnisse der Kinder

Einer der wichtigsten Aspekte dieser Befragung ist die Ermittlung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse von Young Carers. Die Ergebnisse sollen nicht nur neue Erkenntnisse im Hinblick auf die Fragestellung liefern, sondern auch als Grundlage für die inhaltliche Projekt-

konzeption dienen. Daher lag der Schwerpunkt der Ergebnisauswertung auf dieser Kategorie. Um die Ermittlung dieser Ergebnisse transparent zu halten, wird im Folgenden kurz skizziert, wie die Auswertung dieser Ergebniskategorien erfolgte.

Die Kinder wurden im Rahmen des Interviews mit der sogenannten ‚Feen-Frage‘ nach drei Wünschen gefragt. Dabei sollten sie beachten, dass sie je einen Wunsch für sich selbst, für die Familie und für die Gruppe zur Verfügung haben. In einem ersten Schritt der Auswertung wurden die Aussagen der Kinder zu dieser Frage so gebündelt, dass Kategorien erstellt werden konnten. In einem zweiten Schritt wurden detaillierte Einzelfallauswertungen der Kinder vorgenommen, so dass in einem dritten Schritt die gesamten Erzählungen der Kinder herangezogen wurden, um die sogenannten ‚geschlussfolgerten Bedürfnisse‘ der Kinder zu ermitteln. Wenn ein Kind beispielsweise von belastenden Lebensereignissen, wie Streit, Trennung und Tod berichtete, wurde daraus die Kategorie ‚Belastungsbewältigung / Coping‘ geschlussfolgert. In den beiden letzten Arbeitsschritten wurden die Gesamtergebnisse erneut gesichtet und theoretischen Bedürfnismodellen zugeordnet. Ein Überblick dieser fünfstufigen Ermittlung der Kategorie ‚Bedürfnisse‘ befindet sich im Angang A (Studieninstrumente). Die Bedürfnisse werden nach Oberkategorien aufgeführt, die sich an den psychischen Grundbedürfnissen nach Maslow (2008) und Epstein (2003) bzw. Grawe (2000) orientieren (vgl. Kapitel 3.8.1). Im Rahmen der Auswertung wurden ausschließlich die theoretischen Grundbedürfnisse aufgegriffen, die sich aus dem Datenmaterial identifizieren ließen. Die Kategorien sind im Rahmen folgender Oberkategorien der Abbildung 14 zu entnehmen:

1. Sicherheitsbedürfnis, Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Liebe, Bedürfnis nach Achtung und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung sowie das Verlangen nach Wissen und Verstehen nach Maslow (2008)
2. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bindungsbedürfnis sowie das Bedürfnis nach Lustgewinnung bzw. Unlustvermeidung nach Epstein (2003) und Grawe (2000)

Insgesamt wurden 17 Bedürfnisse der Kinder herausgearbeitet, die sich wiederum in acht Bedürfniskategorien einteilen ließen, wie der folgenden Übersicht zu entnehmen ist.

Sicherheitsbedürfnis	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit für die Familie • Harmonie (zwischen den Elternteilen) • Sicherheit (für die Familie und sich selbst)
Orientierung & Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Stressverarbeitungsstrategien
Liebe & Zugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonie zwischen Gleichaltrigen • Kontakte zu Gleichaltrigen • Aufmerksamkeit
Bindung	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern-Kind-Beziehung
Achtung	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Stärke und Selbstbewusstsein
Lustgewinnung & Unlustvermeidung	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmungskompetenz • Kind sein dürfen • Materielle Wünsche • Entspannung
Selbstverwirklichung	<ul style="list-style-type: none"> • Kindgerechte Entwicklung / Abgrenzung • Kreativität
Verlangen nach Wissen & Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Verbesserung in Schulfächern

Abbildung 14: Ergebnisse: Bedürfnisse der Kinder.

In den folgenden Abschnitten soll diese Abbildung anhand von ausgewählten Beispielen aus den Interviews genauer erläutert werden.

7.6.3.1 Bedürfnis nach Sicherheit

Gesundheit für die Familie

Die Antworten der Kinder auf die ‚Feen-Frage‘ gelten überwiegend der familiären Gesundheit sowie der Harmonie für die Familie. Auffällig ist der starke Schwerpunkt der Antworten auf familiäre Wünsche im Gegensatz zu vergleichsweise seltenen Wünschen für die eigene Person.

„I: Mich interessiert jetzt vor allem, was du darüber so denkst

Lina: Dass es Mama wieder gut geht (schweres Ausatmen)“ (Lina, Z.67-68)

„Marla: Es geht uns schon ein bisschen besser, aber es würde uns halt besser gehen, wenn es gar nicht so wäre [bezogen auf die Alkoholerkrankung des Vaters (d. Verf.)]“ (Marla, Z.245)

Harmonie

Der Wunsch nach Harmonie in der Familie bezieht sich vor allem auf bestehende Konflikte zwischen den Elternteilen.

„I: Hast du auch einen Wunsch für deine Familie?“

Markus: Dass sie [geschiedene Elternteile (d. Verf.)] sich nicht mehr streiten“ (Markus, Z.213-215)

Sicherheit

Der Wunsch nach Sicherheit für die Familie ist gleichzeitig auch der Wunsch nach Sicherheit für sich selbst. Zum Beispiel wünscht sich Karl (Z.128) „ein heiles Haus“ und Anna (Z.282) einen größeren Garten sowie mehr Geld, was aufgrund der sozial benachteiligten Lage beider Familien nachvollziehbar erscheint. Marla wünscht sich die Sicherheit in der Familie in Form von sozialem Zusammenhalt. Durch die Trennung ihrer Eltern aufgrund des Alkoholproblems des Vaters gibt ihr der Zusammenhalt der restlichen Familie Sicherheit.

„Marla: Für die Familie würde ich mir wünschen, dass auch (..) dass wir auch immer wieder zusammenhalten werden“ (Marla, Z.246)

7.6.3.2 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Stressverarbeitungsstrategien

Die zahlreichen Schilderungen von belastenden Situationen im Familienleben bestätigen das Bedürfnis nach einer geeigneten Bearbeitung. Die beiden Mädchen Sonja und Jaqueline mussten bereits im Alter von 10 Jahren konfliktreiche und gewalttätige Situation zwischen den Elternteilen miterleben.

„Sonja: Früher war das, war's ein bisschen komisch für mich. Manchmal haben meine Eltern sich gestritten, manchmal nicht, dann hat meine Mutter gesagt, sie zieht aus, dann zieht sie nicht aus. Dann packt sie ihre Sachen und dann macht sie es doch nicht. Das ist meistens ganz, ganz unterschiedlich“ (Sonja, Z.28)

„Jaqueline: Weil er [Vater (d. Verf.)] macht nur noch Stress, wenn wir ihn sehen. Wenn man- Wenn man nur was schreit- Mama hat „Komm mal kurz“ dann habe ich gesagt: „Warte, ich rutsche noch“ und P. [Bruder (d. Verf.)] hat mich oben gehalten, dann hat Papa mich einfach durchgeschüttelt und deswegen habe ich gesagt, ich breche jetzt erst mal den Kontakt ab“ (Jaqueline, Z.56)

Die erst 7-jährige Anna (Z.222-223) und Jaqueline (Z.216) äußern sogar den explizierten Wunsch zum Erlernen von Konfliktlösungen. Vor allem die Erfahrungen mit der familiären Erkrankung sowie damit einhergehende Wesensveränderungen der erkrankten Person stellen Anna (Z.87-92) und Sonja vor Herausforderungen, für deren Verarbeitung zwingend effektive Verarbeitungsstrategien notwendig sind.

„Sonja: Mein Vater hat ja so Herzprobleme. Wir dürfen ja eigentlich nicht so mit meinem Vater zusammenbleiben, weil das kann passieren, dass er umkippt (..) Einmal ja, das passiert so dreimal im Jahr. Dann mussten -- meine Mutter war ja nie da, dann lag er da so, halbtot sah das aus. Und dann mussten wir meine Mutter und dann lag er da so ein zwei Stunden schon und das ist richtig gefährlich weil dann könnte ja sein Herz stehen bleiben. Und dann musste er immer ins Krankenhaus für ein, zwei Jahre. Und das ist überhaupt nicht toll. Wir haben ihn manchmal besucht und so. Und das ist auch nicht so toll“ (Sonja, Z.73)

7.6.3.3 Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit

Harmonie zwischen Gleichaltrigen

Der explizite Wunsch nach einem friedvollen Beisammensein mit Gleichaltrigen in einer Kindergruppe wird von Markus geäußert.

„I: Gibt es denn noch was, was du dir für die Gruppe hier wünschst?“

Markus: Dass sie sich nicht streiten

I: Das finde ich gut

Markus: Wenn wir was zusammen spielen und die sich streiten, dann bringt es irgendwie keinen Spaß mehr, wenn man das regeln muss“ (Markus, Z.174-182)

Kontakte zu Gleichaltrigen

Eine häufige Aussage der Kinder ist der Wunsch nach sozialen, gleichaltrigen Kontakten. Auf die Frage, worin sich Markus und Marla verbessern möchten, antworten beide mit dem Wunsch nach neuen Freunden bzw. dem Wunsch zu erlernen, wie sie mit anderen Kindern in Kontakt treten können.

„I: Gibt es denn auch was, wo du dich vielleicht mal verbessern möchtest, was du noch lernen möchtest? Etwas, was wir hier zusammen erlernen können?“

Markus: Dass man mal mit mehreren zusammen spielt

I: Mh (zustimmend) In der Gruppe was spielen?“

Markus: Ja, oder vielleicht Topf-, wie heißt denn das nochmal? Wenn man einen Topf hat und der andere einen Löffel

I: Topf schlagen?

Markus: Ja genau

I: Ah, okay das möchtest du lernen?

Markus: Ja also eigentlich zusammen“ (Markus, Z.156-163)

Aufmerksamkeit

Florian wünscht sich die alleinige Aufmerksamkeit der Gruppenleitung und auch in weiteren Aussagen wird sein Streben nach positiver Aufmerksamkeit von der Familie deutlich.

„Florian: Ach so, ja vielleicht mal allein zusammen treffen können

I: Ach so du hast mir erzählst, dass du dir wünschst, dass wir uns mal alleine treffen

Florian: Ja“ (Florian, Z.177-179)

7.6.3.4 Bedürfnis nach Bindung

Unter dieser Kategorie wird der Wunsch nach Harmonie und einem friedvollen Miteinander in der Familie bestätigt. Es geht in erster Linie um den Wunsch nach einer stabilen **Eltern-Kind Beziehung**. In den Aussagen von Anna (Z.87-92) und Jaqueline zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Interviews eine mangelnde Bindung zu einem Elternteil besteht.

„Jaqueline: Weil er [Vater (d. Verf.)] macht nur noch Stress, wenn wir ihn sehen. Wenn man- Wenn man nur was schreit- Mama hat „Komm mal kurz“ dann habe ich gesagt: „Warte, ich rutsche noch“ und P. hat mich oben gehalten, dann hat Papa mich einfach durchgeschüttelt und deswegen habe ich gesagt, ich breche jetzt erst mal den Kontakt ab“ (Jaqueline, Z.56)

7.6.3.5 Bedürfnis nach Achtung

Die Kategorie ‚Stärke und Selbstbewusstsein‘ stellt den Wunsch nach einer stabilen Identitätsentwicklung sowie bei Jungen den Wunsch nach Kraft und Mut dar. Auch Aussagen über unsicheres Verhalten und ein geringes Vertrauen in eigene Handlungen und die eigene Person gehören in diese Kategorie.

„I: Ja, verstehe. Okay. Du sag mal, wenn du für einen Tag ein Tier sein könntest, welches Tier wärst du dann gerne?

Markus: Fisch

I: Ein Fisch, warum gerade ein Fisch?

Markus: Ähm, ein Riesenwels, weil der kann sich gut verteidigen. Der wird auch bis zu acht Meter groß“ (Markus, Z.182-187)

Anerkennung

Ein besonders ausgeprägter Wunsch von Florian beinhaltet die Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person. In seiner Aussage wird deutlich, wie gern er im Mittelpunkt stehen möchte.

„Florian: (...) und für mich persönlich wünsche ich mir, dass Michael Jackson aufersteht und nur zu mir fährt, nur zu mir, wenn er mich richtig besuchen würde, das wäre mein persönlicher Wunsch“ (Florian, Z.167)

7.6.3.6 Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung

Wahrnehmungskompetenz

Das Bedürfnis nach einer verbesserten Wahrnehmungskompetenz kann von den befragten Kindern nicht eigenständig geäußert werden, da ihnen hierfür aus entwicklungspsychologischer Sicht die notwendige Abstraktion und Reflexion fehlt (Romer et al., 2005). Wenn die Kinder trotz Nachfrage zu ihren Gefühlen sehr zögerlich antworten oder keine Antwort geben, kann dies als ein Bedürfnis nach besserer Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle gedeutet werden. So kann der 11-jährige Karl keine konkreten Empfindungen zur Krebserkrankung seiner Tante äußern. Auch Sonja (Z.59-60) ist mit dem Benennen ihrer Gefühle überfordert.

„I: Willst du erzählen, wie sich das anfühlt?“

Karl: Weiß nicht, wie sich das anfühlt

I: Versuch mal, zu beschreiben

Karl: (...) Weiß ich nicht

I: Macht dich das sauer?

Karl: Nein

I: Macht dich das traurig?

Karl: Nein

I: Macht dich das glücklich?

Karl: Nein

I: Ist dir das egal?

Karl: Nein

I: Was macht das denn mit dir?

Karl: Weiß nicht

I: Macht das denn irgendwas mit dir?

Karl: Nicht wirklich

I: Also eigentlich ist es egal

Karl: Würde ich sagen

I: Oder machst du dir auch Sorgen um deine Tante?

Karl: Nicht wirklich“ (Karl, Z.199-220)

Kind sein dürfen

Die Kinder äußern in vielfältigen Aussagen sowohl den Wunsch nach kindgerechten Tätigkeiten, wie Spielen, Ausflüge unternehmen und Spaß haben. Dementgegen stehen die belastenden Erlebnisse, wie Krankheiten der Eltern, Trennungen bis hin zu Gewalterfahrungen. Auch die praktische Unterstützung der Kinder im Haushalt, bei Pflegetätigkeiten oder die emotionale Betreuung von Familienangehörigen verdeutlicht die hohe Belastung durch eine viel zu hohe Verantwortungsübernahme. Nicht alle Kinder äußern den Wunsch der **Entlastung von Verantwortung**. In Sonjas Aussage wird dieses Bedürfnis sehr deutlich.

„Sonja: Und wo ich mich drin verbessern möchte, das -- hier -- und das so, dass bei meiner Familie – das sagen meine Geschwister: ‚Du tust immer so, als wenn du unsere Mama bist.‘ Da will ich mich auch ein bisschen verändern

I: Wie möchtest du dich denn da verändern?

Sonja: Ja, dass ich so ein bisschen kindlicher werde wieder und nicht so wie eine Mutter tue, so wie jetzt. Also nicht, dass ich so wie Mama und so bin“ (Sonja, Z.233-236)

Auch Anna antwortet auf die Frage, welches Tier sie am liebsten wäre, mit einem Fohlen. Sie begründet ihre Wahl mit der Tatsache, dass junge Pferde noch keine Verpflichtungen übernehmen müssen und altersgerechten Bedürfnissen nachgehen dürfen (Anna, Z.299-303).

Den **Wunsch nach Spielen und Ausflügen** können nahezu alle Kinder offen kommunizieren. Auf die konkrete Frage nach Ideen und Anregungen für eine Kindergruppe äußern die Kinder Ausflugsideen, wie Hansapark, Parkbesuche im Freien oder auch besondere Spielideen, wie Sportspiele, Verkleiden und Schminken (Florian, Z.141 / Markus, Z.145).

Im Gegensatz zum Ideenreichtum einiger Kinder, insbesondere hinsichtlich Ausflugszielen und Spielideen, zeigen andere Kinder eine sehr begrenzte Kreativität oder Möglichkeit zur freien Entfaltung. Die **Förderung neuer Spielideen** zur Entwicklung der eigenen Identität kann aus der offensichtlichen Passivität Adems hergeleitet werden.

„I: Okay, wieso ist das bei dir manchmal langweilig?

Adem: Allein mit meiner Schwester. Weiß nicht, was ich machen soll

I: Ah verstehe. Und Mama und Papa sind die auch da? (Adem: Ja) Aber ist trotzdem langweilig?

Adem: Mh (zustimmend)“ (Adem, Z.65-68)

Materielle Wünsche

Neben den emotionalen Bedürfnissen äußern die Kinder ebenso materielle Wünsche, wie z.B. **Spielsachen**, was angesichts der benachteiligten sozialen Situation von Antonia und Anna (Z. 305-307) nachvollziehbar scheint.

„Antonia: Für mich, dass ich einen Garten hab

I: Einen Garten? Warum einen Garten? Hast du keinen Garten?

Antonia: (verneintes Kopfschütteln) Wir wohnen ja im Hochhaus

I: Ah verstehe

Antonia: Und da gibt es nur eine öde Sandkiste

I: Ist nicht so spannend, ne? Verstehe

Antonia: Und das ist- Eine richtig große Wiese um's ganze Haus“ (Antonia, Z.332-338)

Entspannung

Florian wünscht sich die Möglichkeit nach Ruhephasen und Ruheräumen. Er gibt eindrucksvoll zu verstehen, dass Entspannung nicht nur durch Ruhephasen, sondern auch durch Musik hören oder andere positiv besetzte Tätigkeiten erzielt werden kann.

„Florian. Aber hier kann ich mich ja auch entspannen, mit Michael Jackson bloß

I: Das stimmt. Da kannst du dich auch anders entspannen

Florian: Ja nämlich die Spannung wird entspannt, also die Entspannung wird spannend“ (Florian, Z.44-46)

7.6.3.7 Bedürfnis nach Selbstverwirklichung

Abgrenzung

Florian verspürt den Wunsch der Abgrenzung von seiner Familie. Er lehnt die beengte häusliche Situation ab und wünscht sich seinen Entwicklungsfreiraum.

„Florian: Und dann wünsche ich mir für meine Familie ein Haus mit einem Zimmer größer, damit ich endlich mal alleine in einem Zimmer bin“ (Florian, Z.167)

Kreativität

Die Kinder verdeutlichen in ihren Erzählungen den Wunsch der Selbstverwirklichung auf sehr individuelle Weise. So möchte Marla (Z.297-299) ihr eigenes Spiel mit vorhandenen Utensilien aus dem Raum erfinden und Sonja strebt nach einer farblichen Umgestaltung des Gruppenraumes.

„Sonja: Für die Gruppe, also ist nichts Persönliches, sondern ich würde mich hier ein bisschen freuen, wenn das hier ein bisschen bunter wär', so mit den Farben, also weiße Farbe ist ein bisschen so komisch. Das so ein bisschen bunter: blau, rot, gelb, Regenbogenfarben, so kleine Bilder, Regenbogen oder so hierhin“ (Sonja, Z.276)

7.6.3.8 Verlangen nach Wissen und Verstehen

Kommunikation

Unter die Kategorie ‚Kommunikation‘ gliedern sich sowohl die Krankheitsaufklärungen als auch eigene kommunikative Fähigkeiten, z.B. über Erkrankungen sprechen zu können, sowie das Äußern eigener Bedürfnisse. Das Bedürfnis der **Krankheitsaufklärung** ergibt sich aus den bereits aufgeführten Kenntnissen und Erklärungsmodellen der Kinder über die familiäre Erkrankung. Wenn ein Kind annimmt, dass eine Grippe allgemein tödlich verläuft, so bestehen gravierende Erklärungsdefizite, die einer altersgerechten Aufklärung bedürfen.

„I: Und hast du manchmal Angst, wenn Mama krank ist?

Anna: Ich würde nur Angst haben, wenn sie Grippe kriegt

I: Warum würdest du bei Grippe Angst kriegen?

Anna: Von Grippe kann man sterben“ (Anna, Z.163-167)

Jaqueline äußert ganz konkret den Wunsch nach detaillierteren Informationen (Jaqueline, Z.152-164). Diesen Aussagen steht hingegen eine konträre Aussage von Karl (Z. 222-2223) entgegen, der eine weitere Auseinandersetzung mit der Erkrankung ablehnt.

Auch die **eigenen kommunikativen Fähigkeiten**, über die Erkrankungen sprechen zu können, sind bei Markus und Florian (Z.98-101) begrenzt.

„I: Versuch das mal zu beschreiben, dass ich mir das vorstellen kann [Verhaltensänderung der behinderten Mutter (d. Verf.)]

Markus: (...) Kann ich gar nicht beschreiben“ (Markus, Z.95-96)

Das **Äußern von eigenen Bedürfnissen** stellt ein wichtiges Kriterium dar und steht in engem Zusammenhang mit der Wahrnehmungskompetenz eigener Gefühle. Sonja kann trotz konkreter Nachfrage keine Antwort auf die Frage nach einem Wunsch für sich selbst wiedergeben. Stattdessen äußert sie Wünsche für die Menschheit und ihre Familie, was die geringe Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle verdeutlicht.

„Sonja: Hier für mich würde ich -- Ich würde mir was wünschen, dass es auf der Welt keine armen Leute und dass es allen gut geht und meiner Familie“ (Sonja, Z.26)

Verbesserung in der Schule

Auf die Frage nach Verbesserungspotentialen bei den Kindern benennen viele Kinder die schulische Verbesserung in ausgewählten Fächern. Obgleich diese Form des Verbesserungspotentials nicht beabsichtigt war, soll sie der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

„Florian: Also lernen können wir hier auch vielleicht auch mal so ein bisschen Mathe, weil Mathe ist nicht so im Gehirn bei mir. Also das ein-mal-acht das ist noch bei mir stockend. Ich bin ja noch im Mathe-Förder in meiner Schule jeden Dienstag und wenn wir dann Donnerstag hier noch mal sind, das finde ich dann sehr gut“ (Florian, Z.141)

Zusammenfassung

Aus den Erzählungen der Kinder lassen sich mehrere Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der eigenen Entwicklung, in Bezug auf ihre Familie sowie als Grundlage für ein Unterstützungsprojekt ableiten. Die umfangreichen Erkenntnisse lassen sich in acht Bedürfniskategorien gliedern. Es ist abschließend festzuhalten, dass Potentiale zur Unterstützung der kindlichen Bedürfnisse vorhanden sind. Es seien an dieser Stelle besonders hervorgehoben:

1. die Verantwortungsentlastung der Kinder durch kindgerechte Angebote
2. die Stärkung der Sozialkompetenz
3. die Notwendigkeit effektiver Verarbeitungsstrategien und
4. der Bedarf an Kommunikation hinsichtlich einer altersgerechten Krankheitsaufklärung sowie der Wahrnehmung und Äußerung eigener Wünsche.

7.7 Diskussion

In der Diskussion dieser Erhebung werden ausgewählte Ergebnisse mit dem bestehenden Forschungskontext sowie unter Berücksichtigung der Fragestellung diskutiert. Aus der Vielzahl der von Kindern genannten Wünsche lassen sich in einem zweiten Schritt Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten. Angelehnt an die Ergebnisdarstellung der familiären Erkrankung, den kindlichen Bewältigungsmethoden sowie den Wünschen und Bedürfnissen der Kinder sollen nun konkrete Implikationen für die Prävention folgen.

7.7.1 Familiäre Erkrankung

Aus der Befragung der Kinder resultieren kindliche Erklärungsmodelle zur familiären Erkrankung. Obwohl zwei Geschwisterkinder die Alkoholerkrankung des Vaters klar formulieren, sind bei den übrigen Kindern unrealistische Erklärungsmodelle erkennbar. Sichtbare Anzeichen sowie eine Lokalisation der Erkrankung, wie z.B. im Bereich des Herzens oder psychische Probleme, werden von den Kindern zwar benannt, können jedoch nicht weiter konkretisiert werden. Drei Kinder kennen sogar weder Krankheitsbezeichnungen noch Krankheits-symptome oder Behandlungsformen. Auch Romer et al. (2011) belegen, dass sich Kinder bei ausbleibender Information zur familiären Erkrankung eigene Erklärungsmodelle zurechtle-gen. Diese können mitunter beängstigender als die tatsächliche Situation sein. Besonders deutlich wird dies bei Anna, die Angst vor dem Versterben ihrer Mutter aufgrund eines grip-palen Infekts hat (Anna, Z.163-168). Mit Ausnahme der Geschwisterkinder Chris und Marla ist in den Familien der befragten Kinder eine mangelnde Kommunikation über die familiäre Erkrankung zu vermuten. Die ausbleibende Krankheitsaufklärung lässt die Kinder im Unge-wissen, so dass sie eigene Erklärungen für das veränderte Verhalten oder Erscheinungsbild der Eltern heranziehen. Jaqueline kann den Wunsch nach mehr Information über die Krank-heit der Mutter konkret verbalisieren:

„Jaqueline: Doch, ich will es gerne wissen, aber sie erzählt nicht“ (Z.152f)

Studien belegen einheitlich, dass bei Vorhandensein eines differenzierten Krankheitsver-ständnisses die Bewältigung der Kinder deutlich verbessert wird (Pott et al., 2005; Plass & Wiegand-Greife, 2012). Wunderer (2008) gibt zudem konkrete Beispiele, wie Kinder über die psychische Erkrankung unter Berücksichtigung des Alters informiert werden können.

➔ Eine **kindgerechte Krankheitserklärung** lässt sich folglich als notwendige Maß-nahme herausstellen, um unrealistischen Erklärungsmodellen und somit auch dem daraus resultierenden Fehlverhalten der Kinder entgegenzuwirken.

Das kindliche Verhalten in Bezug auf die Erkrankung eines Elternteils geht in vielen Aussa-gen mit einer fürsorglichen Verantwortungsübernahme seitens der Kinder einher. Die Hilfs-maßnahmen der Kinder variieren von emotionaler Unterstützung (Jaqueline, Z.176f), Hilfe-leistungen im Haushalt (Adem, Z.72), Sorge um Geschwister (Anna, Z.65f) bis hin zur medi-zinischen Versorgung (Anna, Z.65). Sonja ist sogar in der Lage, ihrem Bedürfnis *„etwas kind-licher zu werden“* Ausdruck zu verleihen (Sonja, Z.233f). In Kapitel 3.2 wurde die Vielfalt der Aufgaben, die Young Carers in der Familie übernehmen, behandelt. Studien belegen die hohe Verantwortungsübernahme der Kinder, die sowohl mit praktischen Aufgaben, wie Haushaltstätigkeiten, als auch mit emotionaler Fürsorge sowie einer ständigen Bereitschaft, Hilfe zu leisten, einhergeht (Fives et al., 2010; Nagl-Cupal et al., 2012). Frank (1995) und

Metzing (2007) verdeutlichen in qualitativen Studien das enorme Aufgabenspektrum sowie die hohe Belastung der Kinder aufgrund dessen. Neben der Verantwortungsübernahme reagieren die befragten Kinder auf kritische Krankheitsphasen vorwiegend mit passiv-vermeidenden Strategien. Sie ziehen sich zurück und stellen damit eigene Bedürfnisse in den Hintergrund. Bereits in der Expertenbefragung wurde die Zurückstellung der kindlichen Bedürfnisse thematisiert. Die Experten vermuten, dass die Kinder ihre Bedürfnisse nur bedingt wahrnehmen können bzw. es ihnen schwer fällt, eigene Wünsche zu äußern (vgl. Kapitel 6.3.3). Das Zurückstellen persönlicher Bedürfnisse wird auch von Stavenow (2001) bestätigt. Ebenso sind passiv-vermeidende Strategien bei Kindern psychisch kranker (Dunbar et al., 2013; Jeske et al., 2009) und suchtkranker Eltern (Klein, 2005) sowie auch bei behinderten Eltern empirisch nachgewiesen (Prangenberg, 2002). Bei der Verarbeitung akuter Krisensituationen kommt der emotionalen Unterstützung, häufig durch den gesunden Elternteil, eine Schlüsselrolle zu. Wichtige Bezugspersonen, die Stabilität geben und Unterstützung leisten, werden im Rahmen der Interviews besonders positiv von Kindern hervorgehoben (Markus, Z.132-137 / Sonja, Z.164). Diese Erkenntnisse stehen im Konsens mit zahlreichen Resilienzstudien, die belasteten Kindern eine stabile und intakte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen eine besonders förderliche Wirkung zusprechen (Bengel et al., 2009; Hunt et al. 2005; Prangenberg, 2002; Tröster, 2013).

➔ Eine **Entlastung der Kinder** aufgrund der überfordernden Verantwortung sowie die Möglichkeit, einfach nur ‚**Kind sein zu dürfen**‘ sind die offensichtlichsten Empfehlungen für ein entsprechendes Hilfsangebot. Weiterhin empfiehlt sich an dieser Stelle eine Vermittlung **angemessener Verarbeitungsstrategien** für krisenhafte Situationen. Eine Schlüsselrolle spielt die Stärkung der Eltern-Kind Beziehung sowie die Schaffung stabiler, positiver Beziehungen zu einer erwachsenen Bezugsperson.

In Bezug auf die familiäre Erkrankung empfinden die Kinder ambivalente Gefühle. Auf der einen Seite stehen Empathie (Florian, Z.120f), Mitleid (Jaqueline, Z.190f) und Sorge (Sonja, Z.77) um das erkrankte Elternteil, auf der anderen Seite dominieren zeitweise Wut, Ärger (Marla, Z.226f) und Schamgefühle (Markus, Z.98) der Kinder. Die mitunter gleichzeitige Empfindung von Sorge und Wut löst bei ihnen Schuldgefühle aus (Kuhn et al., 2011; Lenz, 2010). Insbesondere in der Jugendphase, die vom Ablösungsprozess des Elternhauses gekennzeichnet ist, kämpfen Kinder mit Loyalitätskonflikten zwischen der Ablösung und einem Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Romer & Haagen, 2007). Der Umgang mit ambivalenten Gefühlen sowie die Förderung der eigenen Wahrnehmung erschließt sich besonders aus Sonjas Schilderung. Das Mädchen kann auf die konkrete Frage nach einem Wunsch für sich selbst keine passende Aussage tätigen. Sie benennt stattdessen Wünsche für die Menschheit sowie für ihre Familie.

„Sonja: Hier für mich würde ich -- Ich würde mir was wünschen, dass es auf der Welt keine armen Leute und dass es allen gut geht und meiner Familie“ (Sonja, Z.26)

→ **Die Wahrnehmung** und vor allem **der Umgang mit den eigenen Gefühlen** stellen sich aufgrund der genannten Aspekte als eine wichtige Tatsache heraus, damit die Kinder lernen, mit diesen in geeigneter Weise umzugehen.

7.7.2 Stressverarbeitungsstrategien

Die Kinder können im Rahmen der Interviews eine Reihe von Stressverarbeitungsformen benennen, die sie in belastenden und stressigen Situationen für sich nutzen. Neben günstigen Verarbeitungsstrategien nutzen sie vorwiegend passiv-vermeidende Strategien, wie Aggression (Anna, Z.232-141), Verdrängung (Lina, Z.178f) und Rückzug (Chris, Z.190f). Die bevorzugte Nutzung von ungünstigen Verarbeitungsstrategien wurde bereits in Verbindung mit akuten Krankheitsphasen eines Elternteils verdeutlicht. Erwartungskonform nutzen die befragten Kinder ähnliche Strategien bei der Verarbeitung allgemeiner stressauslösender oder kritischer Lebensereignisse.

Das erwartungswidrige Ergebnis der Befragung liegt in der vermehrten Nutzung günstiger, emotionsregulierender Strategien. In der Kategorie von günstigen Verarbeitungsstrategien benennen die Kinder mit Ausnahme der problemorientierten Situationskontrolle ausschließlich emotionsregulierende Strategien zur Verarbeitung stressauslösender Ereignisse. Sie suchen nach sozialer Unterstützung (Marla, Z.248f), lenken sich kurzfristig ab (Z.131f.), versuchen sich zu entspannen (Florian, Z.32) oder drücken die Gefühle durch beten, aufschreiben oder weinen aus (Sonja, Z.50-64). Dieses Ergebnis unterscheidet sich von Studienergebnissen zu Verarbeitungsstrategien sowohl bei jüngeren Kindern als auch bei Young Carers. Studien belegen demnach mehrheitlich, dass insbesondere junge Kinder hauptsächlich problemorientierte Verarbeitungsstrategien, wie eine Veränderung des Stressors, nutzen (Klein-Heßling & Lohaus, 2000; Waters & Thompson, 2014). Erst mit dem Alter erlernen Kinder und Jugendliche emotionsorientierte Stressverarbeitungsstrategien (Escher & Seiffge-Krenke, 2013). Auch für Young Carers ist eine vermehrte Nutzung passiv-vermeidender sowie eher problemorientierter Verarbeitungsstrategien belegt (Jeske et al., 2009; Möller et al., 2011; Prangenberg, 2002; Zobel, 2006). In Anbetracht der Erkenntnis, dass die befragten Kinder überwiegend emotionsregulierende Stressverarbeitung anwenden und unkontrollierbare Situationen, wie es eine familiäre Erkrankung darstellt, mit Hilfe emotionsregulierender Verarbeitungsstrategien effektiver bewältigt werden können (Lenz & Kuhn, 2011; Möller et al., 2011; Seiffge-Krenke 1993), ist abzuleiten, dass die Kinder durchaus in der Lage sind, sich ihren herausfordernden Gegebenheiten anzupassen. Diese Ergebnisse lassen vermu-

ten, dass die befragten Kinder nicht zwangsläufig als Opfer der elterlichen Diagnose zu sehen sind, vielmehr bestärken die Ergebnisse, bestehenden Fähigkeiten zu unterstützen und zu fördern. Obgleich die befragten Kinder mehrheitlich ungünstige Verarbeitungsstrategien in stressauslösenden Situationen sowie bei kritischen Lebensereignissen nutzen, passen sie sich durch die Nutzung emotionsregulierender Strategien der unkontrollierbaren Situation an und versuchen, diese bestmöglich zu verarbeiten.

→ Es bleibt festzuhalten, dass Kenntnisse **ungünstiger Verarbeitungsformen bewusst gemacht** werden sollten und **günstige, emotionsregulierende Verarbeitungsstrategien weiter gefördert** werden sollten. Insgesamt stellen möglichst viele Verarbeitungsmöglichkeiten (sowohl problemorientiert als auch emotionsregulierend) bestmögliche Voraussetzungen für die günstige Verarbeitung einer stressauslösenden Situation dar.

7.7.3 Wünsche und Bedürfnisse

Aufgrund der Vielzahl an geäußerten Wünschen und Bedürfnissen der Kinder wird ein Schwerpunkt auf ausgewählte Erkenntnisse gelegt. Insbesondere die Wünsche, die im Rahmen eines Präventionsangebotes gefördert werden können, sind für diese Arbeit von Bedeutung. Wünsche, welche die Gesundheit und die Familie betreffen und nur bedingt beeinflussbar sind, werden hingegen vernachlässigt. Tabelle 16 gibt einen zusammenfassenden Überblick zu den Handlungsfeldern der genannten Bedürfnisse.

Tabelle 16: Handlungsfelder zu Wünschen und Bedürfnissen der Kinder.

Bedürfnis-Kategorie	Bedürfnisse	Ausprägung / Unterkategorien	Handlungsfelder
Sicherheit	Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Für die Familie 	Eingeschränkte Einflussmöglichkeit
	Harmonie	<ul style="list-style-type: none"> In der Familie 	Stressbewältigung
	Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> Für die Familie und sich selbst 	Eingeschränkte Einflussmöglichkeit
Orientierung & Kontrolle	Verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> Umgang mit schwierigen Situationen → Konflikte, Gewalt, Trennung, Versterben, Erkrankung, Angst 	Stressbewältigung → Bewusstmachung, Förderung und Erlernen von Verarbeitungsstrategien in stressauslösenden Situationen

	Harmonie zwischen Gleichaltrigen		Stressbewältigung → Umgang mit Konflikten → Sozialkompetenz
Liebe & Zugehörigkeit	Kontakte zu Gleichaltrigen	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch mit Gleichaltrigen zu spielen • Interaktion mit Gleichaltrigen in einer Gruppe • Spiele und Ausflüge mit der Gruppe 	Stärkung der Sozialkompetenz → Teamarbeit, Gruppenspiele mit Gleichaltrigen Altersgerechte Kinder- und Jugendgruppen
	Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Aufmerksamkeit der Eltern oder Bezugspersonen 	Positive Aufmerksamkeit und Wertschätzung von Eltern und Bezugspersonen
Bindung	Harmonie (Eltern - Kind-Beziehung)	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach einem friedlichen Miteinander und einer stabilen Beziehung 	Förderung der Eltern - Kind Beziehung (Bindung)
Achtung	Stärke und selbstsicheres Auftreten		Förderung und Stärkung des Selbstwertgefühls
Selbstverwirklichung	Kindgerechte Abgrenzung & Entfaltung		Förderung der Identitätsentwicklung
	Kreativität	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Räumlichkeiten 	Möglichkeiten & Raum für kreative Entfaltung bieten
Lustgewinn / Unlustvermeidung	Wahrnehmungskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung eigener Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse 	Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen z.B. Kim-Spiele ³
	Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Auszeiten und Ruhephasen 	Schaffung von Ruheräumen Vermittlung von Entspannungstechniken
	Kind sein Dürfen	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsüberlastung • Wunsch nach Spielen und Ausflügen • Fehlende Kreativität und Kenntnis von Spielen 	Entlastung von Verantwortung Angebot von Spielen und Ausflügen Förderung von Kreativität und neuer Spiele
	Materielle Wünsche	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach ausgewählten Spielen und Spielausstattungen 	Spiel und Spaß mit wenig finanziellem Aufwand Angebot begrenzter Utensilien

³ Spiele, die Sinne und Gedächtnis trainieren.

Verlangen nach Wissen & Verstehen	Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Krankheitskenntnisse • Eigene kommunikative Fähigkeiten (über Erkrankung zu sprechen) • Äußerung von Bedürfnissen 	Kindgerechte Erklärung von Erkrankungen Förderung kommunikativer Fähigkeiten Austausch mit Gleichaltrigen
	Verbesserung in Schulfächern	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Nachhilfe in ausgewählten Fächern 	Eingeschränkte Einflussmöglichkeit (Weitervermittlung)

Obwohl einige Wünsche, wie z.B. eine Entlastung von Verantwortung und Aufgaben, Erlernen von Stressverarbeitungsstrategien sowie der Wunsch nach stabilen Beziehungen und Harmonie, explizit von Kindern benannt wurden und somit in die Kategorie der ‚Wünsche und Bedürfnisse‘ fallen, sollen sie an dieser Stelle nicht erneut diskutiert werden. Stattdessen wird ein Schwerpunkt auf drei ausgewählte, bisher noch nicht thematisierte Wünsche der Kinder gelegt.

Die befragten Kinder benennen den Wunsch nach sozialen Kontakten, Austausch und Spielgelegenheiten. Der Mangel an sozialen Beziehungen ist bei Marla und Markus deutlich erkennbar. Nahezu alle Kinder äußern den Wunsch nach sozialen Kontakten, neuen Freunden sowie den Wunsch zum Erlernen von Kontaktaufnahmen (Jaqueline, Z.203 / Marla, Z.32f. / Anna, Z.232f. / Chris, Z.240f. / Florian Z.82f. / Sonja, Z.199f. / Karl Z.29f. / Markus, Z.156-163). Die Isolation als Folge der häuslichen Umstände wird in einschlägiger Literatur bestätigt (Hunt et al., 2005; Nagl-Cupal et al., 2012; Zobel, 2006). Kinder distanzieren sich von Gleichaltrigen aus Scham ihrer kranken Eltern und versuchen, Probleme eher allein zu lösen. Obwohl sich auch Marla und Markus zunehmend isolieren, besteht der Wunsch nach Austausch, sozialen Kontakten und gemeinsamen Spielen. In empirischen Studien äußerten Kinder ebenfalls den Wunsch nach Austausch und Kommunikation mit gleichaltrigen Betroffenen (Frank, 1995; Metzging, 2007). Der versteckte Wunsch hat eine förderliche Wirkung. Romer und Haagen (2007) bestätigen, dass sich Kinder bei offener Kommunikation und sozialem Austausch weniger isoliert fühlen.

➔ Die **Stärkung der Sozialkompetenz** der Kinder, vor allem in Verbindung einer sozialen Gruppe unter Gleichaltrigen, muss ein wichtiges Kriterium eines Hilfsangebotes sein. Die Aussagen belegen ferner die Empfehlung von altershomogenen Kindergruppen, in der sich die Kinder untereinander austauschen, voneinander lernen und miteinander spielen können.

Neben dem Wunsch nach Austausch und sozialen Kontakten zeigt sich bei den befragten Kindern der Wunsch nach Kraft, Stärke und Selbstsicherheit. Vor allem die männlichen Befragten benennen kräftige und starke Tiere, z.B. einen Löwen, als Wunschtier, mit dem sie für einen Tag tauschen würden (Adem, Z.225-228 / Markus, Z.182-187). Der Wunsch nach Stärke und Durchsetzungsvermögen könnte aus der Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse resultieren. Vor allem Adem fällt durch sein angepasstes, zurückhaltendes und gehorsames Verhalten auf. Er gibt zu, dass er sich trotz des Gehorsams und großen Respekts vor den väterlichen Anordnungen, dennoch einen Wunsch nach Rebellion und Widersetzung verspürt. Florian ist als Einziger in der Lage, den expliziten Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung zu benennen. Zudem zeigt sich sein Bedürfnis nach Entfaltung der eigenen Identität in einer ausgeprägten Abgrenzung zur Familie (Florian, Z.167). Pixa-Kettner (2008) und Sanders (2008) betonen, dass Kinder kranker Eltern mehr als andere Jugendliche dazu gezwungen sind, ihre eigene Identität über Abgrenzung zu erwerben. Für die Präventionsarbeit mit Young Carers wird von Forschern die Stärkung der Persönlichkeit sowie die Förderung von Selbstständigkeit, des Selbstwertgefühls und des sozialen Verhaltens gefordert (Ehrenfried et al., 2001; Staets, 2008).

→ Die **Stärkung des Selbstwertgefühls** und die **Förderung der Identitätsentwicklung** durch individuelle Kompetenzförderung der Kinder sollten demnach weitere Schwerpunkte in der Arbeit mit Young Carers darstellen.

In der Kategorie ‚Familiäre Erkrankung‘ wurden unrealistische Erklärungsmodelle zu Erkrankungen sowie mangelnde Kenntnisse und Aufklärung der Kinder deutlich. Jaqueline äußert zwar den konkreten Wunsch nach Aufklärung der mütterlichen Depression, doch Karl verweigert hingegen jegliche Aufklärung. In Studien gibt es ebenso divergierende Ergebnisse zum Wunsch nach Krankheitsaufklärung. Experten fordern zumeist die kindgerechte Aufklärung (Lenz, 2010; Romer & Haagen, 2007) und auch Kinder äußern bei Frank und Slatcher (2009) sowie bei Metzging (2007) den Wunsch nach Erklärungen und Einbeziehung in die elterliche Problematik, doch andere Studien belegen eine Verweigerung der Kinder sowie die Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Stavenow, 2001). In der Evaluation des Präventionsprojektes SupaKids zeigt sich, dass Kinder die Gruppe eher als Ausgleich, also zum Spielen und als Ablenkung nutzen, anstatt sie als Angebot für Austausch und Informationen oder als Möglichkeit, Fragen stellen zu dürfen, wahrzunehmen (Metzging-Blau et al., 2009). Neben der fehlenden Krankheitsaufklärung fehlt es den Kindern an kommunikativen Fähigkeiten, Kenntnissen oder Mut über die Erkrankung zu sprechen. Das Schamgefühl wird bei Florian und Markus besonders deutlich, denen die Behinderung bzw. psychische Erkrankung der Mutter in der Öffentlichkeit unangenehm ist (Florian, Z.98-101 / Markus, Z.98). Aufgrund des Schamgefühls fällt es den Kindern schwer, über die Erkrankung sowie über daraus resultierende Gefühle zu sprechen. Die Grundlage der Kommunikation ist

die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, was Kinder wie Sonja bereits vor Herausforderungen stellt (Sonja, Z.26). Wegscheider (1988, S.89) folgert aus der Tabuisierung der familiären Erkrankung die unausgesprochenen Familienregeln „Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist, weder untereinander noch mit sonst jemandem“ und „Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt“. Die Tabuisierung und das Kommunikationsverbot verstärken die Isolation sowie Gefühle der Traurigkeit, Ärger und Angst.

➔ Ergebnisse dieser Befragung sowie aktuelle Forschungsergebnisse bestätigen die Bedeutung einer **schonenden und kindgerechten Krankheitskommunikation**. Im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes sollen sowohl die Informationsvermittlung als auch die persönliche Beratung zu individuellen und problembehafteten Themen erfolgen. Die Förderung der Wahrnehmung und Verbalisierung eigener Bedürfnisse und Gefühle ist demnach ebenso wichtig, wie die Vermittlung von Informationen und Austausch.

7.8 Handlungsempfehlungen

Aus den Erkenntnissen der Interviews sowie im Vergleich mit einschlägiger Literatur lassen sich Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit mit Kindern folgern. Unter Berücksichtigung der Implikationen ist es ein Anliegen, ein Unterstützungsprojekt ausgerichtet nach den Bedürfnissen der Kinder zu konzeptionieren und zu gestalten.

Handlungsempfehlungen

- ☞ Kindgerechte Krankheitsaufklärung
- ☞ Verantwortungsentlastung / ‚Kind sein dürfen‘
- ☞ Wahrnehmungsförderung und Umgang mit Gefühlen
- ☞ Bewusstmachung ungünstiger und Vermittlung günstiger Verarbeitungsstrategien
- ☞ Förderung und Stärkung der Sozialkompetenz, des Selbstwertgefühls und der Identitätsentwicklung
- ☞ Kindgerechte Krankheitskommunikation (psychoedukativer Ansatz)

Nicht zuletzt Frank (2002) betont im Ratgeber zur Konzeptionierung eines Unterstützungsangebotes die Young Carers selbst als Experten ihrer Situation wahrzunehmen und fordert die Partizipation der Kinder bei der Etablierung eines Projektes. Im Sinne dieses Schlüsselprinzips sowie auf Grundlage der beiden Studien mit Experten und Kindern folgt im nächsten Kapitel die Konzeptionierung des Präventionsprojektes ‚Young Carers Deutschland‘ für Kinder kranker Eltern.

8 Konzeptplanung von ‚Young Carers Deutschland‘

In diesem Kapitel wird das Konzept für das Projekt Young Carers Deutschland dargestellt. Dieses Konzept ist das Resultat beider, zuvor durchgeführter qualitativer Erhebungen mit Experten und betroffenen Kindern. Die Handlungsempfehlungen sollen nicht nur für die Forschung und Praxis zu entwickelt werden, sondern auch in ein theoretisches Konzept für ein Präventionskonzept für Young Carers eingebaut werden, das in der Region Bad Bramstedt umgesetzt wird.

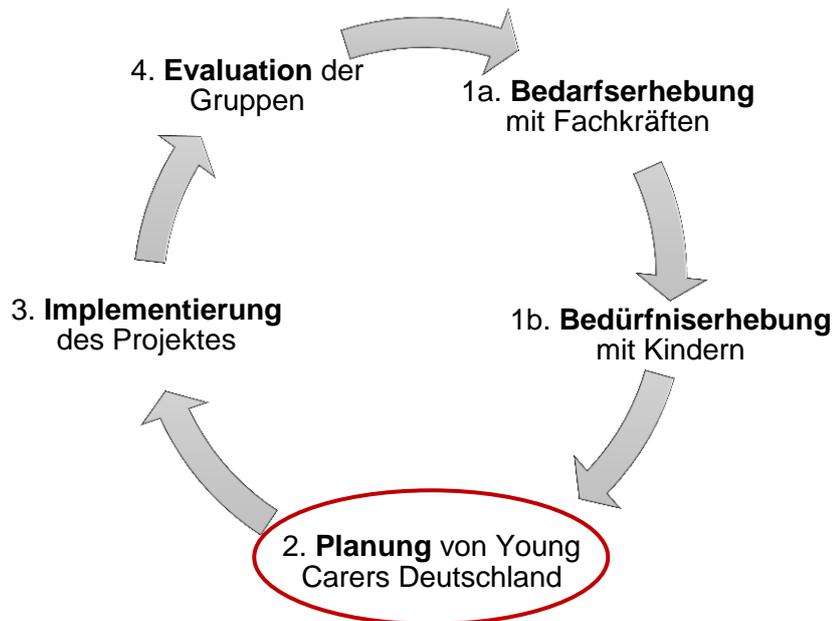


Abbildung 15: Studienverlauf nach dem PHAC: Planung von YCD.

Um die örtlichen Rahmenbedingungen des Konzeptes vor Ort zu berücksichtigen, wird zunächst auf die Ausgangsbasis der Planung eingegangen. Es wird die Gründung des Projektes thematisiert und welche Voraussetzungen zur Projektgründung bestanden. Im Anschluss werden die Zielgruppe und die Ziele des Projektes bestimmt. Die Vorgehensweise beschreibt die einzelnen Module, in der die jeweiligen Zielgruppen berücksichtigt werden.

8.1 Ausgangsbasis

Der Vortrag *Kinder als pflegende Angehörige* von Sabine Metzinger anlässlich eines Mediziner Kongresses in Bad Bramstedt, der durch die Wiedergabe eines ARD-Berichtes *Kinder können auch pflegende Angehörige sein* ergänzt wurde, veranlasste den Rotary Club Bad Bramstedt im Jahr 2009, das Thema weiter zu verfolgen und Hilfsmöglichkeiten durch den Club zu ermitteln. Zu diesem Zwecke wurde eine Arbeitsgruppe aus fünf rotarischen Mitgliedern gebildet, die sich für die Planung, Finanzierung und Umsetzung des Projektes federführend engagierte. Um das Interesse der Öffentlichkeit zu wecken und Sponsoren zu gewinnen

nen, wurde in einer weiteren Veranstaltung und Diskussionsrunde mit etwa 60 Teilnehmern aus der Region Bad Bramstedt im Dezember desselben Jahres das Thema erneut und vertiefend vorgestellt. Die Veranstaltung erzielte einen ersten Sensibilisierungsprozess bei Berufsgruppen und Bewohnern. Experten konnten bereits betroffene Familien benennen und zeigten sich engagiert.

Im Jahr 2010 besuchte eine Delegation der rotarischen Arbeitsgruppe die Children's Society in Winchester und legte die Grundlagen der Kooperation zwischen England (Winchester) und Deutschland (Bad Bramstedt). Es folgte ein weiterer Besuch zum Young Carers Festival in Southampton, so dass dem Rotary Club ein erster Konzeptentwurf vorgestellt werden konnte. Dies hatte eine Anschubfinanzierung der Initiative YCD durch den Rotary Club Bad Bramstedt zur Folge. Nachdem in den Folgemonaten weitere Spendengelder der umliegenden Firmen gewonnen wurden, konnte im Oktober 2010 eine Koordinationsstelle zur Projektkonzeption und Umsetzung ausgeschrieben werden. Die Planung sah zunächst eine zweijährige Modellphase vor. Aufgrund weiterer Spenden konnte die Modelllaufzeit auf zweieinhalb Jahre verlängert werden.

Da der Rotary Club Bad Bramstedt kein Jugendhilfeträger ist und weil sich einerseits die Tätigkeit immer mehr in die Richtung der Kinder- und Jugendhilfe entwickelte und andererseits die Möglichkeiten und Ressourcen erschöpft waren, wandte sich die Arbeitsgruppe des Rotary Clubs nach zweijähriger Projektlaufzeit an den Kinderschutzbund Segeberg. Die Trägerschaft des Projektes wurde folglich von der ‚Deutschen Kinderschutzbund Segeberg gGmbH‘ übernommen, die das Projekt seit Februar 2013 als gemeinsames Projekt mit dem Rotary Club Bad Bramstedt weiterführte. Der Kinderschutzbund ist in der Region sowohl präsent als auch vernetzt und verfügt über eine professionelle Struktur. Dies sollte dazu beitragen, dass das Projekt in die Verstärkung kommt und sich über die Region um Bad Bramstedt hinaus entwickelt.

8.2 Zielgruppe

Das Projekt richtet sich an Young Carers - Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren, die in einer Familie mit einem kranken Angehörigen (z.B. Eltern oder Geschwister) leben. Darunter fallen junge Menschen, deren Eltern unter einer

- chronischen Erkrankung (z.B. Krebs oder Multiple Sklerose),
- psychischen Erkrankung (z.B. Depression),
- Alkohol- oder Suchtmittelabhängigkeit oder
- einer körperlichen oder geistigen Behinderung leiden.

Es sind vorrangig die Kinder und Jugendlichen gemeint, die die Verantwortung für die Pflege eines Familienmitgliedes tragen, in die Haushaltsführung sowie die Aufrechterhaltung des Familienalltags intensiv oder hauptverantwortlich einbezogen sind sowie Kinder und Jugendliche, die unter der familiären Erkrankung leiden und der emotionalen Unterstützung bedürfen. Kinder, die aufgrund der familiären Erkrankung durch die Verantwortungsübernahme von (kindgerechten) Tätigkeiten, sozialen Aktivitäten und Schulbildung abgehalten werden, sind besonders angesprochen.

Das zweijährige Modellprojekt richtet sich an Kinder und Familien aus Bad Bramstedt und der näheren Umgebung mit den umliegenden Gemeinden. Im Rahmen der Trägerübernahme durch den Kinderschutzbund Segeberg wurden die lokalen Grenzen auf den Landkreis und die Stadt Bad Segeberg erweitert.

8.3 Ziele

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen in ihren Problemen und alltäglichen Stressbelastungen. Sie sollen sowohl Informationen über die familiäre Erkrankung, als auch Möglichkeiten der kindgerechten Stressbewältigung kennen lernen.



Abbildung 16: Projektziele.

Die Kommunikation und Beratung stellt eines der wichtigsten Kriterien des Angebotes dar. Sowohl die Krankheitsaufklärung als auch die emotionale Entlastung sind Ziele der Beratung und Gruppenarbeit. Durch den Austausch untereinander und eine kindgerechte Informationsvermittlung sollen die Kinder bei der Bewältigung der familiären Erkrankung unterstützt werden. Zudem ist es ein Anliegen, den Kindern ihre bisherigen Bewältigungsstrategien bewusst zu machen sowie ihnen neue, günstige Bewältigungsstrategien zu vermitteln und diese zu verstetigen.

Die Ziele der Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen kranker Eltern setzen sich einerseits aus risikomindernden, aber vor allem aus ressourcenorientierten Zielen zusammen. Während der Gruppenarbeit soll die Vulnerabilität der Kinder zwar berücksichtigt werden, der Schwerpunkt wird jedoch auf die Stärkung und Förderung bestehender Fähigkeiten und Kompetenzen gelegt. Das Angebot für die Kinder ist sowohl eine Hilfs- und Unterstützungsmaßnahme für die derzeitige Situation als auch ein Präventionsangebot, welches der möglichen Entstehung eigener psychischer oder chronischer Erkrankungen vorbeugen soll.

Des Weiteren soll durch die Entwicklung eines grundlegenden Bewusstseins für Young Carers bei entsprechenden Fachkräften aus den medizinischen, pädagogischen und ehrenamtlichen Bereichen die Situation der Kinder verbessert werden.

8.4 Vorgehensweise

Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder selbst. Ebenso fließen die Vorschläge der Experteninterviews und theoretische Erkenntnisse mit ein. Auf dieser Grundlage wurde das Konzept, bestehend aus drei Modulen, entwickelt.

Als zentrale Notwendigkeit für den Erfolg der gezielten Arbeit mit Young Carers und deren Eltern wird in Modul I die Kooperation und Vernetzung verschiedener Professionen gefördert. Es gilt, die Mitarbeiter des institutionellen Hilfesystems zu erreichen und die Bürger der Region über die sensible Thematik zu informieren.

Im zweiten Modul steht die Zusammenarbeit mit den Eltern im Fokus. Das Ziel ist es, durch eine ganzheitliche Sichtweise auf das System Familie ein Veränderungsverhalten nicht nur bei den Kindern, sondern auch im Gespräch mit den Eltern zu erreichen. Hierbei spielen beispielsweise die kindgerechte Krankheitskommunikation oder angemessene Aufgabenverteilungen für die Kinder eine Rolle.

Das dritte Modul, die Gruppenarbeit stellt den Kern des Projektes dar und zeichnet sich durch die praktische Unterstützung und Förderung betroffener Kinder aus. In einem Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche soll ein Raum geschaffen werden, in dem sie auf Gleichgesinnte treffen, sich austauschen können, Fragen stellen und einfach nur Kind sein dürfen.

8.4.1 Modul I: Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Für den Erfolg der Präventionsarbeit mit betroffenen Kindern und deren Eltern ist die Kooperation und Vernetzung verschiedener Professionen zentral. In der Tabelle 17 werden die Ziele, die Zielgruppen sowie das Vorgehen des Moduls ‚Öffentlichkeit und Vernetzung‘ vorgestellt.

Tabelle 17: Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung bei YCD.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung	
Inhalt (Was?)	<p>Es gilt, die Mitarbeiter des sozialen und pädagogischen Hilfesystems sowie des Gesundheitssektors zu erreichen. Ebenso sollen Anwohner und Familien aus der Region zu der sensiblen Thematik informiert werden, um ein grundlegendes Bewusstsein zu schaffen. Je besser eine fachliche Abstimmung der Wissensbestände, Arbeitsweisen und Fälle gelingt, umso effektiver kann Unterstützung für betroffene Kinder gestaltet werden. Dabei spielen vor allem verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen den Erwachsenen- sowie den Kinder- und Jugendeinrichtungen eine Rolle. Der Aufbau von Vernetzungsstrukturen zwischen den Hilfesystemen ist somit ein integraler Bestandteil eines jeden Angebotes für die Zielgruppe.</p>
Ziel (Warum?)	<p>Ziele der Öffentlichkeitsarbeit sind eine differenzierte Informationsvermittlung und Sensibilisierung von Experten und Anwohnern zum Thema ‚Young Carers - Kinder kranker Eltern‘, um diese identifizieren zu können, Hilfe anzubieten und als Vermittler für entsprechende Angebote zu fungieren. Es sollen Informationsdefizite und Vorurteile abgebaut sowie Unterstützungsangebote und Vernetzung aufeinander abgestimmt werden.</p> <p>Durch die Schaffung der Initiative YCD soll eine zentrale Anlaufstelle zum Thema Young Carers in der Region geschaffen werden, die sowohl für betroffene Kinder und Familien als auch für Fachkräfte und Bewohner zur Verfügung steht.</p>
Zielgruppen (Wer?)	<p>Damit Prävention gelingen kann, sollen primär die Einrichtungen des Sozialsystems, wie die Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitssektor und der pädagogische Sektor informiert bzw. sensibilisiert werden. Konkret sind damit Einrichtungen gemeint, wie die Jugendhilfe, Sucht- und Drogenhilfe, Erziehungs- und Lebensberatungsstellen, Jugend- und Freizeiteinrichtungen, die Kirche und andere helfende Institutionen, die medizinische Versorgung, wie Kinderärzte, Allgemeinmediziner, Hebammen, Pflegedienste, Krankenhäuser, Schulen und Kindergärten. Die Sensibilisierung für dieses Thema in der Gesellschaft ist wichtig, um negative und stigmatisierende Vorurteile zu vermeiden und ein Bewusstsein für Betroffene zu entwickeln.</p>

	<p>Dem Ziel der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken soll mit einem Appell an die Fürsorgepflicht der Gesellschaft angegangen werden. Hierfür ist eine Zusammenarbeit mit lokalen und ggf. überregionalen Medien, Print, Radio und TV, anzustreben.</p>
<p>Vorgehen (Wie?)</p>	<p>Young Carers können von einem Präventionsangebot nur dann profitieren, wenn es ausreichend kommuniziert und von anderen Einrichtungen, Eltern oder Kindern empfohlen wird. Es bietet sich an, ein Angebot in ein bestehendes Netzwerk einzubinden und von existierenden Vernetzungen zu profitieren. So werden bestehende Netzwerkstrukturen und Arbeitskreise der Region genutzt.</p> <p>Die Ansprache der Fachgruppen und die Projektvorstellung wird dabei an die Adressaten entsprechend angepasst. So werden bei Ärzten Einzelgespräche und in Schulen Vorträge im Rahmen von Teamkonferenzen vorgezogen. Informationsmaterial mit Projektinformationen, sowohl für betroffene Familien und Kinder als auch für Fachkräfte, Erklärungen und Kontaktdaten werden bereitgestellt. Des Weiteren stellt eine Internetseite mit Informationen für Eltern, Kinder und Fachkräfte ein wichtiges Informationsmedium für Interessierte dar. Es besteht die Möglichkeit der anonymen Kontaktaufnahme über ein Online Formular.</p> <p>Weiterhin sind die Bekanntmachung des Projektes und die Sensibilisierung der lokalen Bevölkerung mittels Zeitungsartikeln, Radio- und Fernsehbeiträgen zu forcieren, um das sensible Thema mit seinem lokalen Hilfsangebot präsent zu machen.</p> <p>Es ist zu betonen, dass bestehende Netzwerkstrukturen und neue Kooperationen ständig aufrechterhalten und gepflegt werden müssen. Die Netzwerkpfege stellt einen wichtigen Aspekt in der effektiven Präventionsarbeit dar, nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit betroffener Kinder. Der regelmäßige Austausch und die Kontaktpflege stärken die weitere Zusammenarbeit.</p>

8.4.2 Modul II: Elternarbeit

Nach dem familienbasierten Ansatz ist der Einbezug der Eltern für das Gelingen präventiver Arbeit mit Kindern notwendig. Die begleitende Elternarbeit in Form von Eltern- und Familiengesprächen stellt das zweite Modul des Projektes dar.

Tabelle 18: Elternmodul bei YCD.

Elternarbeit	
Inhalt (Was?)	Für die Teilnahme der Kinder an einer Beratung oder der Gruppe ist das Einverständnis mindestens eines Elternteils notwendig. Sowohl aus rechtlichen, jedoch auch aus Gründen der Loyalität der Kinder gegenüber ihrer Eltern, ist die Fürsprache der Eltern für ihre Kinder von großer Bedeutung. Weiterhin sind die Erfolgsaussichten für die Kinder durch die Unterstützung und Beteiligung der Eltern wesentlich höher als ohne diese. Eine begleitende Elternarbeit besteht in Form von Beratungsgesprächen und Elternabenden, bei denen Aufklärung als auch kritische Selbstreflektion und Elternkompetenzen thematisiert werden.
Ziel (Warum?)	Die Akzeptanz der Eltern stellt eine grundlegende Voraussetzung dafür dar, dass sich auch die Kinder auf die Hilfen und professionelle Unterstützung einlassen und davon profitieren können. Ferner wird das Kind im Sinne eines systemischen Ansatzes nicht isoliert betrachtet, sondern muss aus familiensystemischer Sicht in die ganze Familie und einen Veränderungsprozess mit einbezogen werden. Die Elternarbeit dient sowohl der ersten Bestandsaufnahme und Einwilligung der Teilnahme, als auch der parallelen Elternarbeit zur Aufarbeitung der kindlichen Verhaltensweisen, Vermittlung zwischen Kind und Elternteil sowie der Aufklärung und Selbstreflektion der Eltern. Zudem soll in Elterngesprächen die soziale Familiensituation analysiert und soziale Ressourcen verstärkt werden. Eine wichtige Kooperation bildet die Zusammenarbeit mit dem Team des Deutschen Kinderschutzbundes Segeberg, das bei Komplikationen in der Familie unterstützend tätig werden kann.
Zielgruppen (Wer?)	Die Elternarbeit bezieht sich sowohl auf die erkrankten als auch auf die gesunden Elternteile, der am Gruppenangebot teilnehmenden Kinder. Ebenso steht es anderen Angehörigen, wie Großeltern, Onkeln und Tanten, frei, sich über das Projekt zu informieren, beraten zu werden oder an Elternabenden teilzunehmen.

Vorgehen (Wie?)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schritt: Erstgespräch <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Fragen zur Familie und Kindern • Exploration des Unterstützungs- und Hilfebedarfs für die Kinder 2. Schritt: Familiengespräch mit Kindern <ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung der Kinder • Einschätzung der Belastungen und Ressourcen • Heranführung an die Kindergruppe oder Einzelberatung 3. Schritt: begleitende Elterngespräche alle 12 Wochen <ul style="list-style-type: none"> • Austausch über Veränderungsverhalten des Kindes • Stand der Erkrankung und des Familienalltages • Wünsche der Eltern für die Kinder
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.4.3 Modul III: Gruppenarbeit

Das Modul Gruppenarbeit stellt den Kern des Projektes dar und zeichnet sich durch die praktische und direkte Unterstützung und Förderung der betroffenen Kinder und Jugendlichen aus. Alternativ und ergänzend besteht ein Angebot der Einzelberatung.

Tabelle 19: Gruppenarbeit bei YCD.

Gruppenarbeit	
Inhalt (Was?)	<p>Neben der Tatsache, dass sich die Kinder mit ihren Problemen und Themen nicht alleine fühlen sowie der Möglichkeit der Beratung geht es in den Young Carers Gruppen in erster Linie darum, Belastungen und Verantwortungen für eine Zeit abzugeben. Kinder ordnen ihre Bedürfnisse denen ihrer kranken Eltern unter, sie haben wenig Zeit für kindgerechte Tätigkeiten, Hobbies und soziale Kontakte. Im Rahmen der Kindergruppe soll eine Auszeit gewährt werden, in der sie Zeit für sich selbst haben, Kind sein dürfen, spielen und abschalten.</p> <p>Die Gruppenarbeit soll zu einem günstigen und effektiven Umgang mit der familiären Erkrankung beitragen und helfen, Ängste und Missverständnisse durch Aufklärung und Gespräche abzubauen. Die Kinder werden altersgerecht über ausgewählte Krankheitsbilder informiert und erhalten im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes emotionale Unterstützung.</p>

<p style="text-align: center;">Ziel (Warum?)</p>	<p>In einem Gruppenangebot für Kinder soll ein Raum geschaffen werden, in dem sie auf Gleichgesinnte treffen, sich austauschen können, Fragen stellen und kindgerechten Tätigkeiten nachgehen. Die Kinder lernen und erfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jemanden zum Reden zu haben, • Antworten auf Fragen zu spezifischen Erkrankungen, • Methoden zur effektiven Stressverarbeitung, • die Steigerung ihres Selbstwertgefühls, • die Förderung bestehender Kompetenzen und Ressourcen, • neue Freunde kennen und • kindgerechte Tätigkeiten, wie Spielen, Toben und Basteln. <p>Das Zusammentreffen der Gleichaltrigen gibt den Kindern die Möglichkeit zu erkennen, dass sie in ihrer Situation nicht alleine sind. Der Austausch mit Gleichaltrigen vermittelt Verständnis, Sicherheit und Vertrauen.</p>	
<p style="text-align: center;">Zielgruppen (Wer?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wie in Kapitel 8.2 beschrieben 	
<p style="text-align: center;">Rahmen- bedingungen</p>	<p>Inhalt der Gruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Feste Struktur der Gruppensitzungen • Vertrauensvoller und verbindlicher Rahmen • Grundlage für Themen und Inhalte bietet der Young Carers Reader (Anhang J) mit zahlreichen Anregungen und Spielen zu den Themen: a) Auflockerungs- und Einleitungsspiele, b) Gefühle und Wahrnehmung, c) Gesundheit, Bewegung, Ernährung, d) Kompetenz und Selbstwert, e) Krankheitskommunikation, f) Stressverarbeitung und f) Wissensvermittlung. • Ferner bietet die Gruppe einen Raum für freies Spielen, selbstbestimmtes Ausprobieren und die freie Ausgestaltung von Ideen und Wünschen. <p>Sonstiges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht • Kostenloses Angebot

	Aufbau	<p>Es werden drei altersgestaffelte, gemischtgeschlechtliche Gruppen mit einer maximalen Teilnehmerzahl von acht Kindern je Gruppe angeboten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gruppe: 6 – 9 Jahre 2. Gruppe: 10 – 14 Jahre 3. Gruppe: 15 – 18 Jahre
	Zeit	<p>Der Rhythmus der Treffen ist wöchentlich für zwei Stunden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gruppe: dienstags, 16-18 Uhr 2. Gruppe: mittwochs, 16-18 Uhr 3. Gruppe: mittwochs, 18-20 Uhr
	Setting	<p>Es stehen anderthalb Räume mit Küche und Badezimmer in Bad Bramstedt zur Verfügung. Für ein Gruppenangebot in Bad Segeberg stehen zweieinhalb Räume im Kinderhaus (Hort) des Kinderschutzbundes Segeberg zur Verfügung.</p>
	Mitarbeiter	<p>Zwei Mitarbeiter, bestehend aus einer Gruppenleitung und einem Gruppenhelfer / einer Gruppenhelferin</p>

9 Projektumsetzung von ‚Young Carers Deutschland‘

Die Konzeptplanung auf Grundlage wissenschaftlicher und theoretischer Befunde stellt nur eine Seite des Praxisprojektes dar. Auf der anderen Seite stehen deren praktische Umsetzung, Herausforderungen, der Umgang mit Unvorhergesehenem und Improvisationen, eben das Leben, mit dem das theoretische Konzept gefüllt wird. Diese alltäglichen Erfahrungen sollen in diesem Kapitel aufgeführt werden, um ebenso dem Anspruch der Praxisrelevanz dieser Arbeit gerecht zu werden. Es werden persönliche Erfahrungen mit den Kindergruppen und der Durchführung geschildert.

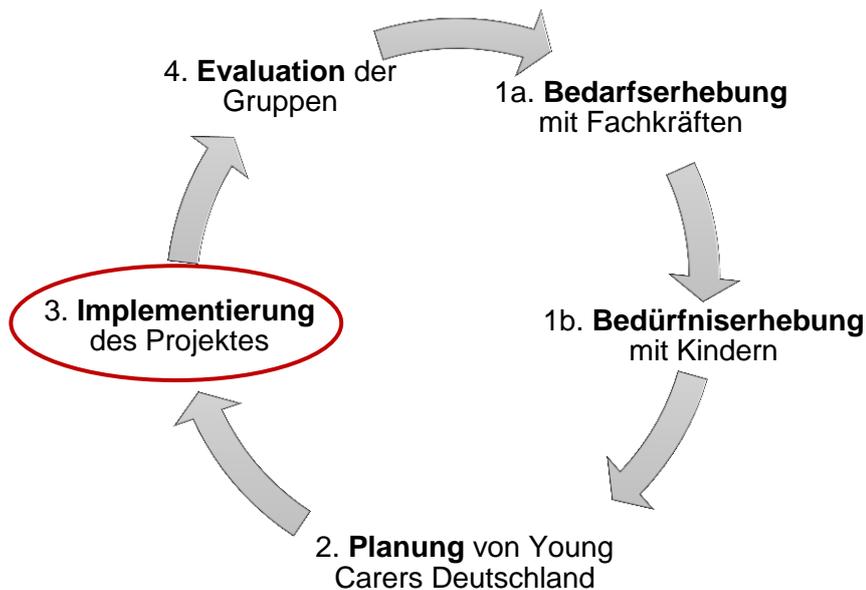


Abbildung 17: Studienverlauf nach dem PHAC: Implementierung des Projektes.

9.1 Projektstandort

Der Projektstandort Bad Bramstedt begründet sich mit dem Sitz des Hauptsponsors sowie Initiators, dem Rotary Club Bad Bramstedt. Da auch die Bedarfserhebung mit Fachkräften vor Ort sowie mit betroffenen Kindern aus derselben Region durchgeführt wurde, bietet sich ebenso die Umsetzung am genannten Standort an.

Bad Bramstedt ist eine Kleinstadt mit ca. 13.500 Einwohnern und ca. 4.500 minderjährigen Kindern. Sie gehört zum Landkreis Segeberg des Bundeslandes Schleswig Holstein und liegt zwischen den Großstädten Hamburg und Kiel. Bad Bramstedt ist nicht bekannt für eine Stadt mit substantiellen Bedürfnissen. Der Bundesgesundheitsurvey zur Kinder- und Jugendgesundheit des Robert-Koch-Institutes (RKI, 2007) weist kaum Unterschiede in Bezug auf die gesundheitliche Lage, das Gesundheitsverhalten oder die Morbidität von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Vergleich zu deutschlandweiten Ergebnissen auf. Etwa

die Hälfte der Bevölkerung lebt in ländlichen Gegenden. Dies schlägt sich auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten, Informationsvermittlungen sowie auf die Pflege durch ambulante Pflegedienste nieder. Auch die Teilnahme an Angeboten vor Ort, wie eine Beratung oder Kinder- und Jugendgruppen, ist dadurch erschwert möglich.

Im Zentrum von Bad Bramstedt befindet sich das sogenannte Familienbüro. Die Einrichtung bündelt eine Vielzahl von Unterstützungs- und Beratungsangeboten unterschiedlicher Träger sowie die örtliche Jugendhilfe unter einem Dach. Das Familienbüro beherbergt das Jugendamt, die Familien- und Erziehungsberatung, die Suchtberatung, die Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt, die flexiblen sozialpädagogischen Hilfen, den Pflegestützpunkt, Pro Familia, die Schuldnerberatung und das Schutzengel-Projekt der Frühen Hilfen. Es gibt einen sozialen Arbeitskreis, in dem sich politische Gremien der Stadt über aktuelle soziale Belange der Region austauschen und beraten sowie kreisweite soziale Netzwerktreffen mit Vertretern der Jugendhilfe und weiteren Experten. Bad Bramstedt hat vier Grundschulen, zwei weiterführende Schulen, eine Förderschule und eine Privatschule im angrenzenden Ort. Zur Zeit der Projektumsetzung befinden sich die Schulen im Umbruch zu einer Ganztagschule bzw. im Ausbau der Hortmöglichkeiten zur Nachmittagsbetreuung der Kinder.

9.2 Projektstart und Umsetzungsphase

Das Projekt startete im Herbst 2010 durch die Vorarbeit der rotarischen Arbeitsgruppe, die nach einer intensiven Spendenakquise die Ausschreibung einer Koordinationsstelle für die Projektplanung und Umsetzung ermöglichte. Die wissenschaftlichen Ergebnisse der vorangegangenen Erhebungen lieferten eine Grundlage für das Konzept. Der Name des Projektes sowie ein Label mit Wiedererkennungswert waren schnell gefunden. Der Projektname *Young Carers* mit der Ergänzung *Deutschland* signalisiert die Nähe zu den englischen Young Carers Gruppen der Children's Society. Der englische Projektname führte sowohl in Fachkreisen als auch bei den Bürgern der Modellregion zu Verständnisschwierigkeiten. Auf Basis des Labels wurden Informationsmaterialien, Kontaktkarten, Poster sowie nach einer gewissen Anlaufphase eine Internetseite entwickelt.



Abbildung 18: Projektlogo.

Die Laufzeit des Konzeptes sah vor, dass innerhalb von sechs Monaten eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit im Raum Bad Bramstedt betrieben wird, um entsprechende Fachkräfte der Region aus dem pädagogischen, dem sozialen und dem Gesundheitssektor zu informieren und als Kooperationspartner zu gewinnen. Aufgrund der isolierten Stellung des Rotary Clubs, der trotz seiner sozialen Tätigkeiten kein Jugendhilfeträger darstellt, stellte sich die Vernetzungsarbeit als eine herausfordernde und zeitintensive Aufgabe dar, die innerhalb eines halben Jahres realisiert wurde. Daher empfehlen ähnliche Projekte, wie SupaKids (Metzing-Blau et al., 2009) Ausdauer und Geduld bei der Implementierung. Dennoch ist es in der überschaubaren Region Bad Bramstedt gelungen, innerhalb von sechs Monaten und fortlaufend ein Netzwerk an Kooperationspartnern aus den genannten Bereichen zu gewinnen. Die Erfahrungen zeigen, dass insbesondere in Schulen die Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer Schlüsselpersonen für den Kontakt mit Familien darstellen. Ebenso ist die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt und angrenzenden Beratungsstellen, wie die Suchtberatung oder Erziehungsberatung als positiv hervorzuheben. Es konnten bedauerlicherweise nur vereinzelt Ärzte für das Projektvorhaben gewonnen werden. Die Zusammenarbeit mit ortsansässigen Ärzten (sowohl Kinderärzten, als auch Allgemeinmedizinerinnen) ist als mangelhaft einzustufen. Obwohl im Rahmen der Experteninterviews sowie in einschlägiger Literatur (Frank, 1995; Romer, 2007) die Rolle der Ärzte als eine Schlüsselrolle betrachtet wird, konnten mit Ausnahme eines Arztes, der Mitglied im Rotary Club ist, keine weiteren Ärzte als Kooperationspartner gewonnen werden. Gesprächs- und Kooperationsanfragen blieben unbeantwortet oder wurden vorzeitig beendet. Dem entgegensetzen ist die Zusammenarbeit mit umliegenden (Fach-)Kliniken in Neumünster und in Bad Bramstedt. Aufgrund des Engagements Einzelner konnten nachhaltige Kontakte hergestellt werden. Einladungen zu Teamsitzungen und die Thematisierung des Projektes in einer krankenhausinternen Zeitschrift sind Beispiele der Zusammenarbeit.

Nach etwa einem halben Jahr intensiver Öffentlichkeitsarbeit konnte die erste Kindergruppe mit zunächst drei Kindern der jüngsten Altersgruppe starten. Nach weiteren zehn Monaten folgten ausreichend Anfragen für eine zweite Kindergruppe im Alter zwischen 10 und 14 Jahren. Im Laufe der Zeit füllten sich die Kindergruppen auf durchschnittlich sechs Kinder pro Gruppe. Eine Jugendgruppe konnte bis zur Fertigstellung des Berichtes nicht implementiert werden, stattdessen bevorzugten Jugendliche ab 14 Jahren Einzelgespräche und Beratungsangebote nach Bedarf.

9.3 Mitarbeiter

Für die Planung und Projektimplementierung schufen die Bad Bramstedter Rotarier eine Stelle mit einem Stundenumfang von 35 Stunden pro Woche. Diese Stelle wurde mit einer Gesundheitswissenschaftlerin besetzt. Die Mitarbeiterin war für die Konzeptplanung, die Öffentlichkeitsarbeit, die Organisation und Durchführung der Kindergruppen sowie für die Durchführung von Beratungs- und Elterngesprächen verantwortlich. Nach fester Implementierung der Gruppen wurde eine Stelle geschaffen, die mit einer Gruppenhelferin mit pädagogischer Ausbildung besetzt wurde. Zudem beteiligen sich ehrenamtliche Helfer aus dem Netzwerk an Fahrdiensten, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie an der ehrenamtlichen Unterstützung in den Gruppen. Hervorzuheben ist der Fahrdienst von engagierten Frauen der Region, der bei Bedarf Kinder abholte und zur Gruppe oder von der Gruppe nach Hause fuhr.

9.4 Umgesetzte Angebote von ‚YCD‘

Die Ziele und Zielgruppen im Konzept streben ein breites Feld an Adressaten an: Eltern und Familien, Fachkräfte sowie die Endzielgruppe der Kinder selbst. Neben dem geplanten Angebot an Öffentlichkeits-, Beratungs- und Gruppenarbeiten konnte ein erlebnispädagogisches Ferienangebot realisiert werden. Folgende Angebote wurden durch das Projekt YCD realisiert:

- Beratung und Begleitung für Kinder und Jugendliche kranker Eltern
- Altersgestaffeltes Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 - 18 Jahren
 - Bewusstmachung und Stärkung der eigenen Ressourcen und Kompetenzen
 - Vermittlung von Stressverarbeitungsstrategien
 - Krankheitskommunikation
 - Kindgerechte Tätigkeiten, wie Spielen, Toben und kreative Tätigkeiten
- Erlebnispädagogische Angebote, wie Ferienfreizeiten, Ausflüge und Aktionstage
- Beratung von Eltern, Angehörigen und Bezugspersonen
 - Ermutigung und Förderung des Dialogs in Richtung offener, sensibler und altersgerechter Kommunikation zwischen Eltern und Kind
- Kooperation mit regionalen und überregionalen Fachkräften und Institutionen
 - Sensibilisierung, Information und Unterstützung zum Thema
 - Enttabuisierung des angstbesetzten und zunächst ‚hilflos machenden‘ Themas
 - Aufbau eines regionalen Netzwerks für Multiplikatoren

- ◉ Bereitstellung von Flyern, Postkarten, Plakaten und einer Internetseite zur Information und Kontaktaufnahme
- ◉ Finanzmittelakquise zur Absicherung der professionellen Unterstützungsangebote

In den weiteren Punkten wird auf ausgewählte Angebote und auf Stolpersteine in der Praxis sowie auf positive Erfahrungen näher eingegangen.

9.5 Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Um zunächst ein grundlegendes Bewusstsein bei den Bürgern der Region und Fachkräften, die mit betroffenen Familien arbeiten, zu schaffen, bedurfte es einer ersten Information und Sensibilisierung des Themas Young Carers: Ihrer Existenz, Identifizierungsmöglichkeiten, Bedürfnisse, Aufgaben und Verantwortungen.

Folgende Aktivitäten wurden in den ersten beiden Jahren durchgeführt, um auf die Existenz und die Angebote des Projektes YCD aufmerksam zu machen:

- Entwicklung und Bereitstellung von Informationsflyern für Fachkräfte und betroffene Familien und Kinder
- Aufbau und stetige Ergänzung einer Internetseite für Kinder, Jugendliche, Eltern und Fachkräfte mit anonymer Kontaktmöglichkeit
- Informationsveranstaltungen für Betroffene und Multiplikatoren
- Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen und Fachtagungen
- Regionale Öffentlichkeitsarbeit über Printmedien, Hörfunk und Fernsehen

Auf die Besonderheiten der einzelnen Berufsgruppen wurde bereits zu Beginn des Kapitels eingegangen. Es erwies sich als Vorteil an bestehende Arbeitskreise anzuknüpfen und, wenn möglich, auf eine Verbindungsperson einer Berufsgruppe für Kontakte zurückzugreifen, die einem ‚die Türen öffnet‘ oder bereits im Vorfeld auf das Thema aufmerksam machte, um Neugierde zu initiieren. Die Resonanz bei der Einladung einer wohlwollenden Kontaktperson fiel deutlich positiver aus, als ein Besuch auf Eigeninitiative.

Nach drei Jahren Projektlaufzeit bestand ein Pool aus engagierten und qualifizierten Ansprechpartnern, die als Vermittler, sogenannte *Gatekeeper*, zwischen betroffenen Familien und dem Projekt fungierten. Es wurde mit folgenden Institutionen zusammengearbeitet (Kasten 6):

<ul style="list-style-type: none"> • Lokale Grundschulen 	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterführende und Gesamtschulen 	<ul style="list-style-type: none"> • Privatschulen
<ul style="list-style-type: none"> • Jugendamt 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädagogische Familienhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulsozialarbeiter
<ul style="list-style-type: none"> • Erziehungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendzentrum
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgewählte Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Umliegende Kliniken
<ul style="list-style-type: none"> • Die Tafel 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderhospiz 	<ul style="list-style-type: none"> • ATS⁴

Kasten 6: Kooperationspartner von YCD.

Kontaktaufnahmen über Institutionen im Jahr 2012

Bei allen Kindern und Jugendlichen wurde der Erstkontakt über eine erwachsene Bezugsperson oder eine Person des Hilfesystems hergestellt. Die Mehrzahl der ‚Fälle‘ wurde durch oben genannte Institutionen vermittelt. Insbesondere die Schulen und Sozialarbeiter stellten wichtige Schlüsselpersonen zwischen betroffenen Familien und dem Hilfsangebot dar. Insgesamt wurden im Jahr 2012 39 betroffene Familien mit ihren Kindern an das Präventionsprojekt vermittelt:

Tabelle 20: Vermittelte Fälle von Kooperationspartnern bei YCD.

Kooperationspartner	Fallzahl
Schulsozialarbeiter	10
Jugendamt	8
Sozialpädagogische Familienhilfe	6
Schulen	5
Ambulante Pflegedienste	2
ATS	2
Die Tafel	2
Erziehungsberatung	2
Ärzte	1
Suchtberatung	1
Kinderhospiz	0
Jugendzentrum	0
Gesamt	39

⁴ Ambulante teilstationäre Suchthilfe.

Nicht jede Familie, die von Einrichtungen an das Projekt vermittelt wurde, nahm ein langfristiges Beratungs- oder Gruppenangebot in Anspruch. Aus persönlichen Gründen der Eltern oder Kinder wurde vereinzelt ein Kontakt abgebrochen oder andere Unterstützungs- bzw. Therapiemaßnahmen weiterempfohlen.

9.6 Umsetzung der Kindergruppen

Seit April 2011 traf sich die jüngste Kindergruppe (6 – 9 Jahre) regelmäßig einmal die Woche für zwei Stunden in Bad Bramstedt. Seit Februar 2012 traf sich die zweite Kindergruppe (10 - 14 Jahre) jeden Mittwoch für zwei Stunden in Bad Bramstedt. Die Gruppen sind offen, so dass neue Kinder jederzeit zur Gruppe hinzukommen konnten. Alle Gruppentreffen fanden im Gruppenraum statt. Zu Beginn der Treffen ging es darum, dass sich die Kinder kennenlernen und Vertrauen finden. So konnten Wünsche, Erwartungen und Gruppenregeln besprochen werden. Im Verlauf der einzelnen Treffen wurde ein positives Gruppengefühl hergestellt, um mit den Kindern an sowohl frei gewählten als auch tabubesetzten Themen zu arbeiten.

Gruppeninhalte

Die Struktur der Sitzungen sollte einfach und durchschaubar sein, um eine schnelle Gruppenbildung zu fördern. Die zwei gemeinsamen Stunden wurden in sechs Phasen gegliedert, um einen strukturierten und nachvollziehbaren Ablauf mit unterschiedlichen Themen zu gewährleisten: Ritual, Blitzlicht, Themenbearbeitung, Pause, Spielen und Bewegen sowie die Abschlussrunde.

Als Basis der Gruppenarbeit wurden bei den ersten Treffen mit den Kindern gemeinsam Gruppenregeln erarbeitet, die zu Beginn jeder Gruppe als Ritual vorgelesen wurden. Anschließend erfolgte eine Blitzlichtrunde, in der jedes Kind ein positives und negatives Ereignis der vergangenen Woche berichtete. Nach der Anfangsrunde wurde gemeinsam ein aktuelles Thema bearbeitet. Die Bearbeitung erfolgte auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Je nach Thema wurde zur Auseinandersetzung eines Problems oder eines Themas eine Diskussion oder ein Brainstorming angeregt, ein Rollenspiel durchgeführt oder andere themenbezogene Lern- und Hilfsmittel hinzugezogen, wie ein Poster oder eine (Stress-) Waage.

Die Themenzusammenstellung der Anfangsrunde richtete sich nach:

- dem Hintergrund der familiären Erkrankung der Gruppenkinder
- Themen der Gesundheitsförderung, Prävention und Stressverarbeitung sowie
- nach den Wünschen der Kinder

Beispielsweise wurden folgende Schwerpunkthemen in der Gruppe gemeinsam behandelt:

- Familie und Freunde
- Ausgewählte Erkrankungen
- Stress und Stressverarbeitung
- Konflikte und Konfliktmanagement
- Ruhe und Entspannung (Phantasiereisen)
- Ernährung
- Gedanken und Gefühle
- Jungen und Mädchen
- Selbstwertsteigerung

Die Programmpunkte verfolgten das Ziel, die Kinder hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls und ihrer Identität zu stärken. Die Erfahrungen und das Erwerben von Ressourcen sowie die Verbundenheit in der Gruppe waren wichtige Faktoren hierfür. Über kreatives Gestalten bot sich zudem die Möglichkeit, sich selbst und andere Kinder kennenzulernen, in Kontakt zu treten und Vertrauen aufzubauen.

Die anschließende Pause mit Snacks und Getränken gliederte die Gruppensitzungen in zwei Teile. Im Rahmen dieser Pause konnten sich die Kinder ungezwungen austauschen und nutzten ungestörte Momente zur Thematisierung von Problemen und Fragen in der Runde oder mit der Gruppenleitung. Im Anschluss stand den Kindern freie Zeit zur Verfügung, um nach ihren Bedürfnissen zu spielen, sich zu bewegen oder kreativen Tätigkeiten nachzugehen. In dieser zweiten Gruppenphase animierte die Gruppenleitung regelmäßig zu Bastel-, Körper- und Bewegungsspielen, um entsprechende Anreize zu schaffen. Zum Ende kamen alle Kinder noch einmal in einem Sitzkreis zusammen. Hier wurde das Thema der Sitzung, Positives und Negatives in der Gruppe reflektiert. Es durften ferner Wünsche für das nächste Treffen geäußert werden.

Eine detaillierte Evaluation der Kindergruppen und die Aussagen von teilnehmenden Kindern selbst, sind in Kapitel 10 nachzulesen.

Fallzahlen und Lebenssituation betroffener Kinder

Nach dreijähriger Projektlaufzeit konnten zwei Kindergruppen realisiert werden. Beide Kindergruppen mit ca. sechs Kindern fanden regelmäßig in Bad Bramstedt statt und eine weitere Kindergruppe in Bad Segeberg war seit Anfang 2014 im Aufbau. Zudem nahmen Kinder, Jugendliche und Eltern nach Bedarf Beratungsgespräche in Anspruch.

Eine Übersicht über die Lebenssituation der Kinder sowie bestehende Risikofaktoren liefern Tabellen 21 und 22:

Tabelle 21: Risikofaktoren betreuter Kinder.

Bekannte Risikofaktoren	Mehrfachnennungen
Gewalt in der Familie	4
Vernachlässigung	2
Alkoholerkrankung der Mutter bzw. des Vater	8
Drogenkonsum der Mutter bzw. des Vater	1
Krebserkrankung eines Elternteils	3
Psychische Erkrankung eines Elternteils	18
Sonstige chronische Erkrankungen	6
Trennung / Scheidung der Eltern	8
Familienkonflikte	7
Überforderung der Mutter bzw. des Vater	3
Schulprobleme des Kindes	4

Tabelle 22: Lebenssituation betreuter Kinder.

Lebenssituation des Kindes	Fallzahl
Bei Mutter und Vater	9
Bei Mutter und Partner	3
Bei Vater und Partnerin	1
Alleinerziehende Mutter	4
Alleinerziehender Vater	0

Die Übersicht der betreuten Kinder dient der Darstellung sozialer Hintergründe. In der Arbeit mit den Kindern wurde deutlich, dass sie in der Gruppe nicht ausschließlich Themen der familiären Erkrankung thematisierten, sondern ebenso Problembereiche des familiären Alltags oder der Schule mitbrachten. Es war daher ein Anliegen, auf die individuellen Bedürfnisse der Gruppenteilnehmer soweit wie möglich einzugehen und aktuellen Problemen Vorrang zu gewähren. Dabei handelte es sich sowohl um geschwisterliche Auseinandersetzungen oder Liebeskummer als auch um Schulprobleme. Die Kinder sind nicht ausschließlich Kinder ihrer kranken Eltern, sondern werden zudem mit alterstypischen Entwicklungsaufgaben, alltäglichen Problemen und Themen konfrontiert.

9.7 Ausflüge

Da während der Arbeit mit den Kindern wiederholt der Wunsch nach Tagesausflügen und Urlaubsangeboten gestellt wurde, sollte ein entsprechendes Angebot für die Ferien konzipiert werden. Aufgrund der freundlichen Unterstützung von Sponsoren konnten regelmäßige Ausflüge in den Schulferien angeboten werden. Diese Ausflüge hatten die Verantwortungs-entlastung der Kinder zum Ziel und sollten das ‚Auftanken‘ der Kinder durch ausgeglichene und freudige Aktivitäten bestärken. Die gemeinsamen Erfahrungen und intensiven sozialen Kontakte während der Ausflüge verstärkten zudem das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe und boten zwanglose Möglichkeiten des Spielens, Austauschens und Kennenlernens in ausgelassener Atmosphäre. Folgende Ausflüge wurden in den Oster-, Sommer- oder Herbstferien realisiert:

- Töpferkurse
- Ausflug zum Wildpark Eeckholt
- Reiterhofbesuch
- Burger-King-Besuch mit „Blick hinter die Kulissen“
- Besuch einer Polizeidienststelle
- Feuerwehrbesuch
- Ausflug in das Miniaturwunderland Hamburg
- Ausflug zum Kindermuseum ‚Klick‘
- Malkurs
- Ausflug in einen Hochseilgarten

9.8 Ausblick

Der Start der Kindergruppen zeigte bereits in seiner Anfangsphase eine für die Zeitspanne des Projektes angemessene Nachfrage und damit einen erkennbaren Bedarf an Unterstützung für betroffene Familien und ihre Kinder. Darüber hinaus zeigte sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Bedarf eines Unterstützungsangebotes über die Region Bad Bramstedts hinaus. Eine Weiter- und Fortführung des Projektes, der Öffentlichkeits- als auch der Gruppenarbeit wird daher als wünschenswert angesehen.

Das Modellprojekt wurde von Oktober 2010 bis Ende 2012 ausschließlich durch Spendengelder finanziert. Als Hauptförderer engagierte sich der Rotary Hilfe e.V. Bad Bramstedt mit den Mitgliedern des gleichnamigen Rotary Clubs. Weitere Unterstützer und Förderer, regionale Rotary Clubs, Unternehmen, Stiftungen und Privatpersonen aus der Region sind auf der Internetseite des Projektes vermerkt. Seit dem Jahr 2013 und mit der Projektübernahme des

Deutschen Kinderschutzbundes Segeberg konnte das Projekt im Rahmen von Kosteneinsparungen und Restspendengeldern fortgeführt werden.

Die Notwendigkeit, sich mit der Problematik der Young Carers zu beschäftigen, ist offensichtlich. Die Konzeptionierung und Umsetzung des Projektes YCD sollte nicht nur erreichen, dass das vielfach nicht bedachte Problem der Young Carers in der Öffentlichkeit gesehen wird und dass ein besonderes Augenmerk auf die Belastungen der jungen Menschen gerichtet wird. Vielmehr sollte für diese Bezugsgruppe eine angemessene und nachhaltige Unterstützung etabliert werden, die auch durch die Gesellschaft und die sozialen Sicherungssysteme anerkannt und getragen wird. Unter dieser Prämisse übergab der Rotary Club Bad Bramstedt das Projekt an den Kinderschutzbund Segeberg, der seit dem Jahr 2013 dieses in gemeinsamer Kooperation mit dem Rotary Club weiterführt. Es ist jedoch anzumerken, dass trotz des Bedarfes, der sowohl in den Teilstudien dieser Arbeit als auch in einschlägiger Literatur nachwiesen wird, sowie der positiven Resonanz von Projektteilnehmern und öffentlichen Jugendhilfeträgern, dennoch keine Regelfinanzierung aus öffentlichen Geldern zugesichert werden konnte. Eine gesicherte Folgefinanzierung ist im Sinne der Nachhaltigkeit des Projektes eine wichtige Voraussetzung für die häufig geforderte Langfristigkeit und Stabilität von Präventionsangeboten für Kinder. Zum aktuellen Zeitpunkt besteht jedoch keine gesicherte Finanzierung des Projektes, was trotz günstiger Prognosen die Langfristigkeit und Nachhaltigkeit des Angebotes in Frage stellt.

In welcher Form die Kindergruppen von den betroffenen Kindern angenommen und empfunden werden und wie sie den Erfolg der gesteckten Ziele bewerten, wird in einer abschließenden Gruppenevaluation behandelt. Die Evaluation vervollständigt den Public Health Action Cycle und soll Ergebnisse und Anregungen für die weitere Umsetzung der Projektgruppen leisten.

10 Studie 3: Evaluation der Gruppen

Eines der wichtigsten Kriterien eines Interventionsprogrammes ist die wissenschaftliche Fundierung. So soll auch in diesem Forschungsprojekt eine Evaluation der durchgeführten Kindergruppen erfolgen.

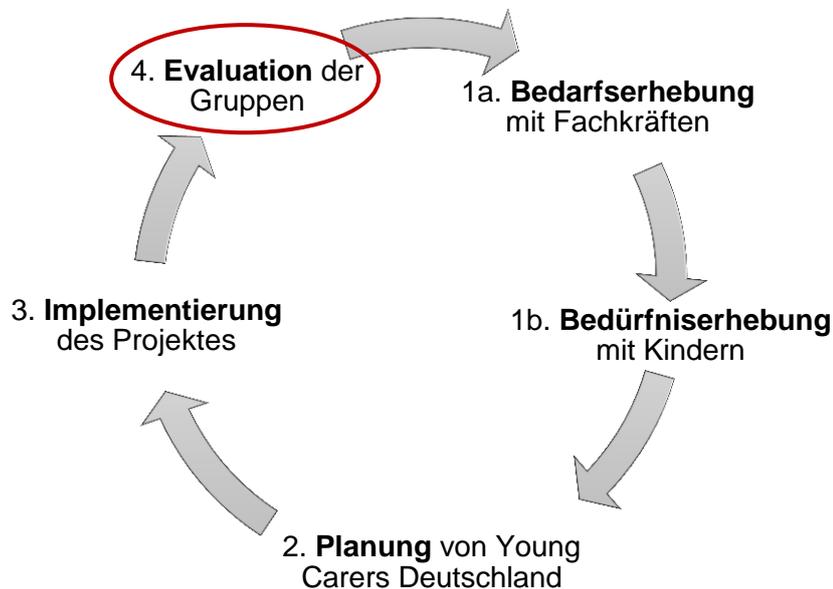


Abbildung 19: Studienverlauf nach dem PHAC: Evaluation.

In der Evaluationsforschung soll untersucht werden, ob ein Projekt funktioniert und sich eine Wirksamkeit nachweisen lässt (Flick, 2007). Es wird zwischen summativer und formativer Evaluation unterschieden. Erstere (auch Ergebnisevaluation genannt) setzt am Ergebnis an und kontrolliert den Gegenstand nach der Durchführung. Formative Evaluation (auch Prozessevaluation genannt) überprüft ein Programm während der Entwicklung oder Durchführung. Beide Ansätze haben gemein, dass eine Bewertung vorgenommen wird, so dass eine Aussage über das Funktionieren oder die Wirkung eines Gegenstandes, in diesem Fall einer Präventionsmaßnahme, getroffen werden kann (Flick, 2006).

Die Gruppenevaluation wurde im Rahmen einer Selbstevaluation durchgeführt und versteht sich deshalb als ein wertepositioniertes Modell. Dabei führten Programmverantwortliche die Evaluation gemeinsam mit externen Evaluationsberatern durch. Der Vorteil der Selbstevaluation liegt neben der Untersuchung und Bewertung des Programmes auch in der Möglichkeit einer direkten Veränderungshandlung (Beywl, 2007). Zur Vermeidung von abhängigen Bewertungen oder sogenannten blinden Flecken wurden externe Berater im Rahmen der Disertationsbetreuung sowie ein außenstehendes Kolloquium, bestehend aus fachübergreifenden Professionen, in die Planung der Untersuchungsinstrumente und Bewertung der Untersuchung einbezogen.

Die Evaluation bezieht sich aufgrund limitierter Ressourcen auf die Durchführung der Kindergruppen, da diese den Kern des Projektes darstellen. Für weiterführende Ergebnisse und bei zur Verfügung stehenden zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, ist eine Evaluation der Netzwerkarbeit und Elternarbeit zu forcieren.

10.1 Fragestellung und Vorgehen

Die Evaluation zielt darauf ab, das Gruppenangebot von Young Carers Deutschland in seiner Effektivität zu überprüfen. Dafür wurden alle teilnehmenden Kinder der zwei Altersgruppen (6 bis 9 Jahre und 10 bis 14 Jahre) in die Untersuchung einbezogen.

Das Ziel dieser Evaluation ist die Überprüfung der Umsetzung von Wünschen, Bedürfnissen und Vorstellungen der Kinder hinsichtlich des Gruppenangebotes. Der Vergleich bezieht sich dabei auf die Bedürfniserhebung mit Kindern zu Beginn des Projektes (vgl. Kapitel 7). Es stellt sich die Frage, ob die Kinder mit dem Gruppenangebot zufrieden sind, ob ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt wurden und ob sie Veränderungen bezüglich ihrer Kenntnisse und Bewältigungsmethoden nach einer regelmäßigen Teilnahme feststellen können.

Daraus ergeben sich zwei Themenfelder und Fragestellungen, die der Prozessevaluation entsprechen:

1. Überprüfung der Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen hinsichtlich des Gruppenangebotes

- Wurden die Wünsche und Erwartungen bezüglich des Gruppenangebotes erfüllt?
- Wie wurden Gruppeninhalte wahrgenommen?
- Was für Veränderungs- und Verbesserungsideen haben die Kinder?

Kasten 7: Themen und Fragestellungen der formativen Evaluation.

Für ein vertiefendes Verständnis in Bezug auf die Entwicklung der Kinder ergibt sich eine zweite Fragestellung, die der summativen Evaluation entspricht:

2. Erfassung von Entwicklung und Veränderungen

- Über welche Kenntnisse zur familiären Erkrankung verfügen die Kinder?
- Welche Verarbeitungsstrategien weisen sie nach dem Unterstützungsangebot auf?

Kasten 8: Themen und Fragestellungen der summativen Evaluation.

Die Frage, wie Menschen komplexe Sachverstände oder Programminhalte bewerten, empfinden und interpretieren, setzt eine explorative und offene Form der Datenerhebung voraus. Vor allem in der Forschung mit Kindern müssen Methoden flexibel an die Zielgruppe angepasst und in ihrer Durchführung modifizierbar sein. Die Methoden der qualitativen Sozialforschung werden unter Berücksichtigung der Fragestellungen und im Hinblick auf die Erwartung neuer, noch unbekannter Verbesserungs- und Wahrnehmungsvorstellungen der Zielgruppe verstanden. Nach Flick (2007) versteht sich qualitative Evaluationsforschung als die Anwendung qualitativer Forschung inklusive ihrer immensen Vielfalt an Methoden. Kukartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008) sehen den zentralen Aspekt des Forschungsprozesses in der Forschungsfrage. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein *Mixed-Method-Design* gewählt (Schreier & Odağ, 2010), das aus zwei qualitativen Methoden besteht: Das Forschungsdesign der summativen Evaluation besteht aus dem qualitativen Ansatz der *Fokusgruppe* und aus *vertiefenden Einzelinterviews*.

Da Fokusgruppen ein vergleichsweise schnelles und effektives Instrument zur Datenerhebung von gruppenspezifischen Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern darstellen, die ein hohes Potenzial an Kreativität freisetzen (Schulz et al., 2010), wurden sie im Rahmen des Forschungsdesigns als erste Erhebungsmethode eingesetzt. Das Ziel war nicht nur die spontane, diskursive Äußerung von Themen, Ideen, Meinungen und Bewertungen zum Gruppenprozess, sondern ebenso die subjektive Wahrnehmung und die Sammlung von Verbesserungsideen.

Zur Gruppenevaluation wurden in diesem Fall zwei Fokusgruppen mit Kindern der Altersgruppe 6 bis 9 Jahre sowie der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre geführt. Aus der Erkenntnis der durchgeführten Fokusgruppen wurden anschließend vertiefende Einzelinterviews mit ausgewählten Kindern geführt (Abbildung 20). Es wurden sowohl Interviews mit Kindern geführt, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, als auch mit Kindern, die an der Teilnahme verhindert waren. In diesen leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews sollten sowohl Aspekte aus der Fokusgruppe thematisiert werden, als auch die Entwicklung des Kindes hinsichtlich des Verständnisses der familiären Erkrankung sowie die Kenntnis von Verarbeitungsstrategien ermittelt werden. Es wurden sechs Einzelinterviews zur vertiefenden Analyse durchgeführt.

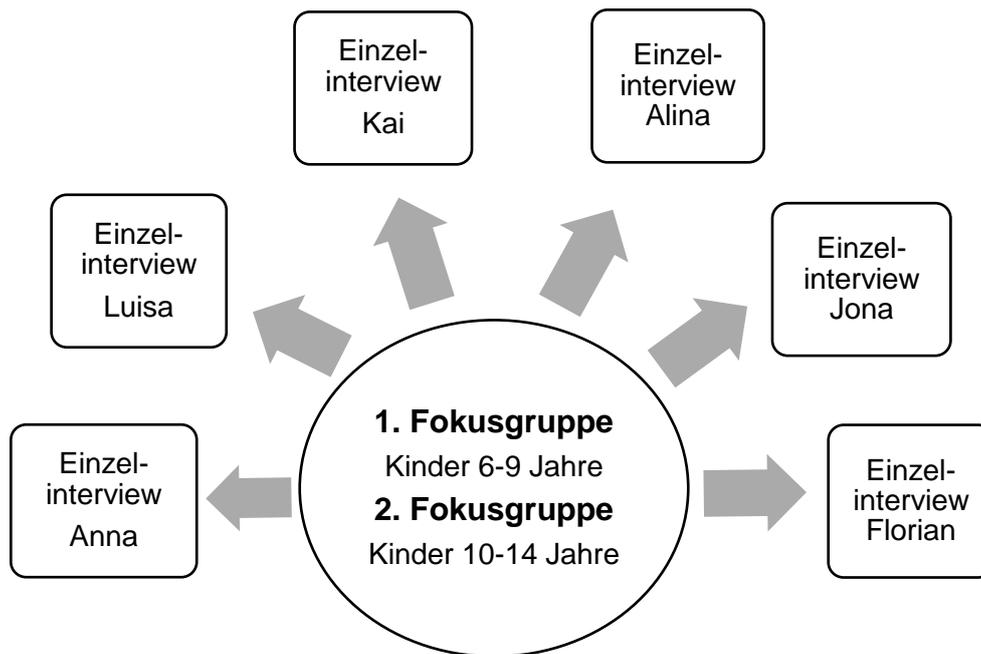


Abbildung 20: Übersicht Evaluationsschema.

Aus Gründen des niedrighschwelligigen Angebotes, das mit der freiwilligen Teilnahme der Kinder verbunden ist, nahmen nicht dieselben Kinder, wie aus der Bedürfniserhebung, an der Evaluation teil (vgl. Kapitel 11.2). Eine Übersicht des Ablaufschemas befindet sich in Tabelle 23.

Tabelle 23: Ablaufschema der summativen Evaluation.

	Fokusgruppe	Einzelinterview
	Inhaltliche Konzeptionierung	
Ziel	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Kinder hinsichtlich des Gruppenangebotes → formative Evaluation Erfassung von Entwicklung und Veränderungen hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> des Verständnisses der familiären Erkrankung der Kenntnis von Verarbeitungsstrategien → summativ Evaluation 	
Fragestellungen	<ul style="list-style-type: none"> Wurden die Wünsche und Erwartungen bzgl. des Gruppenangebotes erfüllt? Wie wurden Gruppeninhalte wahrgenommen? Was für Veränderungs- und Verbesserungsideen haben die Kinder? Über welche Kenntnisse der familiären Erkrankung verfügen die Kinder? Welche Verarbeitungsstrategien weisen sie nach dem Unterstützungsangebot auf? 	

Teilnehmer	<p>Theoretical Sampling: Alle teilnehmenden Kinder der Gruppen von YCD</p> <ol style="list-style-type: none"> Gruppe (6 – 9 Jahre) 4 Kinder (3 weibl., 1 männl.) Gruppe (10 – 14 Jahre) 3 Kinder (weiblich) 	<p>Theoretical Sampling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Luisa Anna Kai Jona Alina Florian
Planung		
Leitfaden und Stimuli	<ol style="list-style-type: none"> Leitfaden Stimuli: <ul style="list-style-type: none"> Plakat mit einer Übersicht von Gruppenthemen, Spielen, Übungen und Ausflügen Fallbeispiel von einem Kind und seiner kranken Mutter 	<p>Leitfaden und Aufnahmegerät</p> <p>Ergänzende Materialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poster zu den Themen und Spielen der Gruppensitzungen
Rekrutierung und Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Planung des Zeitpunktes Absprache mit Gruppenhelfern Technisches Equipment: Aufnahmegerät, Batterien 	<ul style="list-style-type: none"> Einladung der Kinder und Terminvereinbarung Technisches Equipment: Aufnahmegerät, Batterien
Umsetzungsphase		
Untersuchungsdurchführung	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung im Gruppenraum zu jeweils 2 Terminen je Gruppe Aufnahme mit Tonbandgerät Direktive Gesprächsführung des Moderators: <ul style="list-style-type: none"> Eröffnungsfragen Hinführungsfragen Überleitungsfragen Schlüsselfragen Abschlussfragen Protokoll 	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung im Gruppenraum Aufnahme mit Tonbandgerät Gesprächsführung des Moderators: <ul style="list-style-type: none"> Einleitung Sondierung Direkte Fragen (Kurzfragebogen) Protokoll
Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> Wörtliche Transkription Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring Informationsvermittelnde / deskriptive Auswertung Computergestützt mit MAXQDA 	
Ergebnisdarstellung	Schriftlicher Forschungsbericht	

Zur Überprüfung der Prozessqualität wurde von den Kindern im Rahmen der formativen Evaluation über einen Zeitraum von 6 Monaten ein Kurzfragebogen mit zwei Items zur Bewertung der jeweiligen Gruppenstunde ausgefüllt (Anhang E) Kurzfragebogen der Prozessanalyse). Diese Befragung zielte darauf ab, die Qualität der Gruppenstunde aus Sicht der Kinder zu erheben. In einer kindgerechten, leicht verständlichen Antwortskalierung mit Smileys wurde durch den Fragebogen im ersten Item die Atmosphäre in der Gruppe und in einem offenen Textfeld aktuelle Wünsche und Ideen für weitere Gruppenstunden erhoben. Folgende Fragen wurden erhoben:

<p>1. Wie hat dir die Gruppe heute gefallen?</p> <p> (sehr gut)  (gut)  (nicht so gut)  (schlecht)</p> <p>2. Was möchtest du beim nächsten Mal machen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 500px; margin-top: 10px;"></div>

Für die Auswertung der Smiley Skala wurden den Gesichtern Punkte von 1 bis 4 zugeordnet, wobei der glücklichste Smiley mit einer 4 und der traurigste Smiley mit einer 1 kodiert wurde. Zur Auswertung wurden aus den Punkten aller Teilnehmer die Mittelwerte gebildet.

Im Folgenden wird nun zunächst die Darstellung, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppe und anschließend unter Punkt 10.3 das Einzelinterview in seiner Planung, Durchführung und Auswertung aufgeführt, bevor abschließend zunächst die Ergebnisse der formativen und zuletzt der summativen Evaluation zusammengetragen werden.

10.2 Fokusgruppen

Die Methode der Fokusgruppe wurde in diesem Forschungskontext nicht aufgrund theoretisch angeleiteter Hintergründe getroffen, sondern es war vielmehr die sich geradezu aufdrängende Methode, um die zielgruppenspezifische Meinung der teilnehmenden Kinder zu dem durchgeführten Präventionsangebot zu erheben. Die Erhebungsmethode wurde in diesem Forschungskontext gewählt, um die gruppenspezifische und persönliche Meinung der Kinder zu den durchgeführten Gruppen zu erheben. In einem Austausch zwischen den Kindern ergibt sich so bestenfalls eine Vielzahl an Eindrücken, persönlichen Wahrnehmungen und Beispielen aus der Praxis, die sich vor allem in der öffentlichen Auseinandersetzung einer Gruppe ausdrücken. Auch die Ideensammlung zu möglichen Verbesserungen und Wünschen erfolgt in einer Gruppe intensiver und auf eine andere Weise als bei Einzelinter-

views. Das Ziel dieser offenen und flexiblen Methode besteht darin, alle Aussagen einzubeziehen und damit Beurteilungen und Bewertungen des Gruppenangebotes, dessen Folgen und auch Verbesserungsideen aus unterschiedlichen Perspektiven zu erlangen.

10.2.1 Diskussionsleitfaden und Stimuli

Der Leitfaden grenzte das Themengebiet für die Fokusgruppe im Sinne der Fragestellung dieser Untersuchung ein. Mack und Tampe Mai (2010) beschreiben den Leitfaden in ihrem Forschungsprozess als Operationalisierung des Diskussionskonzeptes, der einen Fragenkatalog für die Gruppe zur Verfügung stellt. Im Gegensatz zu Einzelinterviews sollten Leitfäden in der Fokusgruppe knapp gehalten werden und nur wenige Stimuli in die Gruppe geben (Lamnek, 2005; Zwick & Schröter, 2012). Da in diesem Forschungskontext mit sehr jungen Fokusgruppenteilnehmern gearbeitet wurde, beinhaltete der Leitfaden eine Reihe von Frageoptionen zum gleichen Thema, die je nach Gesprächsverlauf gesprächsfördernd in die Fokusgruppe eingebracht wurden. Die Fragen wurden präzise formuliert, so dass der Untersuchungsleiter in einer direktiven Gesprächsführung unterstützt wurde.

Die Erstellung des Leitfadens orientierte sich in erster Linie an den Fragestellungen der Untersuchung sowie an dem oben dargestellten theoretischen Hintergrund. Für die Planung und Konzeption wurde ferner ein Kolloquium mit fachübergreifenden Doktoranden (aus Psychologen, Soziologen und Gesundheitswissenschaftlern) einbezogen. Der Leitfaden wurde auf Praktikabilität und Verständlichkeit getestet. Nach diesen Kriterien konnten die relevanten Themenkomplexe für den Leitfaden formuliert werden. Der Leitfaden beinhaltete folgende zwei Hauptthemenfelder:

1. Rückmeldungen und Verbesserungsideen zum Gruppenangebot
2. Erfassung von Entwicklung und Veränderung der Kinder

Im Rahmen des ersten Themenfeldes wurden folgende Themen aufgeführt:

- Gegenwärtige Wahrnehmung der Gruppe
- Nennung und Bewertung von Themen, Spielen, Übungen und Ausflügen
- Zukünftige Wünsche an die Gruppe

Im Rahmen des zweiten Themenfeldes zur Veränderung der Kinder beinhaltete der Leitfaden die Themen:

- Sozialverhalten mit anderen Kindern
- Familiäre Erkrankung und Kommunikation
- Stresserleben und Reaktion

Die Fragenfolge orientierte sich am Rahmen von Lamneks (2005) Empfehlungen. Zu Beginn wurden die Teilnehmer in der *Eröffnungsfrage* aufgefordert, etwas Allgemeines über die Gruppe zu nennen: ‚Was hat Ihnen gefallen? Was hat Ihnen nicht gefallen?‘ Das Ziel war es, eine vertraute Atmosphäre zu schaffen. Anschließend sollten sogenannte *Hinführungsfragen* das Gemeinschaftsgefühl der Gruppe stärken. In den *Überleitungsfragen* wurde das Thema präzisiert und vertieft. Es wurden Fragen zu Meinungen und Ideen spezifischer Gruppeninhalte erfragt. In den *Schlüsselfragen* sollten in einem produktiven Klima der Fokusgruppe die interessierenden Forschungsfragen thematisiert werden. Hier wurden konkrete Fragen zur Veränderung des Sozialverhaltens, der familiären Erkrankung und des Stresserlebens eingebracht. Gegen Ende der Diskussion wurden die prägnanten Aussagen der Diskussion noch einmal zusammengefasst, um Fehlinterpretationen vorzubeugen (*Abschlussfragen*).

Der Leitfaden diente der Orientierung für den Untersuchungsleiter. Die Reihenfolge der Fragenkomplexe sollte in diesem Rahmen beibehalten werden. Der Ablauf sollte sich jedoch den Erzählungen der Teilnehmer anpassen, sodass eine alltagsnahe und spontane Diskussionssituation entstehen konnte. Zusätzlich wurden Stimuli eingesetzt, um den Gesprächsfluss der Kinder anzuregen und die Diskussionsrunde für Kinder spannend zu gestalten. Für den Beginn der Fokusgruppe wurde ein Plakat konzipiert, das mit bekannten Bildern einige beispielhafte Spiele und Themen aus dem Gruppenkontext darstellte. Das Plakat diente zum einen als Möglichkeit, Themen zu bewerten, indem von den Kindern aktiv Punkte an die entsprechende Stelle geklebt wurden, und zum anderen als begleitende Erinnerungsstütze der Gruppeninhalte. Ein weiterer Stimulus bestand aus einem Fallbeispiel, in dem das Verhalten eines Kindes mit einer kranken Mutter übertrieben dargestellt wurde. Die Kinder wurden anschließend aufgefordert, im Rahmen eines Bewegungsspiels das Verhalten des Kindes zu bewerten und sich entsprechend im Raum zu positionieren. Im weiteren Verlauf wurde die Fokusgruppe flexibel mit den Kindern weitergeführt.

10.2.2 Gruppenteilnehmer

Die Auswahl der Gruppenteilnehmer orientierte sich in dieser Evaluation am *theoretical sampling* (Lamnek, 2005). Bei dieser Fokusgruppe wurden die Teilnehmer Kriterien-orientiert ausgewählt. Hinsichtlich der Fragestellung sollten die Teilnehmer anwesend sein, die inhaltlich relevante Erfahrungen vertreten. Eingeladen wurden daher alle Kinder, die an dem Gruppenangebot mindestens zwölf Wochen teilgenommen haben. Die Teilnehmer der Fokusgruppe orientierten sich demnach an den realen Kindergruppen:

1. im Alter von 6 bis 9 Jahren und
2. im Alter von 10 bis 14 Jahren.

In Summe wurden acht Kinder zu den Fokusgruppen eingeladen, von denen sieben Kinder tatsächlich teilgenommen haben.

Tabelle 24: Fokusgruppenteilnehmer.

	Teilnehmer	Alter	Familiäre Erkrankung
1. Kindergruppe 6 - 9 Jahre	Anna	7	Psychische Probleme beider Elternteile, Adipositas der Mutter
	André	8	Psychische Erkrankung beider Elternteile, sonstige Erkrankung der Mutter
	Luisa	9	Psychische Probleme beider Elternteile, Rückenerkrankung des Vaters
	Pia	9	Psychische Erkrankung der Mutter, Hyperaktivität des Bruders
2. Kindergruppe 10 - 14 Jahre	Jaqueline	10	Psychische Erkrankung der Mutter
	Antonia	11	Psychische Erkrankung der Mutter
	Jona	13	Alkoholerkrankung der Mutter

10.2.3 Untersuchungsdurchführung

Die Fokusgruppe wurde je Kindergruppe auf zwei Termine aufgeteilt, um die Kinder mit der Themenvielfalt nicht zu überfordern. Im ersten Termin wurden die Gruppeninhalte, Wünsche und Verbesserungsideen besprochen. Ergänzend wurde ein Plakat als Stimuli eingesetzt. Während des zweiten Termins wurde das Veränderungsverhalten in Bezug auf die Kenntnisse von Erkrankungen sowie von Verarbeitungsstrategien thematisiert. Als Stimuli diente ein Fallbeispiel, anhand dessen die Kinder Verhaltensvorschläge diskutierten.

Die Durchführung der Fokusgruppe orientierte sich an dem in der Gruppe bekannten Ablauf der Anfangsrunde und Themenbearbeitung. Die Kinder kamen zu Beginn der Gruppe in einem Sitzkreis zusammen und berichteten reihum von wichtigen Ereignissen der vergangenen Woche. Im Anschluss fand in der Regel eine Themenbearbeitung statt (z.B. Arbeitsblatt, Diskussion, Rollenspiel). Um den Forschungsprozess den bekannten Gegebenheiten so gut wie möglich anzupassen, wurde an dieser Stelle mit der Fokusgruppendifkussion begonnen. Lamnek (2005) hebt hervor, dass der Ort und die Zeit der Durchführung eine Affinität zu Realdiskussionen haben sollte sowie den Bedürfnissen der Teilnehmer in Form von vertrauten Räumlichkeiten und einer gemütlichen Atmosphäre möglichst gerecht werden sollte.

Die Fokusgruppe begann mit einer Begrüßung sowie der Erläuterung der Regularien der Diskussion. Den Kindern wurde das Prozedere sowie der zeitliche Rahmen erklärt. Anschließend wurde das Plakat (Stimuli) präsentiert, an dem jedes Kind seine Punkte zur Bewertung ankleben durfte. Die Diskussion wurde thematisch gesteuert, indem zunächst in das Thema eingeführt wurde, im weiteren Verlauf das Wort verteilt und mit ad-hoc-Fragen spontan auf die Erzählungen der Teilnehmer eingegangen wurde. Das Ziel der thematischen Steuerung ist es, mit Hilfe von detailreichen Nachfragen möglichst sinnfällige Beiträge zu erzeugen und die Teilnehmer zu Diskussionen anzuregen. Dabei sollte die Beteiligung aller möglichst ausgewogen sein und Dominanzverhalten unterbunden werden (Zwick & Schröter, 2012). Tatsächlich stellte die Leitung und Steuerung einer Kinderdiskussion eine Herausforderung mit hoher Konzentration dar, da diese ihre Beiträge unstrukturiert und nicht immer themenpassend in die Runde warfen. Flick (2006) räumt ein, dass es keine Patentrezepte für das optimale Verhalten eines Moderators gibt. Jede Gruppendiskussion verläuft in Abhängigkeit seiner Teilnehmer. Jedoch sollte ein Moderator gewisse Qualifikationen mitbringen, da seine Gesprächsführung entscheidend für die Ergebnisse ist: Vor allem bei einer Fokusgruppe mit Kindern ist die methodische Qualifizierung relevant. Ein kompetentes, sicheres, jedoch nicht überhebliches Auftreten unterstützt den Aufbau einer lockeren, permissiven Atmosphäre (Flick, 2006). Von Vorteil war in diesem Fall, dass sich die Kinder sowie der Moderator bereits von den Gruppentreffen bekannt waren und somit eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden konnte. Weiterhin ist es wichtig, dass sich der Moderator im Hinblick auf die Gruppendynamik neutral verhält und Unruhen verhindern kann. Hierfür wurde eine direktive Gesprächsführung gewählt, um das Gespräch zielgerichtet im Hinblick auf das formulierte Erkenntnisinteresse zu steuern. In dieser Rolle sind die Diskutanten vor allem Informationslieferanten. Zum Ende der Gruppendiskussion wurde sich bei allen Kindern, unabhängig von der Gesprächsbereitschaft einzelner Teilnehmer, bedankt und ihre Teilnahme gewürdigt.

Das anschließende Treffen zur Bearbeitung des zweiten Themas in der Fokusgruppe verlief gemäß dem eben genannten Ablaufschema. Als Stimuli wurde ein Fallbeispiel eingesetzt, anhand dessen die Kinder frei über Verhaltensmöglichkeiten diskutieren durften. Mit Hilfe eines Bewegungsspiels wurden die Kinder aufgefordert zum Verhalten des Kindes aus der Geschichte Stellung zu nehmen und ihre Wahl zu begründen. Die Geschichte unterstützte die Kinder, ihr eigenes Verhalten in Bezug auf den familiären Hintergrund zu reflektieren und von persönlichen Erfahrungen zu berichten.

10.3 Qualitatives Interview

Mit der zweiten qualitativen Forschungsmethode des ergänzenden qualitativen Interviews sollten Aspekte betrachtet werden, die im Rahmen der Fokusgruppe nicht thematisiert werden konnten. Die Interviewdurchführung orientierte sich am selben Schema der qualitativen Interviews mit Kindern aus der Bedürfnisanalyse (vgl. Kapitel 5.2.2). Gesprächskriterien nach Delfos (2010) des kindgerechten Ablaufes wurden auch bei diesen Einzelinterviews berücksichtigt.

10.3.1 Interviewleitfaden

Der Leitfaden grenzte das Themengebiet im Sinne der Fragestellung ein und sollte dem Interviewer als Gedächtnisstütze dienen. Er wurde als teilstandardisierter Leitfaden konzipiert und enthält strukturierte, offene Fragen.

Der Leitfaden bestand aus zwei Themenblöcken, die sich am Problembereich der Fragestellung orientieren:

1. Überprüfung der Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Kinder bezüglich des Gruppenangebotes und seiner Inhalte
2. Erfassung von Veränderung und Strategien bezüglich Stressverarbeitung und familiärer Erkrankung

Der Leitfaden war so aufgebaut, dass zunächst Themen aus der Vergangenheit des ersten Themenblockes erfragt wurden. Einfache und erzählgenerierende Fragen zu Gruppenaktivitäten und -themen sollten den Erzählfluss anregen. Entsprechende Vertiefungsfragen bezogen sich auf die von den Kindern genannten Beispiele.

Beispielfragen:

- *Was habt ihr in der Gruppe so gemacht?*
- *Welche Themen / Übungen / Spiele / Aktivitäten habt ihr besprochen?*
- *Was ist dir besonders im Kopf geblieben?*
- *Nenn mir doch mal ein paar Beispiele, damit ich mir das besser vorstellen kann.*

In einem zweiten Schritt wurden die Kinder nach ihrem aktuellen Befinden und Kenntnissen aus der Gruppe befragt und inwieweit sie diese auch in ihrem Alltag anwenden. Es wurde sowohl auf Themen der familiären Erkrankung als auch auf persönliche Stressverarbeitungsstrategien eingegangen.

Beispielfragen:

- *Wir haben schon über die Erkrankung deiner Mama gesprochen.*
 - *Was kannst du mir darüber erzählen?*
 - *Was hast du darüber gelernt?*
 - *Was hilft dir am besten, wenn du Streit oder Stress hast?*

Zum Schluss wurden die Kinder nach zukünftigen Wünschen und Veränderungsideen für die Gruppe gefragt. Ihre Ideen zur Verbesserung oder Beibehaltung konnten am Ende des Interviews thematisiert werden.

Beispielfragen:

- *Was müsste sich verändern, damit es hier so richtig gut wird / bleibt?*
- *Hast du noch Ideen, was wir hier in der Gruppe verbessern könnten?*

Zuletzt wurde dem Kind die Möglichkeit eingeräumt, eigene Themen, nach denen nicht explizit gefragt wurde, einzubringen und frei zu erzählen.

10.3.2 Interviewteilnehmer

Das vertiefende Interview wurde mit Kindern aus den Projektgruppen durchgeführt, um nach der Fokusgruppe auf einzelne Themen detailliert eingehen zu können. Insgesamt wurden acht Kinder zu einem zweiten Interviewtermin eingeladen. Davon konnten sechs Interviewtermine tatsächlich realisiert werden. Die Kinder Anna, Luisa und Jona haben sowohl an der Fokusgruppe als auch an Einzelinterviews teilgenommen. Die Kinder Kai und Alina wurden aufgrund ihrer Abwesenheit bei der Fokusgruppe in einem Einzelinterview befragt. Florian konnte einige Wochen nach seinem selbst gewünschten Austritt aus der Gruppe für ein Interview gewonnen werden.

Tabelle 25: Teilnehmer der Einzelinterviews.

Teilnehmer	Alter	Familiäre Erkrankung
Anna	7	Psychische Probleme beider Elternteile, Adipositas der Mutter
Luisa	9	Psychische Probleme beider Elternteile, Rückenerkrankung des Vaters
Kai	10	Krebserkrankung der Mutter, Hyperaktivität des Vaters

Alina	12	Herzprobleme des Vaters, Sprachstörung der Mutter
Jona	13	Alkoholerkrankung der Mutter
Florian	11	Psychische Erkrankung beider Eltern, sonstige Erkrankung der Mutter

10.3.3 Interviewdurchführung

Ein zeitnahe Termin im Anschluss an die Fokusgruppe wurde über die Eltern vereinbart, so dass an Themen aus der Gruppendiskussion thematisch angeknüpft werden konnte. Die Interviews fanden in den Gruppenräumlichkeiten statt. Einige Kinder waren mit der Vorgehensweise des Interviews bereits aus der Fokusgruppe oder aus der ersten Interviewphase vertraut. Eine Einweisung in die Rahmenbedingungen des Gesprächsablaufes sowie die Einholung der Erlaubnis zur Nutzung des Tonbandgerätes stellten die Grundvoraussetzungen für eine gelungene Interviewdurchführung dar.

Nach einer ersten Einleitungsphase, in der mit erzählgenerierenden Fragen ein Erzählfluss forciert wurde, entwickelte sich bei den meisten Interviews durch Nachfragen zu den Schilderungen des Kindes ein Dialog zwischen Interviewerin und Kind. In der Vertiefungsphase wurde auf kritische und tabubesetzte Fragen zur Erkrankung des Elternteils und eigenen Umgangsformen und Strategien eingegangen. Diese Fragen hatten im Rahmen der Fokusgruppe keinen Raum gefunden und konnten in der Geschütztheit des Einzelinterviews besser thematisiert werden.

Die Interviews mit den Mädchen verliefen komplikationslos. Die Termine mit den Jungen Florian und Kai waren scheinbar unglücklich gewählt. Beide Jungen wurden von ihren Eltern zum Interview zitiert. Insbesondere Florian, der das Gruppenangebot vorzeitig abgebrochen hatte, nahm mit einer deutlich wahrzunehmenden Ablehnung an dem Interview teil, was sich in seinen knappen und negativ besetzten Aussagen verdeutlichte. Auch Kai hatte kein eigenes Interesse an der Teilnahme des Interviews, sondern ließ den Pflichttermin mit knappen Äußerungen und geringer Eigeninitiative über sich ergehen.

Im Anschluss an alle Interviews wurde ein Postskriptum erstellt, das eine Beschreibung der Kontaktaufnahme, der Gesprächssituation, der Atmosphäre, der Besonderheiten und Äußerungen nach der Tonbandaufzeichnung beinhaltet. Zusätzlich wurde eine erste, spontane Einschätzung des Interviews festgehalten. Die Interviewdauer betrug zwischen 20 und 80 Minuten.

10.4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach den Kategorien, die aus den Textpassagen gebildet wurden. Eine Aussage konnte mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die Darstellung erfolgt in Anlehnung an die Fragestellung nach den Hauptkategorien:

1. Wünsche, Wahrnehmung, Bedürfnisse
 - a) Gruppeninhalte
 - b) Wünsche und Veränderung
 - c) Gründe des Fernbleibens
 - d) Gesamteindruck der Gruppe

2. Entwicklung und Veränderung
 - a) Kenntnisse der familiären Erkrankung
 - b) Verarbeitungsstrategien und Übungen

Zu Beginn jeder Kategoriendarstellung werden die Kernaussagen in einer Tabelle zusammengefasst. Die Namen der Kinder sind anonymisiert. Die Interviewerin ist mit dem Kürzel „I“ versehen. Um die Ergebnisse zu untermauern, werden bei ausgewählten Kategorien Zitate aufgeführt. Im Anhang G) (Ankerbeispiele der Evaluation) sind zu jeder Kategorie bis zu drei Ankerbeispiele aufgeführt.

10.4.1 Prozessevaluation: Wünsche, Wahrnehmung und Bedürfnisse

Die Oberkategorie **Wünsche, Wahrnehmung und Bedürfnisse** bezieht sich auf das konkrete Gruppengeschehen. Es werden sowohl Gruppeninhalte, wie Spiele und Themen, als auch Veränderungsvorstellungen und Gründe des Fernbleibens aufgeführt. Eine weitere Kategorie gibt einen Gesamteindruck der befragten Kinder zur Gruppe wieder.

10.4.1.1 Gruppeninhalte

In der Fokusgruppe und den Einzelinterviews wurden die Kinder nach allgemeinen Gruppeninhalten befragt. Die Antworten der Kinder lassen sich in weitere Unterkategorien einteilen (vgl. Tabelle 26). Unterstützend wurde Bildmaterial in Form eines Kuchendiagrammes zu Hilfe genommen, auf dem Themenbeispiele auf der einen Seite sowie Spiele und Aktivitäten auf der anderen Plakatseite bildhaft dargestellt waren (Anhang I: Stimuli der Evaluation).

Tabelle 26: Kategoriendarstellung Gruppeninhalte (Evaluation).

Gruppeninhalte			
Aktivitäten & Spiele	Themenbearbeitung	Andere Gruppenkinder	Struktur
Ausflüge	Jmd. zum Reden haben	+ Freunde finden	Runde
Spielen und Spaß	Streit und Konflikte	+ Gemeinsamkeiten	Regeln
Sport, Bewegung, Rausgehen	Wahrnehmung	+ Spaß haben	
Kochen und Backen	Gefühle	+ Verständnis	
Rollenspiel und Verkleiden	Entspannung und Energieabbau	- keinen Anschluss	
Malen, Basteln, Kneten	Keine Ideen		

Aktivitäten und Spiele

Auf dem Kuchendiagramm des Bildmaterials vorab nicht bedacht, jedoch von den Kindern mit Abstand am eindringlichsten genannt, werden die **Ausflüge**, zu denen alle Kinder beider Gruppen über mindestens einen Tag gemeinsam eingeladen wurden. Luisa benennt die Ausflüge zum Pferdehof als ihr schönstes Erlebnis (Luisa, Z.31-34). Kai abstrahiert dagegen die Möglichkeit, sich bei Ausflügen frei zu bewegen und eigenständige Spielentscheidungen zu treffen (Kai, Z.177-180).

Sehr allgemein gehalten, aber dennoch mit einer hohen Relevanz von Kindern benannt, wurde die Kategorie des **Spielens und Spaßhabens**. Kai (Z.28-31) und Anna heben auf die Frage, was ihnen den meisten Spaß bereite, Beispiele des freien Spielens hervor.

„I: Wie gefällt dir denn die Gruppe insgesamt?“

Anna: Sehr gut

I: Sehr gut, warum? Was ist denn sehr gut?“

Anna: Dass ich hier spielen kann und dass wir manchmal Eier auspusten, so wie heute und dass ich sie anmalen durfte und jetzt mit nach Hause nehmen durfte und dass ich heute auch noch einen Hasen gebastelt habe. Das finde ich sehr gut“ (Anna, Z.18-21)

Auch im Rahmen der Kuchendiagrammauswertung (vgl. Abb. 21) zeigt sich, dass die Kinder aus der Fokusgruppe dem **Sport, Rausgehen und Bewegen** einen hohen Stellenwert beimessen. Weder Alter noch Geschlecht spielen bei der Beliebtheit dieser Kategorie eine Rolle. Die 13-jährige Jona (Z.179-187) gibt an, sich gerne draußen aufzuhalten, jedoch keine eigenen Ideen für Aktivitäten im Freien zu kennen. Die 8-jährige Luisa (Z.118-127) wünscht sich sogar einen ausgewiesenen Toberaum innerhalb der Gruppenräumlichkeiten. Die Jungen Kai und Florian (Z.54) bestätigen den positiven Effekt des freien Spielens in der Natur auf ihr Wohlbefinden.

„Kai: Rausgehen und Bewegen. Da mach ich mal den Punkt

I: Und was machst du dann draußen so?

Kai: Bogen schießen

I: Was noch?

Kai: Pfeile wieder holen und Klettern“ (Kai, Z.128-137)

Eine geschlechtsspezifische Komponente stellt dagegen die Kategorie **Kochen und Backen** dar, die insbesondere von den Mädchen positiv hervorgehoben wird. Die günstige Bewertung des Kochens und Backens wird in unterschiedlicher Weise von den Mädchen begründet. Während Jona den Gemeinschaftscharakter dieser Aktivität hervorhebt (Z.148-157), genießt Luisa vielmehr die alleinige Aufmerksamkeit eines Erwachsenen während der Zubereitung (Z.23-30). Auch der abschließende Erfolg des fertigen Produktes sowie dessen Verzehr werden positiv benannt (FG2a, Z.103-104).

Im Rahmen der Themenbearbeitung wurden mitunter **Rollenspiele** mit den Kindern durchgeführt, welche den Kindern auch als **Verkleidungsspiele** vorgestellt werden. Es stand eine Verkleidungskiste zur Verfügung, die von Jungen und Mädchen gleichermaßen gern genutzt wurde. Für Alina spielt das Verkleiden und Schminken in Verbindung mit der Einnahme neuer Rollen, z.B. einer Hexe, eine wichtige Rolle (Z.281-288 / Z.326-329). Luisa benennt in diesem Zusammenhang Spiele, wie Pantomime oder Geschichten nachspielen (Z.44).

Das **Malen, Basteln und Kneten** als konstanter Bestandteil der Gruppenaktivität wird ebenfalls von den Kindern positiv bewertet. Hierbei wird sowohl das Kneten wegen seiner angenehmen Konsistenz als auch der Spaßfaktor bei den Handfertigkeiten beispielsweise von Jona (Z.22-23 / Z.171-174) und Kai (Z.161-164) hervorgehoben.

Abschließend verdeutlicht die Grafik zum Kuchendiagramm der Spiel und Aktivitätsbewertung (vgl. Abb. 21), das als bildhaftes Element während der Fokusgruppe unterstützend eingesetzt wurde, dass die Bewertung der einzelnen Kinder in Bezug auf die Aktivitäten und Spiele in das obere Drittel fallen und demnach positiv zu bewerten sind.

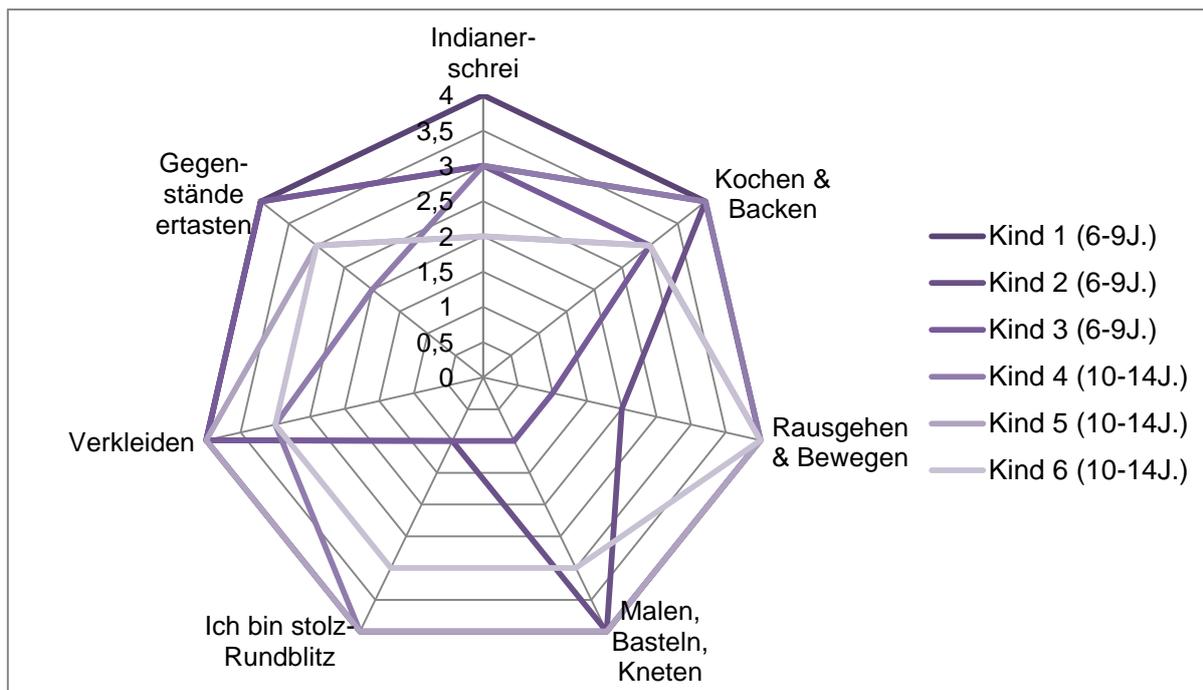


Abbildung 21: Spiel- und Aktivitätsbewertung (Evaluation).

Themenbearbeitung in der Gruppe

Die Kinder wurden nach in der Gruppe bearbeiteten Themen gefragt, wie sie diese bewerten und welchen Stellenwert sie für ihren Alltag zu Hause haben. Unterstützend wirkte auch hier ein Plakat zu Themen, die in der Gruppe behandelt wurden. Die Kinder durften einen Punkt zur Bewertung der Themen zu jedem Thema platzieren (vgl. Abb. 22).

Die Kategorie **Jemanden zum Reden haben** wurde bei der Konzeption des Kuchendiagrammes nicht berücksichtigt, fand jedoch Beachtung in den Aussagen der Kinder. Die älteren Kinder Jona und Alina empfinden die Gruppe als Möglichkeit, belastende Themen zu besprechen. Alina thematisiert bereits die Herzerkrankung ihres Vaters, an der er verstorben ist. Sie möchte sich außerdem über ein Leben nach dem Tod austauschen sowie über damit verbundene Gefühle (Z.373-391). Auch die 14-jährige Jona berichtet bereits von einem Rückfall ihrer Mutter hinsichtlich deren Alkoholerkrankung. Der Gruppe gegenüber möchte sie sich jedoch nicht öffnen und zeigt sich zurückhaltend.

„I: Und würdest du hier darüber reden in der Gruppe?

Jona: (...) Wo alle sind?

I: Ja

Jona: Ich glaub nicht

I: Würdest du nicht machen. Und wenn nicht alle da sind, würdest du das dann erzählen?

Jona: (...) Joa

I: Dann schon

Jona: Also glaub schon, wenn ich gerade dazu einen Gedanken habe, dann- und ich das irgendeinem erzählen möchte, dann sage ich das

I: Hast du das schon mal gemacht hier, ein bisschen was erzählt?

Jona: Ja, ich habe das hier schon mal erzählt, dass meine Mutter einen Ausrutscher hatte

I: Stimmt genau. Hast du das auch den anderen Kindern erzählt?

Jona: Nein

I: Das wolltest du nicht so gerne. Und warum traust du dich das denn noch nicht?

Jona: Weil das meiner Mutter- also ja ist halt- keine Ahnung. Meine Mutter hat das ja gemacht. Also das ist ja Privatsphäre von meiner Mutter, wenn ich das erzähle“ (Jona, Z.334-348)

Auch Alina gibt an anderer Stelle zu, dass sie Probleme in der Familie nicht in der großen Gruppe, sondern eher bei einem erwachsenen Gruppenleiter, thematisieren möchte (Alina, Z.219-223).

Auf konkrete Nachfrage zum Thema **Streit und Konflikte** reagieren die Kinder mit Ablehnung (z.B. Alina, Z.68-70). Doch Aussagen der Einzelinterviews von Florian und Jona verdeutlichen, dass die Kinder einen mehrheitlichen Bedarf an der Bearbeitung von Konflikten und eigenen Grenzen haben (Jona, Z.381-385).

„Florian: Das Thema verbotene Stellen, was ich mal so ähnlich vorgeschlagen hatte

I: Verbotene Stellen? Magst du mir das noch mal erklären?

Florian: Verbotene Stellen. Du hast auch verbotene Stellen, ich habe auch verbotene Stellen am Körper

I: Ach so, also über Mädchen und Jungen, so was wolltest du- Okay.

Florian: Mh (bestätigend) So verbotene Sachen, da, wo es einem zu weit geht“ (Florian, Z.58-68)

Jona, Kai und Luisa berichten ausführlich von durchgeführten **Wahrnehmungsspielen**, in denen einer der fünf Sinne spielerisch trainiert wurde. Das bewusste Erlebnis, blind etwas zu ertasten oder zu schmecken, ist ein von den Kindern häufig benanntes lustvolles Ereignis (Luisa, Z.131-135 / Kai, Z.108-110 / Jona, Z.160-164).

„Jona: Da sollten wir irgendwie tasten und dann irgendwie hören, riechen sollte man glaub ich auch, schmecken auch und dann wurden die Augen so zugebunden und da stand da einer und dann bin ich dann so gegangen und dann sollte ich stehenbleiben, wenn ich merke, wenn es nicht mehr- wenn es unangenehm ist, die Nähe- also wenn es noch okay ist, aber nicht weiter. Und das fand ich eigentlich okay, weil- auch lustig, weil ja, die ist ganz weit gegangen, ist überhaupt nicht mehr stehengeblieben, da stand sie dann so bei mir und ich so: Hä? Okay und sie merkt gar nichts. Dann sollte sie die Augen aufmachen und was ist (lacht), soweit bei ihr“ (Jona, Z.134)

Das Thema **Gefühle** löst bei Alina zunächst eine ablehnende Haltung aus. Ihre Gefühle zum Versterben ihres Vaters möchte sie jedoch explizit besprechen.

„Alina: Also (...) Wie soll ich sagen? Interessieren würde es mich nicht so

I: Welches denn?

Alina: Also ich mein jetzt zum Beispiel das Thema Gefühle, das eher nicht

(....)

I: Auch über deine Gefühle dabei?

Alina: Ja

I: Da ist ja ein schwieriges Thema. Vorhin hast du erzählt, das Thema Gefühle willst du nicht“

(Alina, Z.31-33 und 387-390)

Ebenso äußert sich Kai offen zum Thematisieren von Gefühlen (Kai, Z.23).

Die Kategorie **Stress & Stressverarbeitung** gliedert sich nochmals in Entspannung und Energieabbau. Ersteres wird von Kai (Z.43-45) und Alina (Z.33-35) positiv bewertet. Die ausführliche Darstellung einer Phantasiereise in Verbindung mit Wärmesäckchen wird von Jona (Z.58-68) hervorgehoben. Ebenso ausführlich berichten die Mädchen Alina (Alina, Z.17-30) und Jona (s.u.) über die Übung zum Energieabbau mit Wutsocken.

„Jona: Aber ich weiß, dass wir 'ne Wutprobe- nee, Wutsocken oder irgend so was gemacht haben

I: Ja genau, was haben wir denn da gemacht?

Jona: Zuerst haben wir, also auf einen Zettel was raufgeschrieben, also oben stand dann Wut und dann sollte man drauf schreiben, wie man sich dann fühlt. Dann hat man geschrieben traurig oder wütend und so- ja noch verschiedene Sachen und dann haben wir nachher so Socken gemacht. Da haben wir dann was eingemacht, Reis oder so was und das haben wir dann gegen die Wand geschmissen

I: Und wie fandest du das?

Jona: Ich fand das eigentlich ganz lustig

I: Wie hat sich das angefühlt?

Jona: Ich war ja jetzt nicht grad wütend oder so was, aber es hat irgendwie Spaß gemacht, dass da so „baam“, richtig doll gegenzuschmeißen und Wut raus gelassen- was passiert ist und was nicht

I: Und hat dir das geholfen, das zu machen?

Jona: Joa

I: Ja? Wie denn?

Jona: Seelisch hat das so befreit (kichert), also

I: Das hat seelisch befreit?

Jona: Also, dass so- jetzt- also, die Wut in die Socke rein zu machen und dann so richtig doll gegen die Wand schmeißen und- ja- keine Ahnung“ (Jona, Z.29-41)

Im Vergleich dazu wird deutlich, dass Florian, der die Gruppe auf eigenen Wunsch verlassen hat, keine Kenntnisse oder Strategien zum Energieabbau aufweist:

„I: Das ist toll, dass du das sagst, mit dem viel Energie in dir haben. Warst du da in der Stunde, wo wir geübt haben, wie man Energie raus lassen kann? Wenn man zu viel Energie in sich hat?“

Florian: Nein, dann hätte ich den Stuhl schon dagegen geworfen

I: Würdest du denn gerne wissen, was du machen kannst in den Situationen, in denen du am liebsten richtig wehtun willst

Florian: Nö, ich will einfach irgendwo schlagen können“ (Florian, Z.238-241)

Der Vollständigkeit halber muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Kinder häufig keine Angabe zu bearbeiteten Themen aus der Gruppe machen konnten. Zum einen haben sie keine Erinnerung an spezifische Themen und zum anderen scheint die Priorität der Kinder in erster Linie nicht auf den Themenblöcken zu liegen, sondern vielmehr auf spaßigen Aktivitäten (Alina, Z.276-279 / Jona, Z.113-114). Auf wiederholte Nachfrage zu ausgewählten Themen entsteht somit häufig ein Dialog wie bei Luisa:

„I: Wir haben auch manchmal schon was über Krankheiten besprochen, am Anfang meistens

Luisa: Ja

I: Erinnerst du dich daran an was?

Luisa: Ähm, weiß nicht so genau mehr“ (Luisa, Z.56-59)

Abschließend zeigt die Darstellung des Kuchendiagramms aus der Punktebewertung der Fokusgruppen eine sehr wechselnde Bewertung einzelner Themenblöcke. Demnach kann festgehalten werden, dass die Bearbeitung von Themen nicht grundsätzlich von allen Kindern positiv bewertet wird, sondern je nach Vorliebe des jeweiligen Kindes wechselt.

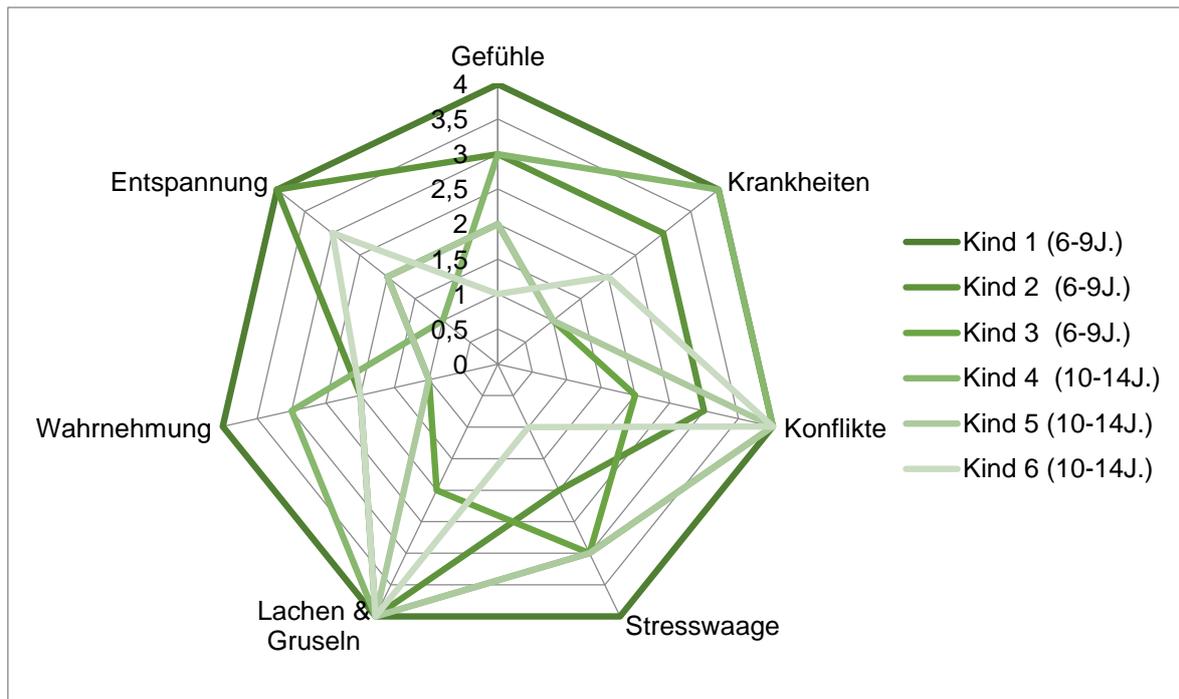


Abbildung 22: Themenbewertung der Kindergruppen 6-9 und 10-14 Jahre.

Andere Gruppenkinder

Die Kinder der Gruppe, die sogenannten Gruppenkinder, wurden in Zusammenhang mit anderen Themen wiederholt benannt. Der Charakter und das Verhalten der Kinder waren maßgeblich für das Gruppengefühl verantwortlich. Die meisten Kinder verbinden mit den anderen Gruppenkindern positive Assoziationen. Doch nicht alle fühlten sich gleichermaßen wohl und haben die Gruppe als geschützten Raum empfunden. Zunächst werden die positiven Zuschreibungen zu den anderen Kindern aufgeführt.

Alina erwartet von der Gruppe die Gewinnung **neuer Freunde** (Alina, Z.368). Jona hat als Älteste der Gruppe ihren Platz in der Gruppe gefunden und beschreibt das Miteinander als lustig und lebhaft (Jona, Z.217-226). Mit ihrem sehr zurückhaltenden und ruhigen Charakter ist die Gewinnung von Jaqueline als Freundin ein großer Schritt für das Mädchen gewesen.

„Jona: Also, Alina kenne ich noch nicht so, also Pia- da war ja vorher noch Jaqueline da, mit der bin ich immer nach Hause gelaufen

I: Hast du dich mit ihr auch gut verstanden?

Jona: Mh (bestätigend), also sie hat hier so gesagt, irgendwas mit Freunde und so, dass wir Freunde sind“ (Jona, Z.238-240)

Ein weiteres Attribut, was der Gruppe und damit den anderen Gruppenkindern zugeschrieben wird, ist die **Gemeinsamkeit**. Die Kinder benennen jedoch nicht die Gemeinsamkeit des erkrankten Elternteils, sondern das **gemeinsame Spielen, Spaß haben** und allgemeine ge-

meinsame Aktivitäten. Die 7-jährige Anna (Z.100-103) legt großen Wert auf das gemeinsame Spielen und Toben, wie Verstecken und Fangen spielen. Auch die Gruppenältesten Alina und Jona (Z.238) benennen die gemeinsame Aktivität als eine der wichtigsten Komponenten für die Gruppe.

„I: Wie findest du die Gruppe denn gesamt hier bisher?“

Alina: Also ich finde sie ganz gut

I: Was findest du denn am besten, was wir hier so machen?“

Alina: Also, was ich am besten finde ist, dass wir hier alle zusammen was machen“ (Alina, Z.316-321)

In Annas Aussage wird zudem deutlich, dass das **Verständnis** der anderen Gruppenkinder zu kritischen Themen ein höheres ist, als bei Schulfreunden. Über die Adipositas ihrer Mutter, über die sich Nachbarskinder lustig machten, lernte das Mädchen in der Gruppe wieder offen zu sprechen.

„I: Stimmt, hier in der Gruppe könntest du mit jemanden darüber sprechen, oder?“

Anna: Weil, die dürfen ja nicht darüber lachen oder darüber reden, dass das schlecht ist

I: Genau

Anna: Die finden das vielleicht auch schlecht, so doof, aber nicht schlecht“ (Anna, Z.122-125)

Wie bereits angedeutet, wurde die Gruppe nicht von allen Kindern ausschließlich positiv wahrgenommen. Vor allem Florian macht die anderen Gruppenkinder für seinen Abbruch aus der Gruppe verantwortlich, weil der gewünschte **Anschluss an andere** Kinder ausblieb.

„I: Dann mal über die anderen Kinder hier in der Gruppe. Hast du dich mit denen gut verstanden?“

Florian: Nein. Ganz offen gesagt nein

I: Hast du denn- mit manchen hast du dich nicht so gut verstanden-

Florian: Mit den meisten

I: Mit den meisten. Mit wem hast du dich einigermaßen gut verstanden?“

Florian: Mit keinem. Mit gar keinem.

I: Ist das der Hauptgrund, weshalb dir das hier nicht Spaß gemacht hat. Kann das sein?“

Florian: (Kopfnicken) Zum Beispiel hier mit, wie heißen die beiden Gören, Antonia und Jacqueline“ (Florian, Z.98-105)

Die Aussage von Florian stellt die Bedeutsamkeit des Zusammengehörigkeitsgefühls und des Miteinanders für das Wohlbefinden des einzelnen Kindes in der Gruppe heraus. Auch Luisa fühlt sich von einzelnen Gruppenkindern zeitweise genervt (Luisa, Z.110-112).

Struktur

Aussagen zur Struktur und dem Ablauf der Gruppen werden in Bezug auf die Anfangs- und Endrunde sowie auf die Regeln getätigt. In der Fokusgruppe sind sich die Kinder einig, dass die **Anfangsrunde**, die aus einer Begrüßung, Berichten aus der vergangenen Woche und der Bearbeitung ausgewählter Themen besteht, übersprungen werden sollte, um gleich zu den ‚schönen Dingen‘ und Freizeitaktivitäten zu gelangen.

„I: Okay, dann findet ihr es also besser, wenn wir hier die Anfangsrunde ganz schnell machen und dann irgendwas Schönes, wie Rausgehen oder Kochen oder Spielen machen?“

Alle: Ja

Antonia: Lieber gleich spielen“ (FG2a, Z.130-132)

Auch der Aussteiger Florian bestätigt diese Ansicht im Einzelinterview (Z.130). Dem entgegengesetzt empfindet Kai die Anfangsrunde als wichtiges Strukturelement, bei dem seine Meinung und für ihn bedeutsame Ereignisse einen Raum finden.

„I: Was machst du denn am liebsten mit anderen Kindern hier?“

Kai: Mh (...) den Kreis

I: Den Anfangskreis?

Kai: Mh (bestätigend)

I: Was magst du denn daran?

Kai: Dass man immer erzählen kann, was man so gut fand und was man nicht so gut fand

I: Das magst du gerne, okay

Kai: Mh (bestätigend) (...) Mehr fällt mir nicht mehr ein“ (Kai, Z.230-238)

Zu den **Gruppenregeln** äußert sich Kai ambivalent. Einerseits scheint er deren Bedeutung zu akzeptieren, wenngleich das regelmäßige Vorlesen im Rahmen der Anfangsrunde einen Ermüdungseffekt mit sich bringt (Kai, Z.80-89). Anna betont die Bedeutsamkeit der Regel, dass nicht übereinander gelacht werden darf. Diese Regel bestärkt das Mädchen im Vertrauen und Erzählen über die familiäre Erkrankung (Anna, Z.122-125).

10.4.1.2 Wünsche und Veränderung

In den Fokusgruppen und Interviews wurden die Wünsche der Kinder für die Gruppe thematisiert. Dabei benennen sie sowohl die Beibehaltung von beliebten und bekannten Aktivitäten als auch neue Ideen und Wünsche für die Gruppe.

Tabelle 27: Kategoriedarstellung Wünsche & Veränderung (Evaluation).

Wünsche & Veränderung	
Bekanntes, das beibehalten werden soll	Neue Ideen
Selbstständiges und selbstbestimmtes Spielen	Räumliche Veränderungen
Rausgehen	Musik
Stressverarbeitung und Entspannung	Zeit und Aufmerksamkeit (Eltern)
Ausflüge	
Keine Veränderung	

Bekanntes, das beibehalten werden soll

Die Vorliebe für **selbstständiges und selbstbestimmtes Spielen** zeigt sich insbesondere bei Florian, der eine Abneigung gegen vorhandene Strukturen und Regeln hegt (Florian, Z.140-142). Auch Jona möchte spontanen Bedürfnissen in der Gruppe nachgehen.

„I: Und was machst du, wenn du keine Lust hast?“

Jona: Dann setze ich mich irgendwo hin oder vielleicht hole ich mir ein Blatt Papier, wenn ich Lust habe

I: Also, machst du halt das, worauf du so Lust hast

Jona: Man muss ja nicht grade Fangen spielen, wenn man das nicht möchte“ (Jona, Z.295-298)

In der Fokusgruppe bestätigen ebenso die Mädchen Antonia, Pia und Jaqueline ihre Präferenz für freies Spielen (FG2a, Z.130-132). Florian (Z.139-140) und Jona (Z.277-278) legen zudem großen Wert auf **Aktivitäten im Freien**. Sehr beliebt und damit auf der Wunschliste für die weitere Gruppenarbeit steht das **Kochen und Backen**. Alina wünscht sich beispielsweise die Zubereitung eines Kuchens (Z.291-298). Kai möchte gern Burger zubereiten, weil diese seine Leibspeise sind (Z.185-186) und auch Jaqueline betont ihre Vorliebe fürs Kochen und Backen (FG2a, Z.95-96).

Mit der Ausnahme von Alina, die sich auf Nachfrage explizit mit dem Thema Stress auseinandersetzen möchte (Z.59-68), liegt der Schwerpunkt der anderen Kinder eher auf der **Entspannung**. Antonia und Florian (Z.130-134) machen dies deutlich, indem sie ihr Bedürfnis nach Entspannung von vorgegebenen Aktivitäten abgrenzen.

„I: Welches Thema möchtest du beim nächsten Mal machen?

Antonia. Gar nichts. Chillen“ (FG2b, Z.182-183)

Wie bereits in der Oberkategorie Gruppeninhalte erwähnt, erfreuen sich die **Ausflüge** bei den Kindern einer großen Beliebtheit. Auf die Frage nach neuen Ideen und Aktivitäten für die Gruppe fehlt es daher nicht an neuen Ausflugszielen und Ideen für das Wochenende und Ferien. Freizeitparks und eine Übernachtung mit allen Kindern im Gruppenraum sind besonders beliebt (FG2a, Z.91-91 und 99-102 / Kai, Z.181-182).

Das Ausbleiben von Veränderungsideen ist als positiv für die Gruppeninhalte zu werten. Beispielsweise können die beiden Ältesten Alina und Jona keine neuen Wünsche für die Gruppe nennen. Sie bestätigen damit die Passgenauigkeit des Gruppenangebotes an die kindlichen Bedürfnisse (Alina, Z.336-337).

„I: Gibt es denn hier in der Gruppe irgendwas, was du nicht so gut findest? Was du gerne verändern möchtest?

Jona: (...) Nicht, dass ich jetzt wüsste

I: Was müsste sich denn verändern, damit das hier so richtig, richtig cool wird?

Jona: (... ..)

I: Weißt nicht?

Jona: Ich finde das jetzt schon so gut“ (Jona, Z.271-276)

Neue Ideen

Neben dem Altbekanntem liefern die Kinder auch neue Anregungen. So hegen gleich mehrere Kinder unterschiedliche Pläne für eine Umgestaltung der Gruppenräumlichkeiten. In Florians Statement wird deutlich, dass er sich größere **Räumlichkeiten** zur Entfaltung seiner Persönlichkeit wünscht (Florian, Z.145-150). Auch Kai bestätigt den Wunsch nach größeren Gruppenräumlichkeiten.

„Kai: Ich würde mir wünschen, dass das Haus hier größer ist

I: Hier für die Gruppe?

Kai: Ja

I: Warum?

Kai: Damit hier mehr Platz ist zum Spielen“ (Kai, Z.340-344)

Luisa möchte hingegen eine Umgestaltung des Kuschelraums in einen Toberaum und signalisiert dadurch ihr Bedürfnis nach Bewegung. Kai wünscht sich außerdem die Möglichkeit **Musik** zu hören und zu tanzen, insbesondere von seinem aktuellen Idol Psy und dem dazugehörigen Tanz ‚Gangnam-Style‘.

Ein Wunsch, der zwar nicht im Rahmen der vorgesehenen Gruppe ermöglicht werden kann, dennoch die Bedürfnisse der Kinder widerspiegelt, ist Luisas Bedürfnis nach mehr **Zeit und Aufmerksamkeit ihrer Eltern**. Emotional schildert sie die Belastungen ihrer Mutter und ihren damit verbundenen Wunsch.

„Luisa: Dass meine Eltern und ich, dass wir mehr Zeit miteinander verbringen können

(...)

I: Du hast gesagt, du wünschst dir mehr Zeit mit deinen Eltern. Ist das jetzt nicht so, dass ihr viel Zeit habt?

Luisa: Ne, mein Vater arbeitet immer so lang und meine Mutter kümmert sich meistens nur um meine Oma

I: Ach so, warum kümmert sie sich denn um deine Oma?

Luisa: Ja, die ist ja im Winter, im Februar ist sie aufs Glatteis gefallen

I: Und da hat sie sich was gebrochen?

Luisa: Ja den Arm, den Rechten

I: Okay und jetzt muss deine Mama sich um sie kümmern? Und was machst du dann?

Luisa: Ich mache da gar nichts, weil Mama sich ja um alles kümmert

I: Nervt dich das denn?

Luisa: Jaaa

I: Sehr ne?

Luisa: Mh (bestätigend)“ (Luisa, Z.242 und Z.256-269)

10.4.1.3 Gründe des Fernbleibens

Die Kategorie **Gründe des Fernbleibens** gliedert sich in die Unterkategorien: Zeitkonflikt, Erkrankung eines Kindes, kein Anschluss an andere Kinder (aus der Gruppe) und Fahrproblem (zur bzw. von der Gruppe).

Tabelle 28: Kategoriendarstellung der Gründe des Fernbleibens (Evaluation).

Gründe des Fernbleibens				
Zeitkonflikt durch...		Erkrankung eines Kindes	Kein Anschluss an andere Kinder	Fahrproblem
Schule	Termine & Verabredungen			

Zur Zeit der Projektdurchführung befanden sich die örtlichen Schulen in einem Umbruch zur Ganztagschule. Das Konstrukt Ganztagschule beinhaltete Freizeitangebote und Betreuung

am Nachmittag. Die Zeiten der Schulstunden verlagerten sich zunehmend in den Nachmittag hinein. Florian beschreibt anschaulich seinen Zeitkonflikt, um nach Schulschluss zur Gruppe zu kommen.

„I: Würdest du denn so weiterkommen, wenn sich die Zeiten der Gruppe ändern würden?“

Florian: Ja, wenn es am Sonntag ist

I: Am Sonntag würdest du kommen

Florian: Höchstens, aber allerhöchstens

I: Aber unter der Woche würdest du nicht kommen?“

Florian: Mh (verneinend), die Woche ist dann immer ausgebucht

I: Weil du dann zu viel zu tun hast

Florian: Und ich will mich jetzt noch anstrengen ins Gym. [Gymnasium (d. Verf.)] zu kommen. Deswegen wird es immer schwerer. Die ganze Woche mache ich mir kein bisschen spielen mit Freunden, nur bei mir mindestens wenn ich Zeit hab, sonst üben und Hausaufgaben machen

I: Das ist ja anstrengend

Florian: Aber ich will ins Gym [Gymnasium (d. Verf.)] kommen und 12 Klassen machen und Abitur machen und dann habe ich alles frei“ (Florian, Z.36-45)

Ein weiterer Grund, nicht zur Gruppe kommen zu können, sind Termine oder Verabredungen der Kinder. Luisa hatte nach der Schule bereits regelmäßige Freizeit-, Sport- und Arzttermine. Um mit Freunden spielen zu können, wollte sie vorübergehend nur noch jede zweite Woche zu der Gruppe kommen (Luisa, Z.16-18). In beiden Fällen bestehen somit **Zeitkonflikte**, um das Gruppenangebot im Wochenplan unterbringen zu können. Anna, Jona und Kai geben an, nur im **Krankheitsfall** nicht zur Gruppe gekommen zu sein (Anna, Z.9-16 / Jona, Z.16-19 / Kai, Z.19-22).

Bereits in der Oberkategorie ‚Gruppeninhalte‘ wurden andere Gruppenkinder thematisiert und ihre Bedeutung für die Gruppe herausgestellt. Luisa gibt an, keinen guten Anschluss gefunden zu haben und zeigt sich von anderen, laut spielenden Kindern genervt (Z.110-115). Florian gibt die anderen Kinder ausdrücklich als Grund seines Ausstieges an. Er konnte in der Gruppenzeit **keinen Anschluss** an andere Kinder finden.

„I: Bist du denn gern in die Gruppe gekommen?“

Florian: Mittel, manchmal ärgern die mich immer und deswegen

I: Wer ärgert dich manchmal?“

Florian: Jaqueline oder wie die heißt. Die ärgert mich sogar jetzt noch in der Schule. Die ist ja in meiner Parallelklasse“ (Florian, Z. 16-19)

Anna erwähnt außerdem, dass gelegentlich **Fahrprobleme** bestanden. Da ihre Mutter zeitgleich weitere Termine wahrnehmen musste, konnte das 7-jährige Mädchen nicht zur Gruppe gefahren werden (Anna, Z.9-16).

10.4.1.4 Gesamteindruck der Gruppe

Die Kinder wurden in Gruppen- und Einzelinterviews nach ihrem Gesamteindruck der Gruppe gefragt und woran sich ihre Aussage festmachte. Weiterhin wurde eine subjektive Effektivität der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten erfragt, die sich in hilfreich und nicht hilfreich gliedern.

Tabelle 29: Kategoriendarstellung des Gesamteindruckes der Gruppe (Evaluation).

Gesamteindruck der Gruppe		
Effektivität der Themenbearbeitung	Negative Aspekte	Positive Aspekte
Hilfreich	(Anfangs-) Runde	Gemeinsamkeiten
Nicht hilfreich	Verhalten Gruppenkinder	Spiele und Ausflüge
	Ausgewählte Themen	Alles

Effektivität der Themenbearbeitung

Von den Kindern als **hilfreich** empfunden werden insbesondere die Bewältigungstechniken zum Energieabbau und zur Entspannung. Jona schildert anschaulich ihr befreiendes Gefühl durch die Nutzung des selbstgebastelten Wut-Balls.

„Jona: Ich war ja jetzt nicht grad wütend oder so was, aber es hat irgendwie Spaß gemacht, das da so ‚baam‘, richtig doll gegenzuschmeißen und Wut raus gelassen- was passiert ist und was nicht

I: Und hat dir das geholfen, das zu machen?

Jona: Joa

I: Ja? Wie denn?

Jona: Seelisch hat das so befreit (kichert), also

I: Das hat seelisch befreit?

Jona: Also, dass so- jetzt- also, die Wut in die Socke rein zumachen und dann so richtig doll gegen die Wand schmeißen und- ja- keine Ahnung“ (Jona, Z.29-41)

Kai bekundet, den Indianerschrei bei Streitigkeiten mit der Mutter zum Energieabbau zu nutzen (Z.111-120). Auch Luisa zeigte ihren Freundinnen stolz den stummen Schrei und nutzte

ihn in Stresssituationen (Z.66-77). Das Mädchen hatte mit ihrer Mutter die sogenannte Stresswaage für ihre Bedürfnisse modifiziert und nutzt diese zu Hause.

„Luisa: Ja, also meine Mutter- denn ich hab- wir haben auch zu Hause eine Waage und da haben wir das auch schon ganz oft so gemacht

I: Was habt ihr denn da so gemacht mit der Waage?

Luisa: Also wir haben das nicht Stresswaage genannt, sondern Glückswaage haben wir das genannt und da packen wir immer Steine rein, wenn man über was glücklich ist, sondern- und wenn wir viele Steine für gut für schlecht sind“ (Luisa, Z.52-54)

Von einigen Kindern werden ausgewählte Übungen und Themen als wenig oder **nicht hilfreich** empfunden. Jaqueline, Antonia (FG2a, Z.113-115), Anna (Z.34-39) und Florian (Z.91-94) sehen in den Übungen und Texten zum Thema Krankheiten keinen Mehrwert. Auch Kai zeigt sich sehr zurückhaltend zur Aussage einer subjektiven Wirksamkeit der Übungen.

„I: Haben dir die Sachen, die wir hier gemacht haben, die wir gelernt haben, auch weitergeholfen, so zu Hause und so?

Kai: Mittel“ (Kai, Z.89-90)

Es ist festzuhalten, dass sich die Kinder bezüglich einer subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit der Themen und Übungen ambivalent zeigen. Auf die konkrete Nachfrage verneinen viele Kinder einen Nutzen. In den Beispielen über die Energieabbau-Strategien kann hingegen eine Anwendung der Kinder im Alltag bestätigt werden.

Negativ empfundene Aspekte

Während der Einzelinterviews nutzten einige Kinder die Möglichkeit, negativ empfundene Aspekte der Gruppe zu benennen. Florian kann sich mit der gegebenen **Struktur**, die aus einer **Anfangs- und Abschlussrunde** bestand, wenig anfreunden. Auch die Regel, neue Spiele zunächst einmal auszuprobieren, ist nach eigenen Angaben nicht seine Stärke (Florian, Z.56). Ebenso empfinden Antonia und Jaqueline die Anfangsrunde als überflüssig (FG2a, Z.130-132). Ebenfalls negativ wahrgenommen werden von Luisa **andere Gruppenkinder**, die für ihr Empfinden zu laut und nervig spielen. Ein letzter Punkt, der in der Fokusgruppe thematisiert wird, ist die Bearbeitung **ausgewählter Themen**. Insbesondere negativ belastete Themen, wie Krankheiten und Stress, rufen bei Jaqueline und Antonia starke Ablehnung hervor (FG2a, Z.75-81).

Positiv empfundene Aspekte

Positiv an der Gruppe empfindet Alina die Möglichkeit, mit den anderen Kindern zusammen zu sein. In ihrem Zitat wird der Aspekt der **Gemeinsamkeit** besonders deutlich.

„I: Wie findest du die Gruppe denn gesamt hier bisher?

Alina: Also ich finde sie ganz gut

I: Was findest du denn am besten, was wir hier so machen?

Alina: Also, was ich am besten finde ist, dass wir hier alle zusammen was machen“ (Alina, Z.316-320)

Wir bereits bei der Kategorie der Gruppeninhalte erwähnt, werden die **Spiele und Ausflüge** von den Kindern positiv empfunden (FG2a, Z.58-61 und Z.69-70)).

I: Okay und gibt es noch was, was dir besonders Spaß macht? Weshalb du gerne hier zur Gruppe kommst?

Luisa: (...) Weil wir hier immer so tolle Sachen machen und das mit den Ausflügen finde ich gut“ (Luisa, Z.31-32)

Fast alle befragten Kinder, mit Ausnahme von Florian, geben ein positives Feedback zur **Gruppe allgemein**. Als Grund wird von Anna (Z.18-25) vorrangig die Möglichkeit zum kreativen Spielen erwähnt. Jona präferiert das Kochen und Backen (Z.22-23). Alina wünscht sich ausschließlich, dass alles so bleibt, wie es bisher ist (Z.360-362). In der Fokusgruppe wächst der Wunsch nach einer Verlängerung der Gruppenzeit bis in die Abendstunden, um noch mehr gemeinsame Zeit in der Gruppe und mit den anderen Kindern zu verbringen.

„Jaqueline: Kannst du nicht die Gruppe verlängern, bis um sieben?

I: Das geht leider nicht

Jona: Nein bis um neun

Jaqueline: Bis um zehn. Wie lange darf ich wach bleiben? Bis um elf“ (FG2b, Z.167-170)

Diese Aussage verdeutlicht die hohe Relevanz der Gruppe für die Mädchen.

10.4.2 Ergebnisevaluation: Entwicklung und Veränderung

Durch die Befragung zur Entwicklung und Veränderung der Kinder gibt es erste Hinweise auf die Ergebnisevaluation. Im Rahmen dieses Themenblockes werden sowohl Kenntnisse der Kinder über die familiäre Erkrankung und die damit verbundene Kommunikation dargestellt, als auch Kenntnisse von Strategien und Übungen zur Stressverarbeitung abgebildet.

10.4.2.1 Kommunikation der familiären Erkrankung

Die Kategorie Kommunikation lässt sich in Krankheitsaufklärung, Kommunikation über die Erkrankung (innerhalb der Familie) und Kommunikation in Form von sozialer Unterstützung

gliedern. Die Tabelle 30 verdeutlicht die stattfindende bzw. gewollte Kommunikation (pro) und die ausbleibende bzw. nicht gewünschte Kommunikation (contra).

Tabelle 30: Kategoriendarstellung Kenntnisse von Erkrankung (Evaluation).

Kommunikation über familiäre Erkrankung			
	Krankheitsaufklärung	Darüber sprechen	Soziale Unterstützung
Pro	Wunsch nach mehr Information und Wissensvermittlung	Wunsch nach Austausch (in der Gruppe oder mit Erwachsenen)	Soziale Unterstützung (zu Hause vorhanden)
Contra	Kinder möchten keine Informationen (krankheitsspezifisch)	Kinder möchten nicht darüber sprechen	Ausbleibende Kommunikation zu Hause

Krankheitsaufklärung

Der Wunsch nach einer Wissensaneignung über Krankheiten ist nach Aussagen der befragten Kinder krankheitsspezifisch. Die Alkoholerkrankung der Mutter und damit verbundene Charaktereigenschaften möchte Alina nicht vertiefen (Alina, Z.160-162 / Z.202-208). Die Herzfehlbildung ihres Vaters hingegen möchte das Mädchen besser verstehen lernen. In Bezug darauf äußert sie den konkreten Wunsch nach mehr Hintergrundinformationen.

„I: (...) Du hast ja auch schon mal über deinen Papa erzählt, als du hier warst. Der hatte ja früher auch bisschen Probleme, hast du ja mal erzählt, mit dem Herzen oder?“

Alina: Nein, das war mit der Hauptschlagader

I: Genau, die ist ja am Herzen dran. Und da wäre es eine Idee, dass man darüber reden kann, wie es so passieren kann, so dass man das besser versteht. Wäre das was für dich?

Alina: Ja, eigentlich schon, denn ich würde gerne wissen, wie das so- also ich meine, wie man das eben- wie soll ich sagen? Wie das ist eben

I: Wie so etwas passieren kann?

Alina: Weil mein Onkel hatte das auch mal, aber er wurde deswegen operiert und dann kam da so ein Ding rein

I: So ein Stent?

Alina: Ja genau

I: Und dein Papa hatte das auch. Und machst du dir auch manchmal Gedanken, ob du so was auch mal bekommen könntest?

Alina: Nö, eigentlich nicht

I: Das ist gut. Aber du möchtest trotzdem gerne wissen, wie das so funktioniert

Alina: Ja, weil- damit ich es später vielleicht vermeiden kann, falls ich mal so was bekommen sollte

I: Das ist ganz schlau, damit du vielleicht auch nachvollziehen kannst, was da passiert ist. Ich frag mal so genau: Möchtest du das wirklich, wirklich wissen, oder möchtest du das vielleicht manchmal auch gar nicht wissen?

Alina: Doch ich möchte das schon gerne wissen“ (Alina, Z.81-99)

Ebenso bestätigt Jona, dass sie bereits hinreichend über die Alkoholerkrankung ihrer Mutter informiert ist und damit nicht weiter konfrontiert werden möchte.

„I: Okay. Deine Mutter hat eigentlich auch eine Krankheit, kann man ja auch so sagen. Das gehört auch dazu [Alkoholismus]

Jona: Das macht sie ja nicht mehr

I: Ja, das stimmt. Und würdest du darüber gerne ein bisschen mehr erfahren?

Jona: (...) Ich weiß ja, wie das ist, also- wie sie sich fühlt. Also lieber würde ich da nichts drüber erfahren, wie ich weiß- also wenn ich schon mal weiß, dass meine Mutter das gemacht hat, dann- ja, würde ich das niemals machen und erfahren würde ich lieber auch nichts mehr

I: Möchtest darüber auch nicht so gerne reden? Oder was darüber wissen, wie das so funktioniert oder was Gründe sind oder so?

Jona: Die Gründe weiß ich ja

I: Du weißt das schon?

Jona: Ja“ (Jona, Z.105-113)

An anderer Stelle ist Jona dem Thema Erkrankungen recht aufgeschlossen. Über die Krebserkrankung ihres Großvaters möchte sie sogar mehr erfahren (Jona, Z.84-103). Bei Jona und Alina zeigt sich eine eindeutige Präferenz gegenüber ausgewählten Erkrankungen und deren Informationsvermittlung bzw. eine nachweisbare Ablehnung zur Informationsvermittlung von Alkoholerkrankungen.

Darüber sprechen

Pia und Kai lehnen eine Kommunikation über Erkrankungen strikt ab. Auf das in der Fokusgruppe eingebrachte Fallbeispiel einer erkrankten Mutter reagieren sie ablehnend (FG2b, Z.46-65).

„Kai: Das fand ich nicht gut, dass wir über Krankheiten gesprochen haben

I: Okay, Krankheiten fandest du nicht so gut?

Kai: Nö

I: Magst du darüber nicht so gerne reden? Oder was fandest du daran nicht

Kai: Krankheiten sind einfach bescheuert

I: Und ich meine, ja, Krankheiten an sich sind blöd. Wir haben ja darüber gesprochen, wie das funktioniert, warum jemand krank ist

K. Find ich einfach blöd“ (Kai, Z.48-55)

Alina hingegen äußert sich auf Nachfrage, ob sie in der Gruppe über persönliche Erfahrungen der familiären Erkrankung sprechen würde, zunächst zurückhaltend und später offen.

„I: Und wenn jemand anderes aus der Gruppe jetzt damit anfangen würde zu erzählen, wie würdest du damit umgehen?“

Alina: Also, ich (...) weiß jetzt auch nicht ganz genau, wie ich reagieren würde. Wahrscheinlich würde ich dann sagen, ja mir geht es genauso. Und ich würde auch ein paar Tipps geben, wenn das noch irgendwie so im Moment so ist

I: Hättest du da ein paar Tipps vielleicht, was man machen kann?“

Alina: Ja, zum Beispiel mit seiner- mit dem Elternteil darüber reden“ (Alina, Z.212-216)

Insgesamt zeigen sich die Kinder mit persönlichen Schilderungen und einer Kommunikation über kritische Themen noch recht zurückhaltend bis abweisend.

Soziale Unterstützung

Ebenso ambivalent zeigt sich Alina in Bezug auf soziale Unterstützung. Zunächst gibt sie an, dass sie bei Problemen mit ihrer Mutter sprechen kann oder auch bei Freunden Trost findet (Z.191-198). An anderer Stelle des Interviews wird jedoch deutlich, dass in Bezug auf die Erkrankung der Mutter keine Kommunikation in der Familie stattfindet und somit die soziale Unterstützung ausbleibt.

„I: Aber du hast schon mitbekommen, dass da irgendwas nicht so richtig stimmt mit deiner Mutter, dass irgendwas anders ist. Hast du darüber mal mit jemandem geredet über das Alkoholproblem?“

Alina: Nein, ich hab`s immer für mich behalten. Weil meine Mutter hat auch gesagt, ich soll niemanden davon erzählen, weil es ihr auch ein bisschen peinlich wäre. Und deswegen habe ich auch niemanden davon erzählt (ausatmen)“ (Alina, Z.167-168)

Auch Anna möchte aufgrund schlechter Erfahrungen nicht mit anderen Kindern über die übergewichtige Mutter sprechen.

„I: Sprichst du manchmal mit jemandem darüber?“

Anna: (Kopf schütteln)

I: Nein? Warum denn nicht?“

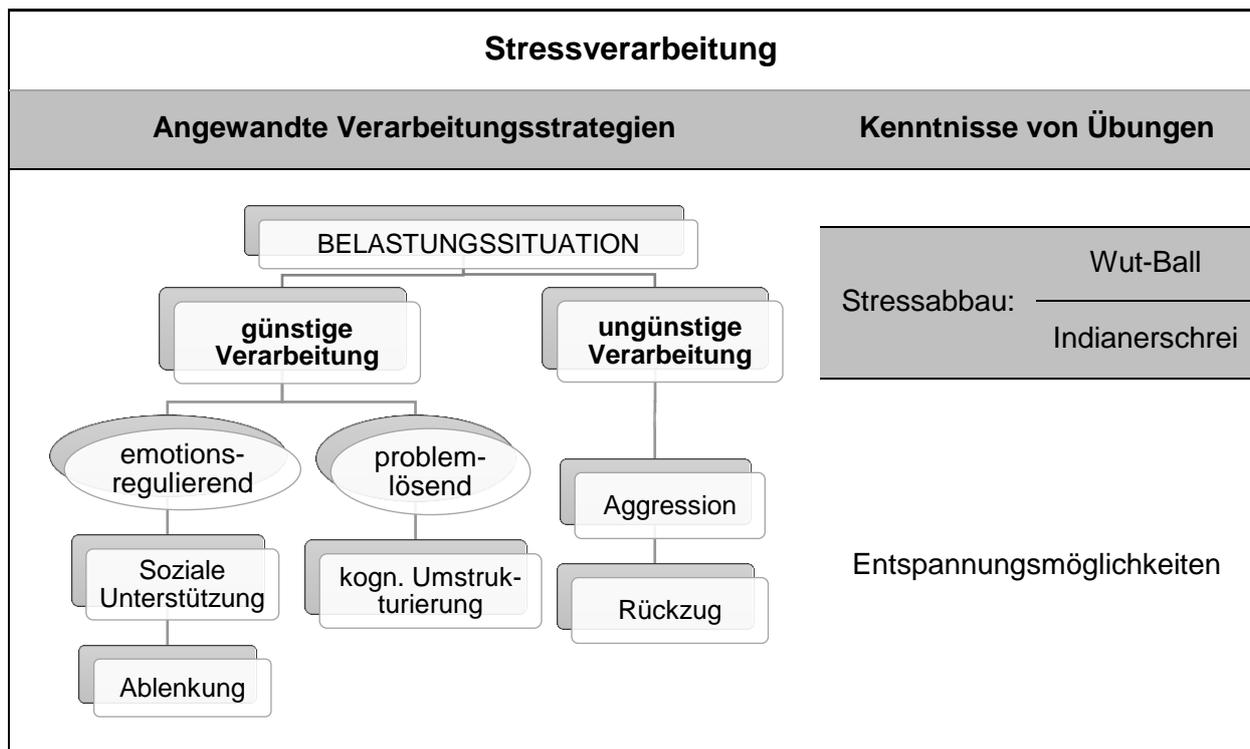
Anna: Keine Ahnung. Vielleicht ja auch, weil die anderen sagen: Meine Mutter ist zu fett und das ist sie gar nicht“ (Anna, Z.116-119)

Kai hingegen bestätigt die Unterstützung seines Vaters, mit dem er über die Krebserkrankung seiner Mutter ausführlich gesprochen hat (Z.272-278).

10.4.2.2 Stressverarbeitung und Übungen

Die benannten Verarbeitungsstrategien lassen sich in angewandte Strategien und in die Kenntnisse von Übungen unterteilen. Die genutzten Strategien orientieren sich in der Darstellung an dem bekannten Modell nach günstigen und ungünstigen Verarbeitungsstrategien (Tabelle 31).

Tabelle 31: Kategoriendarstellung der Stressverarbeitung (Evaluation).



Angewandte Verarbeitungsstrategien

Im Rahmen der Einzelinterviews wurde nach dem Verhalten in stressauslösenden Situationen gefragt. Insgesamt werden nahezu gleichviele günstige emotionsorientierte und problemlösende Strategien und auch ungünstige Strategien genannt. Die Anzahl der genannten Strategien, insbesondere der ungünstigen Strategien ist im Vergleich zu den genannten Strategien aus der Vorabbefragung allerdings rückläufig. Ein ursprünglich geplanter Vergleich der Strategien kann nicht erfolgen, da die Befragung derselben Kinder nicht gegeben war.

Die **soziale Unterstützung** ist von vier Kindern die am häufigsten benannte Strategie. Sie sprechen über ihre Gedanken und Probleme mit Freunden, Eltern oder Geschwistern (Alina, Z.195-200 / Anna, Z.142-145 / Kai, Z.272-278ff.). Dabei nutzen die Kinder die soziale Unterstützung in erster Linie emotionsregulierend, jedoch auch problemlösend.

„I: Was hilft euch denn am meisten, wenn ihr sauer seid?

Jaqueline: Zu meiner Freundin gehen“ (FG2b, Z.126-127)

Ebenso häufig wird die **Strategie des Ablenkens** erwähnt (FG2b, Z.140-141 / Luisa, Z.206-216 / Alina, Z.361-370).

„I: Was würdest du denn einem Freund sagen, wenn der jetzt sagt: Meine Mama hat Krebs und ich weiß gar nicht, was ich machen soll?“

Kai: Dann sage ich ihm, wie ich das gemacht habe

I: Wie hast du das denn gemacht?

Kai: Ich habe so getan, als ob alles normal wär. Ich hab so getan, als ob das gar nicht da wäre und das hat Mama dann auch ein bisschen geholfen

I: Das ist ja gut

Kai: Weil dann hat Mama auch manchmal vergessen, dass sie überhaupt Krebs hatte“ (Kai, Z.278-284)

Alina nutzt als einzige die Strategie der **kognitiven Umstrukturierung**. Wenn sie Gedanken an ihren verstorbenen Vater einholen, versucht sie, die traurigen Gedanken in Positive umzuwandeln (Alina, Z.256-262).

„Alina: Wenn ich an die guten Sachen denke, geht’s mir eigentlich gut

I: Das ist ja gut zu wissen. Also ist es ja eigentlich was Gutes, wenn du dich dran erinnerst. Und wann geht es dir nicht so gut?

Alina: Wenn ich daran denke, dass, so wie ich ihn kenne, ihn wahrscheinlich nie wieder sehen werde

I: Also dir geht es nicht gut, nicht wenn du an die Sachen denkst, sondern wenn du denkst, dass es halt nicht wieder so sein kann? Was machst du denn dann in den Momenten, wenn du dann traurig bist?

Alina: Dann denke ich immer an die guten Sachen

I: Du denkst einfach an was anderes? Geht das?

Alina: Ja also an die guten Sachen von meinem Vater, das funktioniert also bei mir

I: Also, wenn du halt merkst: jetzt werde ich wieder traurig, dann suchst du dir halt einen anderen Gedanken

Alina: Dann suche ich mir immer die lustigen Sprüche

I: Welche denn so?

Alina: Zum Beispiel, was wäre eigentlich, wenn die Erde sich anders herum drehen würde? Das hat mein Bruder mal gefragt (lacht) und dann hat er halt gelacht und gesagt: Ja, dann würde sie sich halt anders herum drehen, ne

I: Ja, verstehe. Das ist lustig

Alina: Oder wie er auch einmal gesagt hat: Mach mal ein dummes Gesicht und er dann: Danke, danke, das reicht schon (lacht) und dann hat er noch gesagt: So ein Gesicht, wie du habe ich auch, nur da sitze ich drauf (lacht)

I: (Lacht) Okay, ich merke schon, der hatte gute Sprüche parat

Alina: Das habe ich irgendwie von ihm geerbt“ (Alina, Z.407-422)

Als neutral kann die **Strategie des Rückzuges** betrachtet werden, da sie im ersten Moment für die Kinder positiv wirkt, langfristig jedoch nachteilig sein kann. Diese Strategie wurde bereits in der ersten Befragung von Kindern am häufigsten benannt und ist auch in dieser Befragung die meist genannte Verarbeitungsstrategie, z.B. von Florian (Z.272-275), Anna (Z.141) oder Luisa (Z.234-235).

„Jona: Und wenn ich jetzt irgendwie traurig bin oder so was, fresse ich das auch einfach in mich hinein, ich kenne das nicht anders

I: Was machst du?

Jona: Ich verdaue es

I: Du verdaust das?

Jona: Ja also, wenn jetzt keiner da ist und ich grad traurig bin, dann gehe ich in mein Zimmer und weine oder so was oder- es war auch letztens, da fand ich das doof, dass M. immer gesagt hat, dass ich faul bin und so was“ (Jona, Z.361-365).

Bei den beiden befragten Jungen Florian und Kai ist festzuhalten, dass beide **Aggression** als eine bewährte Strategie für sich nutzen (Kai, Z.303-307). Insbesondere Florian zeigt während des Interviews viel aufgestaute Energie, die auch in seinen Aussagen deutlich werden.

„Florian: Ja, den habe ich schon drei Mal in die Eier geschlagen. Ey, das tut gut, wenn man richtig mal ‚disch‘ macht, tut richtig gut. Deswegen sag ich manchmal, ich will einen Boxsack, ich will mich richtig auskämpfen oder einen Menschen der sich das traut, geschlagen zu werden, richtig mal waaaa

I: Du hast also richtig viel Energie in dir drin

Florian: Ja, was ich nicht freisetzen kann

I: Hast du denn eine Idee, wie du die freisetzen kannst?

Florian: Ja, indem ich irgendwas habe, an dem ich schlagen kann, soviel ich will, am besten eine Heizung oder so, die geht ja nicht so schnell kaputt“ (Florian, Z.229-237)

Insgesamt ist das Verhältnis von genannten Verarbeitungsstrategien zwischen günstigen und ungünstigen Strategien nahezu ausgeglichen. Die Anzahl der Nennungen ist jedoch überschaubar, was mit der kleinen Stichprobe zu erklären sein könnte.

Kenntnisse von Übungen

In diesem Zusammenhang ist interessant, welche Methoden die Kinder aus der Gruppe kennen und auch für entsprechende Situationen nutzen. Luisa benennt die **Stresswaage**, die sie im Rahmen der Gruppe kennen gelernt und mit ihrer Mutter an ihre Bedürfnisse ange-

passt hat. Sie nutzen die Waage im häuslichen Alltag, um positive Erfahrungen zu benennen und zu würdigen (Luisa, Z.52-55). Auch Kai erinnert sich an die Stresswaage, die den Ausgleich von Stress symbolisch darstellt. Allerdings kann er sich an die Inhalte nur bedingt erinnern (Kai, Z.59-68).

Als **Methode des Stressabbaus** sind den Kindern vor allem zwei Methoden im Gedächtnis geblieben. Luisa und Kai benennen den **Indianerschrei**, eine kurze Atemübung zum Abbau einer akuten Stresssituation. Bei dieser Blitzentspannung wird ein Teil des Körpers schnell angespannt und anschließend wieder entspannt. Kai führt die Übung während des Interviews spontan durch (Kai, Z.113-121) und Luisa berichtete sogar ihren Freundinnen von der Methode.

I: Ach so, den [Indianerschrei (d. Verf.)] findest du gut

Luisa: Ja

I: Hast du den schon mal zu Hause benutzt?

Luisa: Ja

I: Erzähl mal

Luisa: Also, ich habe den meinen Freundinnen gezeigt und die mögen den auch

I: Und macht ihr das manchmal?

Luisa: (nickt)

I: Ja? In welcher Situation denn?

Luisa: Also, wenn mein Vater zum Beispiel was hoch holt, was meine Mutter mir nicht hochholt, zum Beispiel Barbie oder so was. Das holt meine Mutter mir ja nie hoch und mein Vater holt es dann immer. Und meine Freundinnen und ich, wir uns immer freuen, wenn meine Mutter oder meine Oma schläft, dann schreien wir immer so einen Schrei laut“ (Luisa, Z.66-78)

Ferner wird von Kai die Phantasiereise als eine Strategie der **Entspannung** erwähnt (Kai, Z.43-45). Jona (Z.29-41) und Alina präferieren die **Wutsocken**, die im Rahmen der Gruppe für ähnliche Situationen hergestellt wurden.

„I: Wie geht denn das noch mal?

Alina: Also einen Luftballon aufhalten und dann irgendwie, ich glaube das war Mehl, haben wir da rein gefüllt. Und dann eben zumachen

I: Und dann?

Alina: Luftballon noch drum machen und ja- Wenn man will, kann man dann auch ein Gesicht drauf malen

I: Und was hast du gemacht mit deinem Wut-Ball?

Alina: Ich habe da ein Gesicht drauf gemalt und ein bisschen Watte draufgeklebt als Haare

I: Ah okay und was kann man dann noch machen mit dem Wut-Ball?

Alina: Man kann ihn sehr doll drücken, wenn man wütend ist eben“ (Alina, Z.17-30)

Die Mädchen Jona und Alina benennen das Thema Entspannung zudem als ein beliebtes Thema für weitere Gruppenstunden (Jona, Z.58-68). Es zeigt sich, dass sich die Kinder vorzugsweise an die Strategie erinnern, die ihnen zusagt und die auch in ihrem Alltag Anwendung findet.

10.4.3 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

1. Gruppeninhalte

Die freien Spiele und Aktivitäten, wie kreatives Spielen, Bewegung und Ausflüge, werden von den Kindern deutlich positiver bewertet als Themen, die im Rahmen der Anfangsrunde behandelt wurden. Mit Ausnahme einzelner Kinder liegt die Motivation an der Gruppe teilzunehmen, vorrangig in der gemeinsamen Aktivität mit anderen Kindern, die Freude und Spaß bereiten soll. Vor allem die älteren Kinder zeigen sich an einzelnen Themenblöcken interessiert und möchten mit einem erwachsenen Gruppenleiter über Gefühle und tabubesetzte Themen sprechen. Veränderungswünsche an die Gruppe stellen nur wenige Kinder, wie z.B. eine Veränderung der Räumlichkeiten. Das vermehrte Ausbleiben von Änderungswünschen und die Benennung von Aktivitäten, die beibehalten werden sollen, kann als Bestätigung für den Bedarf eines solchen Angebotes gesehen werden. Zur subjektiven Wirksamkeit der Übungen und Themenbehandlung zeigen sich die Kinder ambivalent. Auf konkrete Nachfrage zu (Krankheits-) Themen verneinen viele Kinder ihren Nutzen. Als negative Aspekte des Gruppenangebotes werden von den Kindern ausgewählte Themen und die Struktur der (Anfangs-) Runde benannt. Die Mehrheit der Kinder bewertet die Gruppe insgesamt als positiv und begründet dies mit dem Aspekt der Gemeinsamkeit sowie Ausflügen, Spielen und Aktivitäten.

2. Entwicklung und Veränderung

Zwei Mädchen zeigen einen ausgeprägten Wunsch nach Informationen zu nicht tabuisierten Erkrankungen, wie Krebs und Herzprobleme, sowie eine gleichzeitige Ablehnung von Informationen über tabuisierte Erkrankungen, wie Alkoholismus. Der Wunsch nach Kommunikation über Erkrankungen zeigt sich eher bei älteren Kindern, die einen Austausch in der Gruppe oder mit Erwachsenen bevorzugen. Als Verarbeitungsstrategien nutzen die Kinder v.a. Verarbeitungsstrategien der sozialen Unterstützung, Ablenkungs- und Rückzugsstrategien. In der Gruppe erlernte Strategien zum kurzfristigen Stressabbau werden gern genutzt. Einige Kinder berichten von ihrem Nutzen im Alltag und deren Modifikation nach ihren Bedürfnissen.

10.4.4 Prozessqualität der Fragebögen

In einem zeitlichen Rahmen von sechs Monaten wurden 20 Gruppensitzungen von je zwei Kindergruppen im Alter von 6-9 Jahren und 10-14 Jahren im Prozess evaluiert, um bereits während der Durchführung des Programms die Anpassung an die Bedürfnisse der Kinder zu gewährleisten. Die Frage nach der Zufriedenheit der jeweiligen Gruppensitzung wurde jeweils im Anschluss der Teilnahme mit einer vierstufigen Smiley-Skala erfragt. Den Smileys wurden Punkte von 1 bis 4 zugeteilt, wobei 4 dem positivsten und 1 dem schlechtesten Smiley entsprach. Die Abbildungen 23 bis 25 zeigen die subjektiven Bewertungen der Kinder hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Gruppe. Insgesamt weisen die Bewertungen beider Kindergruppen einen relativ hohen Mittelwert von 3,2 bei den jüngeren Kindern sowie 3,8 bei der älteren Kindergruppe auf. Die Standardabweichung, die Streuung der Stichprobe vom Mittelwert, der jüngeren Kindergruppe beträgt 0,86 und bei der älteren Kindergruppe 0,32.

Bei der Betrachtung der Sitzungsinhalte, die unter 3 bewertet wurden (Sitzung 1, 2, 6, 12 und 13) wird deutlich, dass sowohl negativ besetzte Themen, wie Trauer, Sterben und Tod als auch die Durchführung der Fokusgruppen zur Gruppenzeit von den Kindern der jüngeren Gruppe negativ bewertet wurden. Zudem ist der Betreuungswechsel seitens der Gruppenleitung, der ab der 12. Sitzung begann, in den ersten beiden Sitzungen (12 und 13) durch negative Bewertung der Kinder gekennzeichnet (Abb. 23).

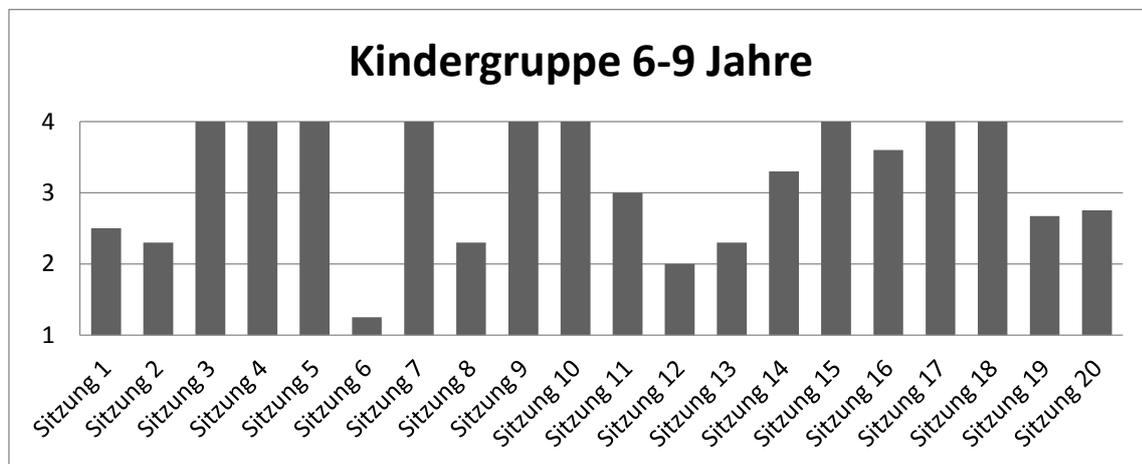


Abbildung 23: Stundenbewertung der Gruppe 6-9 Jahre.

Die Bewertung der älteren Kindergruppe fällt deutlich positiver aus. Auch hier zeigen sich leicht negative Bewertungen (<4 Punkten) bei der Evaluation (Sitzung 8) sowie zum Zeitpunkt des Betreuungswechsels ab der 13. Sitzung (Abb. 24). Eine ausführliche Darstellung der Gruppeninhalte befindet sich in Anhang H) Themeninhalte der Fragebogen zur Prozessqualität.

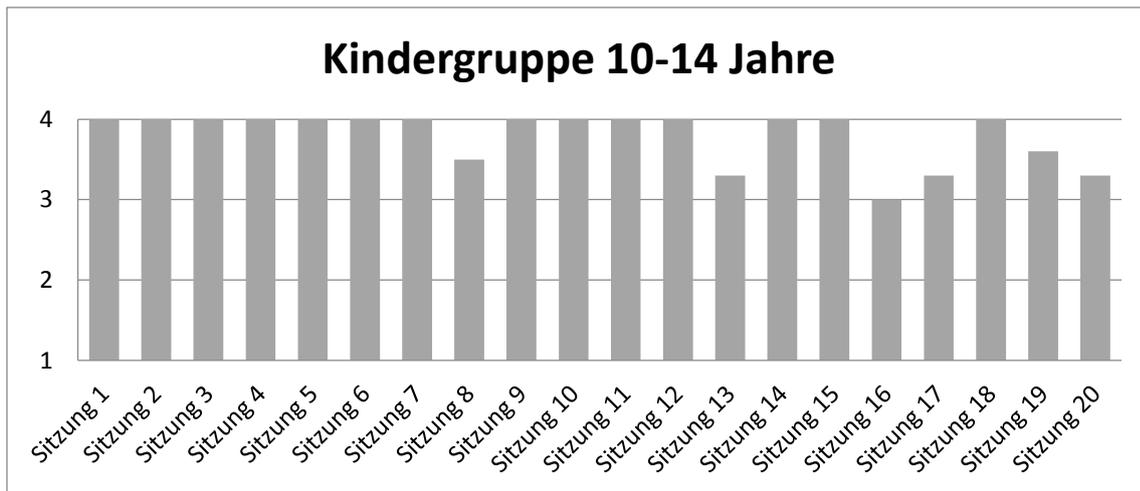


Abbildung 24: Stundenbewertung der Gruppe 10-14 Jahre.

Der Vergleich beider Kindergruppen zeigt eine höhere Zufriedenheit der älteren Kindergruppe um 0,6 Punkte mit einem gemeinsamen Mittelwert von 3,5 Punkten (Abb. 25).

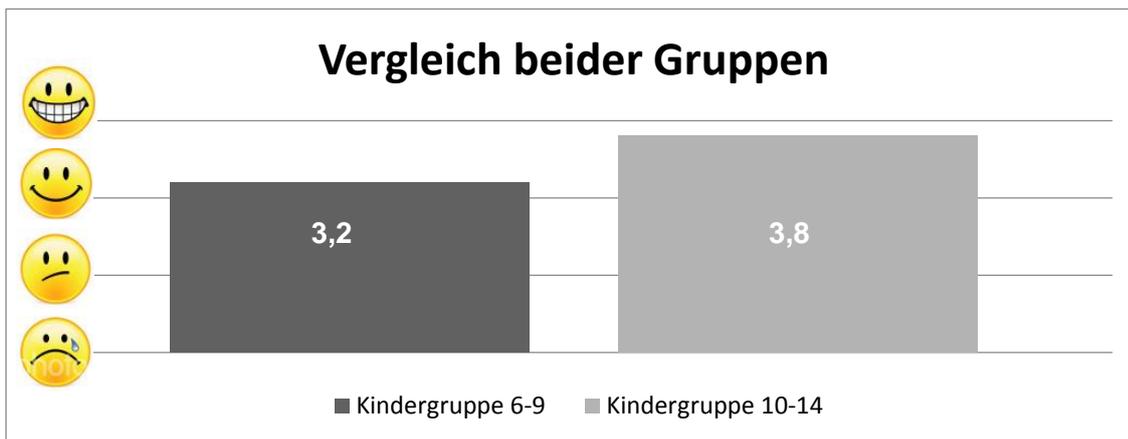


Abbildung 25: Bewertung beider Gruppen im Vergleich.

Die Antworten auf die Frage nach den Wünschen für die folgende Gruppensitzung werden in Tabelle 32 dargestellt. Bei der offen formulierten Frage nach Wünschen für die nächste Gruppensitzung wird deutlich, dass die Kinder ihren Schwerpunkt auf Spiele und kreative sowie gemeinsame Tätigkeiten legen. Spezifische Themen, die in der Anfangsrunde besprochen werden, werden von den Kindern nur bedingt benannt, wie z.B. das Thema Stress, Bauchschmerzen oder Streit. Die kindlichen Wünsche beziehen sich in der Mehrzahl auf kreative Spielideen, Brett- bzw. Tischspiele, gemeinsame Aktivitäten im Freien, gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten und Ausflüge. In unterschiedlicher Ausführung wird auch das Faulenzen und ‚Nichts-tun‘ von den älteren Kindern angegeben. Eine gewisse Ratlosigkeit oder auch Gleichgültigkeit in Bezug auf zukünftige Wünsche wird in den Äußerungen, wie „keine Ahnung“ oder „egal“ deutlich.

Tabelle 32: Wünsche für zukünftige Gruppen.

Antworten der Kinder beider Gruppen			
Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Was macht man bei Streit? • Stress • Bauchweh • Rollenspiele 	<ul style="list-style-type: none"> • Witze • Über Tiere reden • Bücher lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Karate / Kung Fu • Hauen
Spiele	<u>Kreative Spiele</u> <ul style="list-style-type: none"> • Burg bauen • Gegenstände blind ertasten • Malen, Basteln, Kneten • Lachen, Gruseln • Zirkus Statisten • Stuhl-Sitz-Test 	<u>Spiele im Freien</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rausgehen • Fußball • Tanzen • Balancieren • Keschern • Gutes Wetter 	<u>Tischspiele</u> <ul style="list-style-type: none"> • Monopoly • Mikado • Skip-Bo • Lachen, Lachen
Sonstiges	<u>Essen & Backen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Muffins backen • Burger Essen • Salat machen • Kochen 	<u>Ausflüge</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hansa Park • McDonalds • Ölmalerei • Geburtstag • Haustiere mitbringen • Strand und Muscheln suchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schimpfwörter • Chillen, Faulenzen • Fernsehen gucken • Wieder Spaß haben • Keine Ahnung • ‚Kinder an die Macht‘

Fazit

Die subjektive Bewertung der Kinder zu den einzelnen Sitzungen belegt mit durchschnittlich 3,5 von 4 zu vergebenden Smiley-Punkten eine hohe Zufriedenheit beider Kindergruppen. Bei einem Vergleich der Kindergruppen weist die ältere Kindergruppe eine konstant höhere Zufriedenheit auf.

Die Themenwünsche der Kinder für zukünftige Sitzungen beziehen sich auf Spiele, gemeinsame Aktivitäten und Ausflüge, anstatt auf Themen, die in der Gruppe bearbeitet und besprochen werden.

11 Allgemeine Diskussion

Untersuchungen zum Entwicklungsverlauf von Young Carers belegen einheitlich psychosoziale Auswirkungen, Schulprobleme bis hin zu psychopathologischen Symptomen und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Kinder selbst psychisch zu erkranken (Children's Society, 2013; Kuhn et al., 2011; Nagl-Cupal et al., 2012; Vidal et al., 2012). Die vorliegenden qualitativen Erhebungen mit Young Carers und Experten hatten das Ziel, die Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche der Kinder zu identifizieren um darauf aufbauend ein Unterstützungsangebot zu konzipieren, das Young Carers unterstützt, mit der belastenden Situation besser umzugehen. Es wurde sowohl die konzeptionelle Planung als auch die praktische Umsetzung des Präventionsprojektes Young Carers Deutschland vorgestellt und abschließend evaluiert. Im Folgenden sollen die Resultate der Erhebungen hinsichtlich ihrer Fragestellungen und mit aktueller Literatur verglichen werden. Da die Ergebnisse der Erhebungen mit Kindern und Fachkräften bereits in den Kapiteln 6 und 7 diskutiert wurden, erfolgt eine zusammenfassende Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse, um abschließend schwerpunktmäßig auf die Ergebnisse der Evaluation einzugehen. Zum Schluss erfolgt eine Methodenreflexion der durchgeführten Studien.

11.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in die Literatur

In zahlreichen Studien wird bestätigt, dass Young Carers, unabhängig von der Art der Einschränkung, als Risikogruppe hinsichtlich eigener Entwicklungsprobleme bezeichnet werden (Clarkson et al., 2006; Wiegand-Grefe et al., 2013a). Im Gegensatz zum britischen und anglo-amerikanischen Sprachraum wurde in Deutschland bis auf einige wenige Forschungsarbeiten lange Zeit nicht beachtet, dass kranke Eltern Kinder haben. Mit Ausnahme zu Kindern psychisch kranker Eltern entwickelt sich in Bezug auf Kinder körperlich kranker und insbesondere hinsichtlich der Kinder geistig behinderter Eltern erst langsam ein Problembewusstsein für die Zielgruppe. Es zeigt sich eine Forschungslücke bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse sowie wirksamer Präventionsmaßnahmen für betroffene Kinder im deutschen Sprachraum. Internationale Studien bestätigen ausgeprägte Gemeinsamkeiten bezüglich der Lebenssituationen, Belastungsfaktoren und Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung (Children's Society, 2013). Die Kinder übernehmen oft eine große Verantwortung und eine Vielzahl an Aufgaben im häuslichen Alltag (Frank & Slatcher, 2009). Eigene Bedürfnisse und kindgerechte Tätigkeiten werden zurückgestellt (Stavenow, 2001). Die Folgen für die Kinder sind hohe Belastung durch eine dysfunktionale Familienatmosphäre und häufig praktizierte Tabuisierung in den Familien. Die Kinder erleben durch plötzlich eintretende oder episodische Krankheitsverläufe einschneidende kritische Lebensereignisse und sind mit ext-

rem stressauslösenden Situationen konfrontiert, die eine hohe Anpassungsfähigkeit unter Hinzunahme aller zur Verfügung stehenden Ressourcen abverlangt (Jeske et al., 2009; Romer & Haagen, 2007). Trotz eindeutiger Studienergebnisse und entsprechender Forderungen von Experten werden in Deutschland nur punktuell Präventions- und Hilfsmaßnahmen vorgehalten. Bei vorhandenen Angeboten besteht eine starke Spezialisierung auf die elterliche Erkrankung. So gibt es beispielsweise eine Reihe von Projekten speziell für Kinder oder Familien psychisch oder suchtkranker Eltern. Projektevaluationen erzielen in der Arbeit mit den Familien überwiegend positive Effekte (große Schlarman et al., 2011b; Paschen et al., 2007; Wiegand-Grefe et al., 2013a und b). Dennoch fehlt es in Deutschland noch an krankheitsübergreifenden Angeboten, die ähnlich wie in Großbritannien Young Carers unabhängig von der Art der familiären Erkrankung unterstützen. In Anbetracht der umfassenden Gemeinsamkeiten der Zielgruppen liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit somit auf Young Carers. Young Carers oder Kinder kranker Eltern meint in dieser Arbeit Kinder mit psychisch, sucht- oder körperlich kranken sowie behinderten Angehörigen, die in die körperlich-pflegerische, praktische oder emotionale Fürsorge der Eltern oder Angehörigen einbezogen werden. Der Forderung eines zielgruppenunspezifischen Angebotes für Young Carers wurde im Rahmen dieser Forschungs- und Praxisarbeit nachgegangen. Angelehnt an die Vorgehensweise des Public Health Action Cycles, der die Phasen des Projektmanagements in Assessment (Problemdefinition), Handlungskonzept (Strategieformulierung), Implementierung (Umsetzung) und Evaluation (Bewertung) gliedert, entstand ein umfassendes Präventionsprojekt für Young Carers in der Modellregion Bad Bramstedt, Deutschland.

11.1.1 Bedarfsanalyse mit Fachkräften

Die Grundlage des Präventionsprojektes stellen neben aktueller Literatur die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowohl mit Experten als auch mit betroffenen Kindern aus der Modellregion auf qualitativer Forschungsbasis dar. In einer ersten Bedarfsanalyse wurden drei Fachkräfte jeweils aus dem pädagogischen, sozialen und dem Gesundheitssektor zu dem Bedarf, der Erreichbarkeit sowie ihren Erfahrungen mit Young Carers interviewt. Weiterhin wurde der Bedarf einer fachübergreifenden und interinstitutionellen Zusammenarbeit sowie die Bedeutung eines Präventionsprojektes thematisiert.

Im Rahmen der Experteninterviews zeigte sich, dass Kinder von kranken Eltern im Berufskontext bekannt sind, sie diese jedoch nicht als Young Carers wahrnehmen. Erst durch die Interviews entstand bei den Befragten ein Sensibilisierungsprozess, der zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema führte. Die Befragungsergebnisse belegen einen hohen Bedarf an Hintergrund- und Fachinformationen sowie Handlungsfertigkeiten im Umgang mit be-

troffenen Kindern und Familien. Um dies zu erreichen, wird von den Befragten, ebenso wie in der Literatur, eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über das Thema Young Carers bei Fachkräften und in der Öffentlichkeit gefordert (vgl. Frank, 2002; Riedesser & Schulte-Markwort, 1999). Die Befragung ergab zudem eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Institutionen. Insbesondere dem Gesundheitssektor mit ortsansässigen Haus- und Kinderärzten wird eine hohe Bedeutung zugeschrieben, um auf die Kinder aufmerksam zu werden und sie an entsprechende Hilfsangebote weiterzuvermitteln. Konkret werden feste Ansprechpartner sowie die Präsenz von Angeboten gefordert. Der hohe Stellenwert einer vernetzten, institutionsübergreifenden Zusammenarbeit, insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Erwachsenenbereich wird in Fachkreisen mehrfach betont (Lenz, 2005; Pott et al., 2005; Vidal et al., 2012).

Die Erfahrungen der befragten Experten zu den sozialen Auffälligkeiten und der Zurückstellung von Bedürfnissen der Kinder stimmen überwiegend mit theoretischen Erkenntnissen überein (Fives et al., 2010; Metzinger, 2007). Problematisch wird die Erreichbarkeit der Kinder gesehen, die aufgrund des schambesetzten und tabuisierten Themas eine Herausforderung für Projektanbieter darstellt. Neben konkreten Vorschlägen, wie Checklisten für Fachleute, appellieren die Befragten an die Fürsorgepflicht der Gesellschaft und plädieren für eine Kultur des Hinschauens, wie es auch bei Metzinger (2007) beschrieben wird. Bereits Dietz (1995) wies in seiner ersten deutschen Erhebung auf die Unterstützung der politischen Ebene hin, um durch Leitlinien und Gesetze entsprechende Rahmenbedingungen für Unterstützungsmöglichkeiten zu schaffen.

Die Notwendigkeit eines Unterstützungsprojektes steht für die befragten Experten außer Frage. Konkrete Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung (z.B. Krankheitskommunikation, Stressbewältigung, Entspannung, künstlerische Betätigung und Spielangebote), Rahmenbedingungen (z.B. Vertrauensbildung, kleine Gruppengröße, durchdachtes Konzept mit einer Evaluation) korrelieren mit Erkenntnissen bestehender Projekte und Forderungen aus Fachkreisen (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Ehrenfried & Mayer, 2001; Frank, 2002; Jungbauer & Lenz, 2008; Romer & Haagen, 2007). Aus den Experteninterviews lassen sich Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten, die bei der Projektkonzeption von YCD berücksichtigt wurden:

- ☞ Eindeutiger Bedarf eines Unterstützungsprojektes mit Themen der Informationsvermittlung, Stressbewältigung, Spielangebote und Gleichgesinnte treffen
- ☞ Wunsch nach Kooperation und Zusammenarbeit mit Akteuren anderer Hilfesysteme
- ☞ Sensibilisierung der Politik, Fachkreise und der allgemeinen Öffentlichkeit
- ☞ Fortbildungsangebote für Fachkräfte

- ☞ Überprüfung und Evaluation von Prävention, u.a. zur nachhaltigen finanziellen Absicherung

11.1.2 Bedürfnisanalyse mit Kindern

Das Ziel der Befragung von betroffenen Kindern war die Erfassung ihrer individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Thematisiert wurden sowohl die familiäre Erkrankung und damit verbundene Gefühle und Verhalten, als auch die kindlichen Verarbeitungsstrategien in kritischen und stressauslösenden Ereignissen. Der qualitative Forschungsansatz ermöglichte eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material sowie dessen Interpretation. Die elf interviewten Kinder zwischen 7 und 13 Jahren kamen aus der Modellregion und waren mit einer familiären Erkrankung im häuslichen Alltag konfrontiert. Bezüglich der familiären Erkrankung zeichneten sich bei den befragten Kindern unrealistische Erklärungsmodelle ab, die auch von Romer et al. (2011) bei Kindern körperlich kranker Eltern postuliert werden. Die beängstigende Wirkung dieser Phantasien wird in Schilderungen eines Mädchens deutlich, die als Folge eines grippalen Effekts der Mutter deren Tod befürchtet. Insgesamt ist eine starke Tabuisierung und fehlende Kommunikation innerhalb der Familien hinsichtlich der Erkrankung zu erkennen. Vor allem psychische und Suchterkrankungen sind bei den Kindern schambesetzt. Die Erkenntnisse belegen das Bedürfnis nach kindgerechter Krankheitsaufklärung als notwendige Maßnahme, um Unwissenheit, unrealistische Erklärungsmodelle und damit Ängste der Kinder zu vermeiden. Das Vorhandensein eines Krankheitsverständnisses wird in einschlägiger Literatur mehrfach postuliert (Plass & Wiegand-Greife, 2012; Pott et al., 2005; Wunderer, 2008). Die hohen Belastungsanforderungen der Kinder durch emotionale Unterstützung, Hilfeleistungen im Haushalt und Alltag, medizinische Versorgung sowie das Kümmern um Geschwister wurde im Rahmen der Interviews von Kindern thematisiert. Die vielen Aufgaben und damit verbundene Überforderung, wie in Kapitel 3.2 bis 3.4 dargestellt, werden durch anschaulich beschriebene Schilderungen der Kinder ersichtlich. Der Wunsch nach Entlastung, Verantwortungsabgabe und kindgerechten Tätigkeiten ist demnach nachvollziehbar. Weiterhin benötigen sie Unterstützung in der Wahrnehmung und im Umgang mit ihren teils ambivalenten Gefühlen gegenüber dem erkrankten Familienmitglied. Obwohl bei den Kindern Sorge, Empathie und Mitleid dominieren, geben sie dennoch Gefühle der Scham, Wut und Aggression zu, die sie in Loyalitätskonflikte bringen. Eben diese Ambivalenz wird auch von Romer und Haagen (2007) benannt, da sich Kinder insbesondere in der Jugendphase zwischen der Ablösung und dem Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie gespalten fühlen.

Hinsichtlich der Verarbeitungsstrategien beherrschen die befragten Kinder neben vermehrt, passiv-vermeidenden Strategien, auch viele emotionsorientierten Strategien. Die ungünstigen Strategien, wie Aggression, Verdrängung und Rückzug, bei denen die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen, stimmen mit aktuellen Erkenntnissen aus der Literatur überein (Dunbar et al., 2013; Jeske et al., 2009; Klein, 2005; Prangenberg, 2002). Die Nutzung günstiger emotionsorientierter Verarbeitungsstrategien gilt als eine wirksame Verarbeitung von unkontrollierbaren Situationen, wie es auch eine familiäre Erkrankung mit akuten, episodischen oder ungünstigen Verläufen darstellt. Aktuelle Studien belegen hingegen die vermehrte Nutzung problemorientierter und stressvermehrender Verarbeitungsformen bei Kindern psychisch kranker (Jeske et al., 2009), suchtkranker (Zobel, 2006), körperlich kranker (Möller et al., 2011) oder behinderter Eltern (Prangenberg, 2002). Dieses Ergebnis belegt die Anpassungsfähigkeit belasteter Kinder hinsichtlich einer Erkrankung in der Familie und zeigt zudem, dass auf bestehenden Fähigkeiten der Kinder aufgebaut werden kann. Die Bewusstmachung ungünstiger, passiv-vermeidender sowie die gleichzeitige Förderung günstiger Verarbeitungsstrategien (problemorientiert und emotionsorientiert) bleibt somit ein Ziel für die Arbeit mit den Kindern, um ein breites Repertoire an Möglichkeiten aufzubauen.

Die zahlreichen Wünsche und Bedürfnisse der Kinder belegen die Relevanz zur Unterstützung ihrer Situation. Insgesamt lassen sich Bedürfnisse nach Sicherheit, Liebe und Zugehörigkeit, Bindung, Achtung, Selbstverwirklichung, Lustgewinnung bzw. Unlustvermeidung sowie nach Wissen und Verstehen identifizieren und aus Beispielschilderungen ableiten. Konkret verbalisieren die Kinder u.a. den Wunsch nach sozialen Kontakten, Austausch und Spielmöglichkeiten. Die Isolation der Kinder infolge der negativen häuslichen Bedingungen und des schambesetzten Erkrankungsthemas wird in empirischen Studien bestätigt (Hunt et al., 2005; Nagl-Cupal et al., 2012; Zobel, 2006). Frank (1995) und Metzging (2007) belegen ferner den Wunsch nach Austausch mit Gleichaltrigen im Rahmen ihrer Erhebungen mit Young Carers. Neben dem Bedürfnis nach verbesserter Sozialkompetenz benennen vor allem die männlichen Befragten ein Bedürfnis nach Kraft, Stärke und Selbstsicherheit. Ebenso signalisiert Florian im Rahmen der Bedürfnisanalyse den Wunsch nach Rebellion und Abgrenzung, der bereits von Pixa-Kettner (2008) und Sanders (2008) als häufige Notwendigkeit bei Kindern kranker Eltern hervorgehoben wurde. Demnach sind die Kinder im Vergleich zu Gleichaltrigen häufiger dazu gezwungen, ihre Identität über Abgrenzung zu festigen. Die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie die Förderung der Identität in Anbetracht individueller Wünsche und Bedürfnisse stellen Schlüsselprinzipien für die Arbeit mit den Kindern dar. Aus den Erkenntnissen der Kinderinterviews lassen sich Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit mit Kindern folgern, die neben den Ergebnissen der Expertenbefragung in die Konzeptplanung eingeflossen sind:

- ☞ Kindgerechte Krankheitsaufklärung und Information
- ☞ Verantwortungsentlastung / ‚Kind sein dürfen‘
- ☞ Wahrnehmungsförderung und Umgang mit Gefühlen
- ☞ Bewusstmachung ungünstiger und Vermittlung günstiger Verarbeitungsstrategien
- ☞ Förderung und Stärkung der Sozialkompetenz, des Selbstwertgefühls und der Identitätsentwicklung
- ☞ Kindgerechte Krankheitskommunikation (psychoedukativer Ansatz)

11.1.3 Projektkonzeption und Umsetzung von YCD

Das Projekt YCD startete im Jahr 2010 unter der Trägerschaft des Rotary Clubs Bad Bramstedt in der Modellregion Bad Segeberg und wurde anschließend vom Deutschen Kinderschutzbund Bad Segeberg übernommen. Das Angebot richtete sich an Young Carers, Kinder und Jugendliche kranker Eltern zwischen 6 und 18 Jahren aus der Region Bad Bramstedt, die in einer Familie mit einem kranken Angehörigen (psychisch, sucht-, körperlich krank oder behindert) leben und in die körperliche oder emotionale Pflege, Haushaltsführung oder Aufrechterhaltung des familiären Alltags einbezogen sind. Das Projekt zielte auf die Unterstützung und Entlastung der betroffenen Kinder ab. Sie sollten sowohl Informationen über die familiäre Erkrankung als auch Möglichkeiten der kindgerechten Stressbewältigung kennen lernen. Neben der psychoedukativen Aufklärung ging es im Rahmen eines Gruppenangebotes darum, den Kindern Raum für freie Entfaltung, Spielmöglichkeiten sowie das Erlernen von sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten zu ermöglichen. Das Konzept besteht aus drei Modulen: 1.) Kooperation und Vernetzung, 2.) Zusammenarbeit mit Eltern und 3.) die Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die als Kern des Projektes fungierte. Die Projektumsetzung am Projektstandort Bad Bramstedt erfolgte unter den gegebenen Rahmenbedingungen und Standortbedingungen. Herausforderungen, wie finanzielle Absicherung und Vernetzungen sowie unvorhergesehene Zeitverschiebungen stellten realitätsnahe Komponenten einer Projektumsetzung dar. Nach einer Anlaufphase konnten sowohl ein stabiles Netzwerk als auch regelmäßig stattfindende Gruppen initiiert werden.

11.1.4 Evaluation der Gruppen

Die durchgeführte Evaluation bezieht sich auf das Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche. Um die subjektive Meinung der Kinder über Gruppeninhalte, erzielte Erwartungen und

Verbesserungsvorschläge zu gewinnen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz im Mixed-Method Design gewählt. Mit Hilfe von Fokusgruppen und ergänzenden Einzelinterviews mit teilnehmenden Kindern wurde den Fragestellungen nachgegangen. In einem zweiten Schritt wurde die subjektive Erkenntnis von Entwicklungsveränderungen der Kinder in Bezug auf die familiäre Erkrankung und Verarbeitungsstrategien angestrebt. Hierzu gibt es erste Hinweise auf die Ergebnisevaluation.

Die Bewertung der Kinder hinsichtlich der Aktivitäten und Spiele ist insgesamt positiv. Eine hohe Bewertung erhielten die Kategorien Ausflüge, freies Spielen, kreative Tätigkeiten und Bewegung. Die häufige Angabe kindgerechter und zwangloser Tätigkeiten entspricht der in der Literatur geforderten und im Konzept angestrebten Verantwortungsentlastung. Aufgrund der hohen Verantwortung und der Vielzahl an anspruchsvollen Aufgaben im häuslichen Alltag, wie medizinischer Versorgung, Haushaltstätigkeiten, emotionale Unterstützung und Betreuung von Geschwistern (Fives et al., 2010; McAndrew et al., 2012; Nagl-Cupal et al., 2012), räumen die Kinder der freien Zeit für kindgerechte Tätigkeiten einen großen Stellenwert ein. Im Gegensatz zur Benennung von Themen, wurden Spiele, kreative Tätigkeiten und Bewegung im Freien deutlich häufiger sowie mit einer ausgeprägteren Leidenschaft vorgetragen. Die Bewertung der behandelten Themen fällt je nach Vorliebe des Kindes heterogen aus. Insgesamt wird die Themenbehandlung nicht grundsätzlich von allen Kindern als positiv bewertet. Die Themen Erkrankung, Stress, Wahrnehmung und Gefühle werden zwar negativ bewertet, in weiteren Äußerungen wird jedoch ein Interesse an ausgewählten Themen signalisiert, wie z.B. bei Alina (Z.31-33 und 387-390), Jona (Z.381-385) und Florian (Z.58-68). Positiv eingeschätzt wird das Erlernen von Stressverarbeitungsstrategien. Hierzu liefern die befragten Kinder konkrete Beispiele aus den Gruppensitzungen. In aktuellen Forschungsarbeiten wird nachgewiesen, dass Kinder je nach Entwicklungsstadium über unterschiedliche Krankheitskonzepte und Möglichkeiten der Stressverarbeitung verfügen (Andresen & Hurrelmann, 2010). Obwohl die Aufklärung über Erkrankung und das Erlernen von Verarbeitungsstrategien Kinder in ihrer Entwicklung einer psychosozialen Gesundheit fördert (Plass & Wiegand-Grefe, 2012), ist es möglich, dass dies von den Kindern aufgrund eingeschränkter Reflexionsfähigkeiten nicht selbst wahrgenommen werden kann. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die Kinder einen größeren Stellenwert auf die Psychoedukation, somit auf die emotionale Ebene der Kommunikation, anstatt auf die Vermittlung von Sachinformationen legen (Lenz, 2008). Unabhängig davon erscheint es nachvollziehbar, dass eigenverantwortliches und freies Spielen mehr Freude bereitet, als die Bearbeitung von Themen und Aufgaben. Auch bei anderen Hilfsangeboten wird ‚dem Kind sein ohne Attribut‘ ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Young Carers möchten nicht über die Erkrankung eines Elternteils definiert werden, sondern in erster Linie als normales Kind, das spielen, toben und mit anderen Kindern zusammen sein möchte (große Schlarman, 2011c).

Den anderen Kindern in der Gruppe wird von den befragten Kindern eine hohe Bedeutung beigemessen. Bereits in der Bedürfnisanalyse zeichnete sich ein klarer Wunsch nach sozialen Kontakten und Austausch mit Gleichgesinnten ab (vgl. Kapitel 7.6.3.3). Ebenso wird in Fachkreisen die offene Kommunikation sowohl mit professionellen Beratern (Metzing, 2007) als auch mit gleichaltrigen Betroffenen (Clarkson et al., 2006; Frank, 1995) betont. Die befragten Kinder benennen die anderen Gruppenteilnehmer als eine der wichtigsten Komponenten als Begründung für ihre Teilnahme. Diese Relevanz zeigt sich ferner beim ausbleibenden Anschluss eines Jungen, der die Gruppe auf eigenen Wunsch hin abgebrochen hat. Florian begründet seinen Abbruch mit dem fehlenden Anschluss an die anderen Kinder sowie mit Konflikten einzelner Gruppenkinder. Das Vertrauen und Zusammengehörigkeitsgefühl einer Gruppe ist demnach maßgeblich für die erfolgreiche Teilnahme der Kinder verantwortlich. Die Vertrauensbildung wird als eine Grundvoraussetzung beschrieben, die für die Teilnahme von Familien an Unterstützungsangeboten Voraussetzung ist (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Metzing-Blau et al., 2009). Auch von den befragten Fachkräften der Modellregion wurde dieser Aspekt thematisiert (vgl. Kapitel 6.2.4).

Zu der **Struktur** und dem Aufbau der Gruppen signalisieren die Kinder eine ambivalente Haltung. Mit dem Blick auf Spiel- und Entfaltungsmöglichkeiten wird der Anfangsrunde und dem Ritual eine lästige und überflüssige Rolle eingeräumt. Kai und Anna signalisieren hingegen die Bedeutsamkeit der Gruppenregeln für ihre Orientierung und Vertrauensbildung. Auch an dieser Stelle sollte die heterogene Bewertung der Kinder hinsichtlich Struktur und Regeln unter Vorbehalt betrachtet werden, da ein Wunsch nach Regeln und Grenzen von Kindern nur bedingt kommuniziert bzw. wahrgenommen werden kann. Da die Kinder mit unstrukturierten Familienverhältnissen und bei psychischer oder Suchterkrankung in der Familie mit teils chaotischen Umgebungen konfrontiert werden (Fuchs et al., 2008; Kuhn et al., 2011; Prangenberg, 2002), bieten Regeln und Rituale den Kindern Sicherheit und Orientierung (Mattejat & Lisofsky, 2008).

Auf die Frage nach **Wünschen** und Veränderungsideen benennen die Kinder vorwiegend bekannte Spiele, die zukünftig wiederholt oder ergänzt werden sollen, was als positiv zu bewerten ist. Das Festhalten von bekannten Aktivitäten, Strukturen und Themen bestätigt die Qualität des Angebotes. Auch an dieser Stelle werden schwerpunktmäßig positiv konnotierte Themen und Aktivitäten, wie Rausgehen, Kochen und Backen, Entspannungsmöglichkeiten und Ausflüge benannt. Veränderungswünsche der Kinder beziehen sich einerseits auf das Raumangebot und andererseits auf Wünsche an die Familie. Die Gruppenräumlichkeiten bestehen aus anderthalb Zimmern mit Küche, Badezimmer und einem Garten. Dem Bewegungsdrang der Kinder konnte in den begrenzten Räumen nicht immer Rechnung getragen werden, weshalb der Wunsch nach größeren Räumlichkeiten mit einem alternativen Bewe-

gungsangebot nachvollziehbar ist. Nicht nur wegen der bei Kindern suchtkranker Eltern häufig belegten Hyperaktivität (Kendler et al., 2013; Zobel, 2006) sollten die Gruppenräumlichkeiten an die Bedürfnisse der Kinder angepasst werden. Ferner ist Bewegung und Aktivität eine Möglichkeit, Gefühle auszudrücken bzw. diese abzubauen (Beyer & Lohaus, 2007; Strack, Martin & Stepper, 1988). Der symbolische Schutzraum sollte auch in der Gestaltung der Gruppenräumlichkeiten wiederzufinden sein und den Kindern einen Ort des Vertrauens, des Miteinanders und der Sicherheit darstellen. Der Wunsch nach Zeit und Aufmerksamkeit von Eltern und Familie kann im Rahmen des Gruppenangebotes nicht nachgegangen werden. Das Bedürfnis spricht jedoch für die Erweiterung des Angebotes auf die gesamte Familie. Der Schwerpunkt des Angebotes auf die Arbeit mit den Kindern wird der systemischen Sichtweise auf die ganze Familie nicht gerecht und verlangt eine Modifikation. In aktuellen Artikeln wird im Gegensatz zur Einzel- und Gruppenarbeit mit betroffenen Kindern auf den Familienansatz oder *family approach* hingewiesen, der unter Einbeziehung der gesamten Familie ganzheitlich der Unterstützung hinsichtlich der Problemlage gerecht werden soll (Frank & McLarnon, 2008; Romer, 2006; Wiegand-Grefe et al., 2009b). Ein Gruppenangebot kann nur bestimmten Bedürfnissen der Kinder gerecht werden, so dass für innerfamiliäre Themen andere Ansätze herangezogen werden müssen.

Als **Gründe für das Fernbleiben** von der Gruppe werden neben einmaligen Verabredungen, Terminen oder Erkrankungen, insbesondere Zeitkonflikte in Verbindung mit Schulveranstaltungen angegeben. Der zeitliche Beginn der Kindergruppe um 16 Uhr korreliert mit dem Nachmittagsangebot der lokalen Ganztagschulen. An dieser Stelle ist eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen Projektanbietern und örtlichen Schulen besonders wichtig. Möglich wäre ein gemeinsames Angebot bzw. ein Gruppenangebot an Schulen, um zeitliche Überschneidungen und überflüssige Wege zu vermeiden sowie außerdem eine bessere Erreichbarkeit der Kinder zu erreichen. Die Zusammenarbeit mit Schulen betont auch Frank (2002) in ihrem Leitfaden zur Etablierung von Angeboten für Young Carers.

Die **Kenntnisse der Kinder hinsichtlich der familiären Erkrankung** und der Wunsch nach weitergehenden Erklärungen zeigen einen Unterschied zwischen körperlichen Erkrankungen und psychischen bzw. Suchterkrankungen der Eltern. Über Krebs- oder Herzerkrankungen sprechen die Kinder vergleichsweise offen und wünschen sich Aufklärung und Informationen. Doch die Thematisierung einer Alkoholerkrankung zeigt während der Interviews einen starken Einfluss von Scham und Tabuisierung. Die erschwerte Kommunikation durch Scham- und Schuldgefühle sowie Tabuisierung innerhalb der Familie als auch in der Öffentlichkeit ist ein häufig postuliertes Thema in Fachkreisen (Lenz, 2010; Prangenberg, 2002). Die Familienregel, dass mit Fremden über die häusliche Situation nicht gesprochen werden darf (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Wegscheider, 1988), wird auch von den befragten Kindern

befolgt. Experten fordern einheitlich eine Aufklärung der Gesellschaft und eine damit einhergehende Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen (Ehrenfried et al., 2001; Metzging, 2007). Bei körperlicher Erkrankung eines Elternteils stehen hingegen die Befürchtung des Versterbens und die Beschäftigung mit genetischen Belastungen im Vordergrund. Dieser Aspekt wird sowohl im Rahmen der Interviews als auch von Romer et al. (2011) benannt. In Bezug auf den Austausch mit anderen über die häusliche Situation weisen die Kinder einen zurückhaltenden Wunsch nach Kommunikation auf. Die jüngeren Kinder reagieren mit deutlicher Ablehnung und Vermeidung. Die älteren Kinder hingegen, vor allem weibliche Befragte, möchten sich über Probleme und alltägliche Themen in der Gruppe austauschen. Insgesamt zeigen sich die befragten Kinder mit persönlichen Äußerungen über häusliche Probleme zurückhaltend. Aus Loyalität den Eltern gegenüber schweigen sie und halten sich an das unausgesprochene Kommunikationsverbot. Wenn sie mit Fremden sprechen und sich Unterstützung holen, haben sie das Gefühl, etwas Falsches zu tun (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Zudem wirken sich schlechte Erfahrungen bei Kommunikationsversuchen zusätzlich negativ aus, so dass Kinder vermehrt schweigen. Sie möchten selbst entscheiden, wann und mit wem sie über ihre Probleme sprechen. Das Wissen um die Möglichkeit, sich Informationen einholen zu dürfen, als auch mit Fachkräften oder anderen Kindern sprechen zu können, ist für Young Carers oftmals ausreichend. Erst bei Bedarf, wenn der Mut oder das Vertrauen da ist, machen Kinder von dem Angebot Gebrauch. Dies zeigt sich auch bei dem Angebot SupaKids (große Schlarmann, 2011c).

Das Verhältnis der Nennung von günstigen problemorientierten und emotionsregulierenden sowie ungünstigen **Verarbeitungsstrategien** ist nahezu ausgeglichen. Eine vorschnelle positive Bewertung dieser scheinbaren Verbesserung im Vergleich zur Bedürfnisanalyse ist unter Vorbehalt zu betrachten. Die sehr kleine Stichprobe sowie die wechselnden Kinder bei der Bedürfnisanalyse und der Evaluation ermöglichen keinen direkten Vergleich der Daten. Vielmehr können aus den qualitativen Daten die Gruppeninhalte, Übungen und auch deren subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit identifiziert werden. Besonders eindringlich wurden die Übungen zum Stressabbau, wie z.B. der Indianerschrei, der Wut-Ball sowie Entspannungsübungen, von Kindern positiv benannt. Obwohl die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Techniken heterogene Haltungen hervorbringt, wird in den Äußerungen der Kinder über den Umgang mit kritischen Situationen deren Nutzen im Alltag durchaus sichtbar. Die konkreten Techniken finden nicht nur innerhalb der Gruppe, sondern bei Jona, Kai und Luisa auch im Alltag Anwendung. Diese Schilderungen sind als besonders positiv zu bewerten, da die Nutzung von Verarbeitungsstrategien und Techniken in der konkreten Nutzung von stressauslösenden Situationen zu einer positiven Anpassung führt.

Abschließend betrachtet sind die Einschätzungen der Kinder zu den Gruppeninhalten, wie Spielen, Themen und dem Erlernen von Verarbeitungsstrategien, positiv. Veränderungspotenzial besteht sowohl bei den räumlichen Gegebenheiten als auch in einer konzeptionellen Adaption des Projektes auf die gesamte Familie. Insgesamt sind Spiele, Themen und Angebote an die teilnehmenden Kinder flexibel anzupassen, da ihre Bedürfnisse und positive Entwicklung im Vordergrund stehen. Eine altersentsprechende Anpassung der Behandlung von (Krankheits-)Themen ist besonders wichtig. Nach den Entwicklungsstufen des kindlichen Denkens von Piaget (Piaget & Inhelder, 1993) verfügen Kinder erst ab 12 Jahren über die Fähigkeit des hypothetischen Denkens. Dadurch können Situationen und Abstraktionen gedanklich durchgespielt werden. Auch wenn Kinder bereits im konkret-operationalen Stadium (7 bis 12 Jahre) die Erkrankung eines Angehörigen als Prozess begreifen und zur Empathie fähig sind, knüpfen Kinder dieses Alters ihr Denken an erlebte Erfahrungen (vgl. Kapitel 3.1). Eine Orientierung an entwicklungspsychologischen Stadien und altersentsprechenden Fähigkeiten und Kenntnissen stellt für die praktische Gruppenarbeit mit Young Carers einen wichtigen Faktor dar. Somit könnte der Fokus jüngerer Kindergruppen auf frei zur Verfügung stehender Zeit, Spielen und Aktivitäten liegen, mit der Möglichkeit, bei Bedarf Probleme anzusprechen. Der Fokus älterer Kindergruppen könnte folglich auf Gesprächsgruppen und Kommunikation und an zweiter Stelle auf freien Aktivitäten liegen.

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Evaluationsstudie belegen die Passgenauigkeit des Präventionsangebotes für Young Carers.

- ☞ Die Kinder berichten von **großer Wertschätzung** und Spaß an den Gruppensitzungen. Sie benennen konkrete Beispiele (wie Spiele, Gemeinsamkeiten, Aktivitäten, Kreatives, Themenbearbeitungen, sozialer Austausch, Freunde und Gleichgesinnte treffen). Hervorzuheben ist ferner die **hohe Bedeutung der Gruppenkinder** für den Zusammenhalt und das Vertrauen innerhalb der Gruppe.
- ☞ Es gibt verhältnismäßig geringe Veränderungswünsche, die sich auf Räumlichkeiten sowie auf die familiäre Situation beziehen. An der familiären Situation kann ein Gruppenangebot für die Kinder nicht ansetzen. Eine Modifikation des Konzeptes mit einem stärkeren Schwerpunkt eines **familienbasierten Ansatzes** ist anzustreben. Systemische Beratung und aufsuchende Familienarbeit können an den von Kindern genannten Wünschen ansetzen.

- ☞ Gründe des Fernbleibens sind Zeitmanagement und Umstrukturierung der weiterführenden Schulen zur Ganztagschule. In diesem Rahmenkonzept ist ein gemeinsames Angebot bzw. ein **kooperatives Gruppenangebot mit den Schulen** zu forcieren, um sowohl Fahr- als auch Zeitproblemen entgegenzuwirken.
- ☞ Die ambivalenten Ergebnisse zur Krankheitskommunikation belegen die individuellen Bedürfnisse der Kinder. Je nach Bedarf und alters- und entwicklungsabhängigen Fähigkeiten ist die **psychoedukative Krankheitsaufklärung** an die jeweiligen Bedürfnisse der Kinder anzupassen. Der Schwerpunkt der Gruppenarbeit liegt auf dem Spielen und der Möglichkeit, ‚Kind zu sein‘. Der Appell an die **Enttabuisierung** von psychischen und Suchterkrankungen in der Gesellschaft ist weiterhin zu forcieren.
- ☞ Die Ergebnisse der **Verarbeitungsstrategien** weisen eine ausgeglichene, jedoch auch verhaltene Nennung auf. Die positive Interpretation der geringen Nennung ungünstiger Strategien wäre eine voreilige Interpretation. Diese Ergebnisse sind daher aufgrund der geringen Anzahl befragter Kinder unter Vorbehalt zu betrachten. Die **Nutzung von konkreten Techniken** in stressauslösenden Situationen im Alltag wird als positiv und erfolgversprechend beurteilt.
- ☞ **Weitere Evaluationen** mit einer größeren Stichprobe und quantitativen Daten ist für aussagekräftige Ergebnisse notwendig. Bei der verhältnismäßig geringen Anzahl an Gruppenkindern war keine quantitative Evaluationsstudie mit entsprechenden Ergebnissen möglich.

11.2 Kritische Methodenreflexion

Zur Beurteilung von qualitativen Studien ist eine differenzierte Reflexion des methodischen Vorgehens im Hinblick auf Aussagekraft, Glaubwürdigkeit und Anwendbarkeit der Arbeit notwendig. Es erfolgt eine kritische Auseinandersetzung der Studien, ihrer Durchführung und Auswertung. Gütekriterien gelten als Maßstab, an denen die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen wird. Die bekannten Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität (Genauigkeit) greifen im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes nur bedingt. Sie können wegen der geringen Formalisierbarkeit und Standardisierbarkeit qualitativer Forschung nicht einfach übertragen werden (Steinke, 2007). Die Gültigkeit qualitativer Forschung kann durch die kommunikative Validierung geprüft werden (weiter unten), indem das Datenmaterial dem Beforschten anschließend vorgelegt und diskutiert wird, was aus ethischen Gründen jedoch abgelehnt wurde. Es erfolgte eine argumentative Validierung (Lamnek, 2010) indem der

Auswertungsprozess regelgeleitet mit Hilfe eines Kategoriensystems und Ankerbeispielen stattfand (vgl. Anhang F) und G) Ankerbeispiele). Das Prüfen von Interpretationen im heterogenen Forscherteam, die interpersonale Konsensbildung (Bortz & Döring, 2006) stellte ein weiteres Kriterium der argumentativen Validierung dar. Einschränkend ist zu erwähnen, dass im Rahmen der Auswertung nur ausgewählte Daten gemeinsam diskutiert wurden.

In dieser Arbeit wird die Auffassung vertreten, dass sich die Gütekriterien an die Methoden anpassen sollten, weshalb sich an den Gütekriterien qualitativer Forschung orientiert wird. Folgend wird die Methodik anhand der sechs allgemeinen Gütekriterien nach Mayring (2002) reflektiert:

Unter **Verfahrensdokumentation** wird die genaue und detailgetreue Dokumentation des Verfahrens, mit dem die Ergebnisse gewonnen werden, verstanden. Um den Forschungsprozess für den Leser nachvollziehbar und transparent zu halten, wurden die jeweiligen Analyseschritte, Instrumente (z.B. der Leitfaden bei den Interviews, die Plakate oder Kurzgeschichte als Stimuli bei den Fokusgruppen), die Untersuchungsdurchführung mit heterogenen Interviewverläufen sowie die Auswertung der Datenerhebung anhand von Analyseschritten (Anhang B) Ablaufmodell Bedürfnisanalyse) im Detail dokumentiert.

Die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer orientierte sich am *theoretical sampling*, bei dem diese über sogenannte Gatekeeper (Vermittler) an das Forschungsprojekt vermittelt und um die Teilnahme der Interviews gebeten wurden. Bei der Bedarfsanalyse handelt es sich um drei Fachkräfte aus der Region, die jeweils einen Berufszweig (Soziales, Gesundheit und Pädagogik) vertreten. Die Untersuchungsgruppe der Bedürfnisanalyse besteht aus elf Kindern der Region, die als Young Carers identifiziert wurden. Es bestand keine gleichrangige Verteilung der familiären Erkrankungen. In den meisten Fällen war ein Elternteil von einer Krankheit betroffen. Ein Schwerpunkt der familiären Erkrankung lag auf psychischen Erkrankungen bzw. Co-Erkrankungen eines Elternteils. Da die problemzentrierten Interviews nicht der Beweisfindung, sondern vielmehr der Felderschließung, Wissensermittlung oder Hypothesenbildung dienen, ist die Fallzahl von drei befragten Experten und elf befragten Kindern als ausreichend zu betrachten. Es wird keine Generalisierbarkeit der qualitativen Ergebnisse angestrebt. Dies stellt nicht die Absicht qualitativer Forschung dar, vielmehr sollen neue Sachverhalte, Anregungen und Ideen ermittelt werden. Ein Vergleich oder die Interpretation mit quantitativen Studien ist daher unter Vorbehalt zu betrachten.

Argumentative Interpretationsabsicherung: Bei qualitativen Ansätzen spielen Interpretationen eine wichtige Rolle. Durch argumentative Begründung soll eine Qualitätseinschätzung möglich werden. Zur Überprüfung des Vorgehens sowie der Auswertung und damit verbundenen Interpretationsschritten stand ein interdisziplinäres Forschungskolloquium aus Promovenden der Soziologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften und externe Berater der

Pflegewissenschaft begleitend und beratend zur Verfügung. Ausgewählte Interviews sowie Kategorien und Analyseschritte wurden in der Gruppe diskutiert, nach Alternativdeutung gesucht und gegebenenfalls widerlegt. Es lässt sich nicht leugnen, dass Deutungen und Interpretation immer subjektiv geprägt sind. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Forschungsmaterial konnte zwar nicht immer völlige Übereinstimmung gefunden, jedoch Stärken und Schwächen des Vorgehens sichtbar gemacht werden, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt wurden. Insbesondere die Methode der Evaluation zeigt durch ihren qualitativen Ansatz sowohl Vor- als auch Nachteile auf, die abschließend gesondert thematisiert werden.

Regelgeleitetheit: Vor allem bei interpretativen und freien Forschungsansätzen bietet das Festhalten an vorab definierten Regeln ein Gütekriterium. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) bietet durch ihr schrittweises und sequenzielles Vorgehen sowie durch ihre Ablaufmodelle der qualitativen Techniken ein wichtiges Kriterium hierfür. Das regelgeleitete Vorgehen anhand von Ablaufmodellen und Ordnungskriterien steht bei dieser Auswertungsmethode im Mittelpunkt (Mayring, 2010). Die dienen sowohl der Verfahrensdokumentation als auch der Regelgeleitetheit der Methoden Analyseschritte (vgl. Anhang C) Analyseschritte der Bedürfniserhebung). Die klassische Vorgehensweise ist unabhängig von der Herkunft des Materials nutzbar (Flick, 2007), was eine gemeinsame Auswertung von Einzelinterviews und Fokusgruppen ermöglichte. Gleichzeitig muss qualitative Forschung gegenüber dem Gegenstand offen sein und bei Bedarf geplante Analyseschritte modifizieren. Das ursprünglich geplante Vorgehen bezüglich der Gruppenevaluation stellte sich als unangemessen heraus und verlangte eine Modifikation der Methoden sowie des Forschungsdesigns (s.u.).

Nähe zum Gegenstand: Die Gegenstandsangemessenheit ist der Leitgedanke von interpretativer, qualitativer Forschung. Im Gegensatz zu künstlichen Laborbedingungen wurde hier versucht, möglichst nahe an der Lebenswelt der Beforschten anzuknüpfen. Die Bedürfnisanalyse mit Kindern und die Evaluation orientieren sich an den Techniken der qualitativen Sozialforschung, die an die Forschung mit Kindern entsprechend angepasst wurde. Der Exkurs in die Kindheitsforschung (vgl. Kapitel 7.1) geht auf die Herausforderungen der Durchführung, den Umgang und die Auswertung von Interviews mit Kindern ein. Es müssen sowohl der Entwicklungsstand, kindestypische Ausdrucksformen und Erklärungsmuster als auch das Machtgefälle während eines Interviews zwischen dem erwachsenen Forschenden und dem zu untersuchenden Kind berücksichtigt werden. Jede Interviewsituation birgt neue Rahmenbedingungen, an die es sich anzupassen gilt. Ferner wird über den Wahrheitsgehalt von kindlichen Aussagen in Interviews kontrovers diskutiert (Delfos, 2010; Trautmann, 2010). Für die Fokusgruppe wurden die realen Kindergruppen gewählt und die Diskussion in den bekannten Gruppenprozess eingefügt, um möglichst realitätsgetreue und natürliche Erkennt-

nisse zu gewinnen. Bei den ersten Interviews mit den Kindern im Rahmen der Bedürfniserhebung wurde großen Wert auf eine vertraute und möglichst gleichrangige Atmosphäre zwischen Interviewer und Kind gelegt und dem Kind eine hohe eigene Kompetenz zugesprochen. Die Interpretation im Rahmen der Auswertung wird unweigerlich von Erwachsenen konzipiert und richtet sich somit nach Regeln der Erwachsenenkommunikation.

Kommunikative Validierung: Die Gültigkeit der Ergebnisse kann geprüft werden, indem das Datenmaterial dem Beforschten vorgelegt und diskutiert wird. Wenn sich die Beforschten in den Analyseergebnissen wiederfinden, kann dies als wichtiges Kriterium zur Absicherung der Ergebnisse angesehen werden. Obwohl den befragten Kindern eine hohe Kompetenz zugebilligt wurde und sie als Experten ihrer eigenen Situation wahrgenommen wurden, war eine kommunikative Validierung im Rahmen des Forschungsprozesses nicht möglich. Die Kommunikation über schambesetzte Themen, die familiäre Erkrankung, kritische Lebensereignisse und damit verbundene Gefühle verlangte bereits eine hohe Leistung von den Kindern ab, weshalb auf eine Konfrontation mit den Analyseergebnissen verzichtet wurde. Während der Interviews wurde die Technik des Spiegelns und Paraphrasierens wiederholt angewandt, um sich der Richtigkeit der Aussagen zu vergewissern.

Triangulation: Durch den Einsatz mehrerer Methoden, Daten oder Forscher sollten Verzerrungen kompensiert werden (Steinke, 2007). Die Qualität der Forschung kann durch die Verbindung mehrerer Analyseschritte verbessert werden. So wurden für die Ermittlung des Bedarfs unterschiedliche Datenquellen (Kinder und Fachkräfte) herangezogen. Die Interpretation der Forschungsergebnisse erfolgte innerhalb einer Forschungsgruppe mit unterschiedlichen Interpreten. Im Rahmen der Evaluation wurden zwei Methoden zur Ergebnisabsicherung herangezogen. Eine Fokusgruppe verdichtete die Themen und legte einen Schwerpunkt auf das Gruppengeschehen. Bei den ergänzenden Einzelinterviews konnten Themen intensiviert und in einer geschützten Atmosphäre angesprochen werden. Die Wahl von mehreren Methoden ermöglicht somit eine größere Qualität der Forschungsergebnisse.

Kritische Betrachtung der Evaluation

Zur Vollständigkeit soll nun die Evaluation der Kindergruppen einer kritischen Methodenbetrachtung unterzogen werden. Die unvorhergesehene Modifikation des Forschungsdesigns sowie Besonderheiten bei der Durchführung rechtfertigen die gesonderte Darstellung relevanter Themen, um bestmögliche Transparenz zu gewährleisten.

Aus organisatorischen Gründen konnte sich bei der Evaluation auf nur ein Modul des Projektes beschränkt werden. Die Konzentration auf die Gruppenarbeit lässt die Beurteilung weiterer Projektbereiche, wie die Elternarbeit und Netzwerkarbeit offen. Ebenso wurden Themen

auf Prozessebene mit Fragen zur Implementierung, Aspekte des Umfeldes, wie finanzielle Förderer, die lokale Anbindungsstruktur und die öffentliche Wahrnehmung, von denen der Erfolg des Projektes ebenso abhängig ist, im Rahmen dieser Evaluation nicht näher betrachtet. Die komplette Projektevaluation mit allen Projektmodulen steht daher noch aus. Befragungen von Eltern, Projektpartnern und -beteiligten sowie Förderern können reflektierte Befunde liefern, die weiterhin anzustreben sind. Die Evaluationsergebnisse sind daher unter Vorbehalt der gegebenen Umstände zu interpretieren.

Anfänglich wurde eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden angestrebt. Eine Fragebogenerhebung mit dem SVF-KJ sollte Aufschluss über die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder und der KIDSCREEN Aufschluss über die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder liefern. Die Erhebung zu zwei Messzeitpunkten (erster im Rahmen der Bedürfniserhebung und zweiter im Rahmen der Evaluation) sollte Veränderungen verdeutlichen. Die Untersuchungsgruppe der Evaluation bestand jedoch nicht, wie geplant, aus denselben Kindern der Bedürfniserhebung. Aufgrund des niedrighschwelligigen Angebotes, was mit einer freiwilligen Teilnahme der Kinder am Gruppenangebot und an den Erhebungen einhergeht, gab es eine Fluktuation in den Kindergruppen. Insbesondere die Kinder aus der Bedürfniserhebung brachen die Gruppe ab oder konnten nicht für die freiwillige Teilnahme an der Evaluation gewonnen werden. Dies führte dazu, dass an der Evaluation andere Kinder als bei der Bedürfniserhebung teilnahmen, was einen direkten Vergleich unmöglich machte. Zudem konnte eine Untersuchungsgruppe von elf Kindern für die Bedürfniserhebung und sechs Kindern für die Evaluation gewonnen werden, die dem Anspruch eines quantitativen Forschungsdesigns nicht gerecht wird.

Der Wechsel des ursprünglich geplanten Studiendesigns begründet sich in der nicht vorhersehbaren geringen Fallzahl sowie der Heterogenität der Kinder. Die neue Methode sollte möglichst nahe an dem Untersuchungsgegenstand ansetzen und dadurch realitätsgetreue Ergebnisse liefern. Für die Evaluation fiel die Wahl auf Fokusgruppen mit ergänzenden Einzelinterviews für Themen, die im Rahmen der Gruppe keinen Platz finden sollten. Die Fokusgruppe gehört jedoch nicht zu den gängigen Methoden der Kindheitsforschung und es gibt begrenzte Erfahrungen in der Untersuchungsdurchführung (Nentwig-Gesemann, 2010). Da Gruppen für die Thematisierung intimer, schambesetzter Angelegenheiten weniger geeignet sind (Schulz et al., 2010), wurden hierfür ergänzend Einzelinterviews geplant. Die Durchführung einer Fokusgruppe verlief aufgrund eines negativen Gruppenprozesses wenig zufriedenstellend. Kinder mit leitender Rolle signalisierten ihre Abneigung und verweigerten die Aufnahme mit dem Tonbandgerät. Anstelle einer Tonbandaufnahme musste stattdessen ein Gedächtnisprotokoll angefertigt werden. Der Erkenntnisgewinn ist demnach entsprechend geringer. In gleicher Gruppe verweigerten sich Kinder der Teilnahme, was die Nach-

ahmung der übrigen Teilnehmer zur Folge hatte. Die ergänzenden Einzelinterviews lieferten somit einen Großteil der Erkenntnisse und wurden zur Hauptdatenquelle der Evaluation. Aus Sicht der Forscherin ist die die Methodenwahl der Fokusgruppe als qualitatives Evaluationsinstrument nicht zufriedenstellend und stellte sich als ungeeignete Erhebungsmethode heraus. Die Durchführung von Gruppendiskussionen mit Kindern stellte die Forscherin vor zahlreiche Herausforderungen. Eine weniger standardisierte Methode, wie z.B. teilnehmende Beobachtung, würde weniger in den Gruppenalltag eingreifen und realitätsgetreuere Ergebnisse liefern. Die Schwerpunktsetzung auf ein spielerisches und aktives Vorgehen wird durch die Bewertung des Kuchendiagramms bestätigt. Die anfängliche Bewertung der Themen durch Punktevergabe und die damit verbundene Bewegung lösten eine positive Haltung der Kinder aus. Die anschließende Gesprächssituation in der Gruppe als Kernstück der eigentlichen Fokusgruppe und die Tonbandaufnahme wurde von den Kindern hingegen abgelehnt.

Kritisch zu betrachten ist ferner die Selbstevaluation. Die Doppelrolle kann Auswirkungen auf das Antwortverhalten der Kinder haben. Durch die Projektarbeit waren sich die befragten Kinder und die Interviewerin bereits bekannt. Obwohl dieser Aspekt eine eindeutige Neutralität nicht gewährleisten kann, wurden hierdurch ein vereinfachter Zugang und eine vertraute Atmosphäre geschaffen, von der insbesondere bei der Thematisierung kritischer und tabu-besetzter Themen beide Seiten profitierten. Dennoch sind durch die bestehende Beziehung zwischen Interviewerin und den Kindern auch Antworten, die der sozialen Erwünschtheit betreffen, möglich. Die positive Beziehung zwischen den Parteien führte zwar zu einer positiven Atmosphäre, kann auf der anderen Seite jedoch die Ansprache von kritischen Themen der Gruppeninhalte erschweren. Eine möglichst objektive Befragung von unparteilichen und nicht bekannten Interviewern würde dieser Herausforderung entgegenwirken.

Ferner ist zu hinterfragen, ob die Aussagen der Kinder ausschließlich den Inhalten des Programmes zuzuordnen sind. Bei der Frage nach Wirksamkeit müssen quantitative Datenmen-gen herangezogen werden, die im Rahmen von Young Carers Projekten jedoch nicht immer möglich sind. Mit dem angewandten Forschungsdesign sind keine Aussagen über Langzeiteffekte möglich, so dass die Nachhaltigkeit der Effekte nicht überprüft werden konnte. Der Vergleich mit einer Kontrollgruppenintervention könnte nachweisliche Effekte der Gruppen liefern. Anzustreben sind daher Follow-Up Messungen in Verbindung mit einem quantitativen Forschungsdesign und Kontrollgruppen.

12 Implikationen

Das vorliegende Forschungsprojekt beinhaltet zwei qualitative Erhebungen zur Ermittlung von Bedarfen und Bedürfnissen, die Planung und Implementierung des innovativen Projektes Young Carers Deutschland für Kinder kranker Eltern sowie die Evaluation der Kindergruppen. Der Schwerpunkt lag auf der Bedarfs- und insbesondere der Bedürfniserhebung mit betroffenen Kindern. Letztere lieferte wichtige Erkenntnisse aus Sicht der Zielgruppe. Ein weiterer Baustein war die Entwicklung und Prüfung der Akzeptanz des Projektes bei der Zielgruppe sowie die Bewertung der Gruppeninhalte. Aus den erhobenen Daten, den eigenen Erfahrungen mit dem Projekt und den Kindern können Schlüsse für weitere Praxis- und Forschungsprojekte gezogen werden. Diese werden nachfolgend aufgezeigt.

12.1 Implikationen für die Praxis

Der praktischen Bedeutung dieser Arbeit folgend, lassen sich aus den Erkenntnissen Implementierungen für die praktische Arbeit bzw. für die Begegnung mit Kindern und deren Familien eruieren.

- ☞ **Sensibilisierung der Gesellschaft mit dem Ziel der Enttabuisierung und Kommunikation**, um Stigmatisierungen von Erkrankungen entgegenzuwirken, insbesondere das Stigma über psychische und Suchterkrankungen. Nur, wer die Erkrankung akzeptiert und darüber spricht, kann auch Hilfe für sich selbst und seine Familie in Anspruch nehmen. Es geht dabei ferner um die Wahrnehmung und Anerkennung der Kinder als Young Carers, als Kinder, die Verantwortung übernehmen und emotionale Belastungen aushalten. Eine Thematisierung im Rahmen der Berufsausbildung sowie bereits an der Schule kann die Wahrnehmung und den Umgang mit der Zielgruppe langfristig positiv verbessern.
- ☞ **Rahmenbedingungen und Leitlinien auf politischer Ebene** sind Voraussetzung für die Konzipierung und Etablierung von Unterstützungsprojekten für Young Carers. Ein koordinierter, sektorübergreifender, multiprofessioneller Ansatz in der Arbeit mit Young Carers wäre nicht nur in der direkten Arbeit mit den Familien und Kindern von Vorteil, sondern könnte auch Fachkompetenzen bündeln, damit diese sinnvoll genutzt werden. Derzeit fehlt es jedoch nicht nur an Leitlinien und Gesetzen, sondern auch an finanziellen Ressourcen der Regierung und der Kommunen. Genau diese Forderungen schüren eine Debatte über mögliche Verantwortungen und Kompetenzen.

Fachkraft A: „Ich habe, bevor ich von Young Carers gehört habe, so gar nicht darüber nachgedacht“

Wer sollte flächendeckende Angebote vorhalten? Und auf welcher Grundlage können Maßnahmen finanziert werden? Sollten sich Jugendämter und soziale Dienste dieser Pflicht annehmen oder steht die Pflegeversicherung in der Pflicht, nicht nur die medizinisch-geriatrische Sicht, sondern die Familie als Ganzes einzubeziehen? Derzeit stehen die Kinder allein mit ihren Problemen da und fallen nicht nur durch das soziale Netz der Hilfesysteme, sondern auch durch die Blicke der Gesellschaft.

☞ „Kindern eine Stimme geben“

Young Carers müssen von Fachkräften in der Schule, im Gesundheitssektor sowie in der Kinder- und Jugendhilfe nicht nur wahrgenommen, sondern auch gehört werden. In internationalen Studien und in dieser Arbeit benennen die Kinder eine Reihe an Wünschen und Bedürfnissen. Young Carers wünschen sich ein normales, harmonisches und sicheres Heim. Sie wünschen sich Freizeit und Zeit für Freunde. Young Carers haben das gleiche Recht wie Gleichaltrige auf eine unversehrte Kindheit, Schulbildung und gesunde Entwicklungsbedingungen.

I: „Was macht dir denn hier Spaß?“

Kai: „Dass man draußen frei ist und nicht gefangen“

☞ Konzipierung und Etablierung von zielgruppenorientierter Prävention.

Bei der Konzeption und Etablierung neuer Projekte müssen **gegebene Strukturen, Rahmenbedingungen, Angebote und Einrichtungen** zwingend berücksichtigt werden. Bestehende Angebote könnten ergänzt oder darauf aufgebaut werden. Lokale Fachkräfte, Arbeitskreise und Betroffene müssen in die Projektkonzeptionierung eingebunden werden, sowohl um ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen, als auch für die Identifikation mit dem Angebot, um damit die Inanspruchnahme zu fördern.

Es braucht **Geduld, Engagement und Durchhaltevermögen**, um trotz der Rückschläge in Zeiten ungeklärter finanzieller Absicherung auch langfristig Unterstützung für Young Carers gewährleisten zu können.

Berücksichtigung des schambesetzten Themas ‚Erkrankung‘.

Familien benötigen Zeit und, wenn möglich, auch Vermittler, die sie bei der Suche und Inanspruchnahme von Unterstützung begleiten. Die Familien haben einen verschlossenen Umgang mit ihren Problemen gelernt. Auch die Kinder vermeiden, über häusliche

I: „Und du hast früher immer alles erzählt, was deine Mutter hat?“

Florian: „Ja, und das mache ich jetzt gar nicht mehr“

I: „Warum machst du das jetzt nicht mehr?“

Florian: „Weil ich find das peinlich, weil dann weiß jeder, was meine Mutter hat und guckt sie immer an“

Probleme zu sprechen. Hier gilt es, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen, empathisch zu sein und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, um als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, sobald die Kinder oder die Familie dazu bereit sind.

Effektive, sensible und zeitlich flexible Unterstützung.

Angebote müssen flexibel an die örtlichen Gegebenheiten und an die Bedürfnisse der Kinder angepasst werden. Konzepte können Rahmenbedingungen liefern, die einen Spielraum für freie Ausgestaltung lassen. Jedes Kind und jede Familie bringt eigene Themen und Probleme, Verhaltensweisen und Bedürfnisse mit. Die Qualität von Beratung und Unterstützung liegt in der Flexibilität sowie der Bedürfnisorientierung. Prävention muss demnach an der kindlichen Erlebnisperspektive im Kontext altersabhängiger Entwicklungsaufgaben ausgerichtet sein.

Schwerpunkte der inhaltlichen Arbeit mit Kindern sollten neben der Verantwortungsentlastung durch kindgerechte Tätigkeiten und der psychoedukativen Krankheitskommunikation, vor allem die Förderung von Verarbeitungsstrategien mit dem Schwerpunkt auf emotionsorientierten Verarbeitungsstrategien darstellen. Die Gruppenarbeit stellt eine wirksame Methode zur Förderung dieser Ressourcen und zur Erhöhung des Selbstwertgefühls der Kinder dar. Infolgedessen kann das Risiko für auffällige Verhaltensweisen und stressbezogene Erkrankungen reduziert werden.

Die Evaluation von Praxisprojekten ist für eine langfristige Absicherung notwendig. Obgleich die Gegebenheiten der Praxis eine Umsetzung nicht immer wie im geplanten theoretischen Forschungsdesign zulassen, sollten Standards eingehalten und ggf. alternative Forschungsmethoden flexibel angepasst werden, um Nachhaltigkeit nachzuweisen und Leitlinien und Rahmenbedingungen für die Praxis zu schaffen. Anzustreben sind größere Stichproben durch die gemeinsame Evaluation mehrerer Young Carers Gruppen.

12.2 Implikationen für die Forschung

- ☞ Es werden **aktuelle, statistische Daten über Young Carers** benötigt. Angesichts der begrenzten Informationslage über Young Carers in Deutschland, mit Ausnahme der Forschung zu Kindern psychisch und suchtkranker Eltern, wirkt die Datenlage unzureichend. Nach qualitativen Forschungsarbeiten sollten nun quantitative Datenmengen erhoben werden, um sowohl einen statistischen Überblick über die nationale Situation zu erlangen, als auch um gewonnene Erkenntnisse empirisch zu überprüfen.

- ☞ **Wahrnehmung der Kinder als Experten ihrer Situation.** Obgleich die Forschung mit Kindern nicht ohne Risiken verläuft und auch in der Evaluation mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, soll der abschließende Appell an die Kindheitsforschung gerichtet werden. Ohne die Bedürfniserhebung mit den Kindern, ihre Aussagen, Wünsche und Bedürfnisse ist die Konzipierung von Präventionsangeboten nicht möglich. So ist im Rahmen qualitativer Sozialforschung der Partizipation der Kinder, bei denen die Prävention greifen soll, ein mindestens ebenso hoher Stellenwert beizumessen, wie den theoretischen Befunden aktueller Forschungsarbeiten. Die Kinder qualifizieren sich in den Befragungen als die eigentlichen Experten ihrer Lebenssituation.

“Young carers and their families are the experts on their own lives and as such must be fully informed and involved in the development and delivery of support services” (Frank & Slatcher, 2009, S.57)

12.3 Fazit

Untersuchungen zum Entwicklungsverlauf und der Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass Young Carers ein erhöhtes Risiko haben, selbst im Laufe ihres Lebens zu erkranken oder psychosomatische Symptome zu entwickeln. Die Folgen einer familiären Erkrankung für die Entwicklung eines Kindes sind psychische und Verhaltensauffälligkeiten. Demgegenüber stehen Resilienzstudien, die aufzeigen, dass Young Carers eine Reihe von Schutzfaktoren und Kompetenzen entwickeln. Für die Prävention und Gesundheitsförderung spielen diese personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren der Kinder eine wichtige Rolle. So signalisieren empirische Studien den Trend, dass Kinder kranker Eltern überwiegend stressvermehrende oder problemorientierte Verarbeitungsstrategien in stressauslösenden Situationen anwenden. Die Förderung von umfangreichen Verarbeitungsstrategien, insbesondere von günstigen emotionsorientierten Verarbeitungsstrategien, sollte aufgrund der unberechenbaren Situation einer familiären Erkrankung einen Schwerpunkt in der präventiven Arbeit mit den Kindern darstellen. Die Lage von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten für Young Carers, vor allem Projekte unabhängig von der familiären Erkrankung, ist in Deutschland jedoch defizitär. Die Forderung nach flächendeckender Prävention ist trotz langsam wachsender Aufmerksamkeit unzureichend. Eine Vielzahl von bestehenden Angeboten konzentriert sich auf nur eine familiäre Erkrankungsgruppe, insbesondere auf Kinder psychisch kranker Eltern. Wissenschaftliche Befunde belegen hingegen große Gemeinsamkeiten in Bezug auf Lebenssituation und Auswirkungen auf das spätere Leben der Kinder körperlich, psychisch, suchtkrank oder behin-

derter Eltern. Es sind nicht nur die Erkrankungen als solche, sondern vielmehr die krankheitsübergreifenden Faktoren, wie Risikofaktoren der Umgebung und des Kindes, die für die negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung verantwortlich sind. Genau hier kann und sollte Prävention ansetzen.

Das vorliegende Forschungs- und Praxisprojekt hatte zum Ziel, auf Grundlage einer Bedarfs- und Bedürfnisanalyse, ein Präventionsprojekt für Young Carers (krankheitsunspezifisch) zu konzipieren, dieses in einer Modellregion zu implementieren und zu evaluieren. Die Ergebnisse der Erhebungen belegen sowohl das Vorhandensein der Kinder als auch die Relevanz und konkrete Ideen für ein Unterstützungsangebot. Die Bedarfsanalyse mit den lokalen Fachkräften gibt nicht nur Aufschluss über wichtige fachspezifische, sondern auch umgebungsrelevante Themen. Neben der praktischen Unterstützung von Familien und Kindern gehört für die Experten ebenso die Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen zu den Grundpfeilern effektiver Präventionsarbeit. Ein weiteres Signal geht über Fachinstanzen hinaus an die Fürsorgepflicht der Gesellschaft sowie an die Verantwortung der Politik. Was trägt die Gesellschaft, ihr Denken und Handeln zu dem Dilemma bei, dass Young Carers kaum in den Fokus der Öffentlichkeit gelangen und kaum Unterstützung angeboten wird? Es gilt, diesen gesellschaftspolitischen Blick weiter anzuregen und Menschen zu sensibilisieren, hinzuschauen, zu kommunizieren und zu unterstützen. Durch die Bedarfserhebung mit Fachkräften der Modellregion wurden nicht nur wichtige Erkenntnisse über die Zielgruppe gewonnen, sondern gleichzeitig ein Sensibilisierungsprozess auf Fachebene angeregt. Somit konnte ebenso dem Ziel Rechnung getragen werden, einen Teil der Fachöffentlichkeit zu sensibilisieren, Informationsdefizite abzubauen und sie als Vermittler zu gewinnen, um Young Carers zu identifizieren.

Die Bedürfnisanalyse mit elf Young Carers aus der Region ist eine der ersten Erhebungen in Deutschland, die Young Carers, unabhängig von der Art der familiären Erkrankung, zu ihren Wünschen und Vorstellungen befragt. Die Befragung der betroffenen Kinder selbst liefert Erkenntnisse von besonderer Qualität, da sie aus „erster Hand“ direkt von den Kindern stammen. Die Ergebnisse belegen kindliche Wahrnehmungsmuster, ihre Gefühlswelten und Bedürfnisse für sich selbst und ihre Familien. Im Fokus stehen weniger die familiäre Erkrankung oder belastende Lebensereignisse. Vielmehr sind es die kleinen, scheinbar selbstverständlichen Dinge im Leben, die sich die befragten Kinder wünschen, wie z.B. Freizeit zum Spielen und für Freunde oder Gesundheit und Harmonie für die Familie. Die Kinder wünschen sich Normalität und ein kindgerechtes Aufwachsen. Dieses zu ermöglichen, den Kindern bei ihren Problemlagen zu helfen, sie in ihrer Wahrnehmung und im Umgang mit stressauslösenden Ereignissen zu unterstützen, altersangemessene Krankheitserklärung zu

bieten und Zeit für kindgerechte Tätigkeiten zu ermöglichen, sind Ziele der Gruppenarbeit von Young Carers Deutschland.

Neben den Modulen der Zusammenarbeit mit den Eltern sowie der Netzwerk- und Kooperationsarbeit lag der Schwerpunkt des Projektes YCD auf der praktischen Unterstützung der Kinder im Rahmen von Gruppenarbeiten. Das Präventionsprojekt richtete sich erstmals nicht an Kinder von Eltern mit einer ausgewählten Diagnose, sondern an Young Carers allgemein, die aufgrund ihrer ähnlichen Familienkonstellationen viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Evaluation der Kindergruppen belegt die Akzeptanz und eine zusagende Einschätzung der Kinder hinsichtlich der Gruppeninhalte. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf einen positiven Entwicklungstrend und wertvolle Erkenntnisse für die Implementierung eines ganzheitlichen Familienansatzes, wodurch die Kinder im Rahmen ihrer Familie unterstützt werden können. Durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse und die entsprechende Schwerpunktsetzung in der Gruppenarbeit, konnten Erfolge erzielt werden. Hervorzuheben ist die erhöhte Akzeptanz der Teilnehmer, die sich sowohl in den Fragebögen als auch in den qualitativen Rückmeldungen zeigte.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die vorliegenden Studien erste Informationen zur Planung und Durchführung eines Präventionsprogrammes für Young Carers in Deutschland bereitstellen. Den Zielen der Gruppenarbeit, Kinder zu entlasten, sie in ihren Problemlagen zu unterstützen und angemessene Aufklärung anzubieten, konnte Rechnung getragen werden. Es ist festzuhalten, dass im Rahmen dieses Praxis- und Forschungsprojektes erstmalig ein deutsches Präventionsprogramm für Young Carers, unabhängig ihrer familiären Erkrankung konzipiert, umgesetzt und evaluiert wurde.

Abschließend kann hervorgehoben werden, dass durch die Planung, Umsetzung und Evaluierung eines Präventionsangebotes für Young Carers in Deutschland eine Versorgungslücke in der Modellregion geschlossen werden konnte. Die Forschungsergebnisse leisten einen wichtigen Beitrag zur Literatur, da sie auf der einen Seite individuelle Meinungen der Kinder selbst wiedergeben und auf der anderen Seite erste Hinweise auf die Ergebnisevaluation bieten. Darüber hinaus fand eine Verknüpfung der Forschungsergebnisse mit einem Praxisprojekt in Form von Planung, Durchführung und Bewertung statt. Folglich soll dazu ermutigt werden, weitere Praxis- und Forschungsprojekte zum Thema in Angriff zu nehmen, offen zu sein und damit neue Möglichkeiten zu schaffen. Young Carers verdienen eine Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen.

Literaturverzeichnis

- Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. (1990). Children of mentally retarded parents. *American Journal of Diseases of Children (AJDC)*, 1, 69-70.
- Al-Bahrani, M., Aldhafri, S., Alkharusi, H., Kazem, A. & Alzubiadi, A. (2013). Age and gender differences in coping style across various problems: Omani adolescents' perspective. *Journal of Adolescence*, 36, 303–309.
- Aldridge, J. & Becker, S. (1993). *Children who care - inside the world of young carers*. Leicester, Department of Social Science, Loughborough University.
- Andresen, S. & Hurrelmann, K. (2010). *Kindheit*. Weinheim: Beltz.
- Arenz-Greiving, I. (2003). Das einzig zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – Kinder in Alkoholikerfamilien. Vortrag 2, *Fachtagung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*. Thema Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und Kinder leiden (S.37-43). Berlin, Deutschland, Dezember 2003.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Metastudie: Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern*. Münster: Bundesministerium für Gesundheit.
- Backhaus, O., Petermann, F. & Hampel, P. (2010). Effekte des Anti-Stress-Trainings in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 119-128.
- Baldruschat, N. & Geissner, E. (2003). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern. In KFH NW und Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), *Suchtfalle Familie?! Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter* (S.45-49). Tagungsdokumentation vom 20./21. Februar 2003 Köln.
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M. & Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness a risk for a psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics*, 48 (6), 476-481.
- Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W. & Freyberger, H. J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholabhängiger Eltern (CoAs). *Suchttherapie*, 2, 400-406.
- Becker, S., Aldridge, J. & Dearden, C. (1998). *Young carers and their families*. Oxford: Blackwell Science Ltd.

- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit* [Broschüre]. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beyer, A. & Lohaus, A. (2007): Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S.11-27). Göttingen: Hogrefe.
- Beywl, W. (2007). Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung* (S.92-116). Reinbek: Rowohlt.
- Bogner, A. & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung* (S.33-70). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methoden qualitativer Forschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Bohnsack, R. (2007). Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie. In R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.), *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung* (S.180-190). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Bohnsack, R., Przyborski, A. & Schäffer, B. (2010). Einleitung: Gruppendiskussion als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In R. Bohnsack, A. Przyborski & B. Schäffer (Hrsg.), *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis* (S.7-22). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bortz J. & Döring N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (2010). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Reinhardt Verlag.
- Bratek, A., Beil, J., Banach, M., Jarzabek, K. & Krysta, K. (2013). The impact of family environment on the development of alcohol dependence. *Psychiatria Danubina*, 25 (2), 74-77.

- Bröning, S., Moesgen, D., Wartberg, L., Haevelmann, A., Keller, K., Wiedow, A., Kindermann, S.-S., Klein, M. & Thomasius, R. (2012a). *Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Hamburg: Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters.
- Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S.-S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2012b). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: a randomized controlled trial - design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, 12, 223 (1).
- Cassidy, T. & Giles, M. (2013). Further exploration of the young carers perceived stress scale: identifying a benefit-finding dimension. *British Journal of Health Psychology*, 18, 642-655.
- Christiansen, H., Mattejat, F. & Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern – ein metaanalytisch fundierter Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung* (S.458-481). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Clarkson, K., Frank, J. & Lucantoni, L. (2006). *Emotional support for young carers*. Children's Society.
- Coren, E., Hutchfiels, J., Thomae, M. & Gustasson, C. (2010). Parent training support for intellectually disabled parents. *Campbell Systematic Reviews*, 3.
- Coyle, L. D. & Vera, E. M. (2013). Uncontrollable stress, coping, and subjective well-being in urban adolescents. *Journal of Youth Studies*, 16 (3), 391-403.
- Dearden, C. & Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 report*. London: Carers UK.
- Delfos, M. (2010). *“Sag mir mal...” Gesprächsführung mit Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2006). *Drogenabhängigkeit* (Band 1) [Broschüre]. Hamm: Suchtmedizinische Reihe.
- Dietz, B. (1995). Kinder und Jugendliche in der häuslichen Pflege. Aspekte einer bislang häufig übersehen Pflegebeziehung. *Spiegel der Forschung*, 94 (2), 37-41.

- Drake, R. E. & Vaillant, G. E. (1988). Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 799 – 807.
- Dunbar, J. P., McKee, L., Rakow, A., Watson, K.H., Forehand, R. & Compas, B. E. (2013). Coping, negative cognitive style and depressive symptoms in children of depressed parents. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (1), 18-28.
- Ehrenfried, T., Heinzelmann, C., Kähni, J. & Mayer, R. (2001). *Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker*. Balin.
- Ehrenfried, T. & Mayer, R. (2001). „Seelisches Bodybuilding“ – Präventive ambulante Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. In M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken* (S.113-127). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In T. Millon & M. J. Lerner (Hrsg.), *Comprehensive handbook of psychology, Nr. 5, Personality and Social Psychology* (S.159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Escher, F. & Seiffge-Krenke, I. (2013). Coping mit Alltagsstress in verschiedenen Problembereichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(5), 295-307.
- Faureholm, J. (1995). Elternschaft geistig behinderter Menschen in Dänemark. *Vortrag 7 (S.88-97), Dokumentation einer Fachtagung der Universität Bremen zur Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung*. Bremen, Deutschland, März 1995.
- Feldman, A. A., Case, L., Towns, F. & Betel, J. (1985). Parent Education Project 1: development and nurturance of children of mentally retarded parents. *American Journal of Mental Deficiency*, 90 (3), 253-258.
- Filipp, S. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fives, A., Kennan, D., Canavan, J., Brady, B. & Cairns, D. (2010). *If I can make their life a little easier, then I'm happy: study of young carers in the Irish population*. Dublin: Stationary Office.

- Flick, U. (2006). Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung* (S.9-29). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung Eine Einführung* (1.Aufl. der Neuauflage). Reinbek: Rowohlt.
- Frank, J. (1995). *Couldn't care more. A study of young carers and their needs*. London: Children's Society.
- Frank, J. (2002). *Making it work Good practice with young carers and their families*. London: Princess Royal trust & Children's Society.
- Frank, J. & McLarnon, J. (2008). *Young carers, parents and their families: key principles of practice*. London: Children's Society.
- Frank, J. & Slatcher, C. (2009). Supporting young carers and their families using a whole family approach: children and young people who act as carers of family members are often isolated and unsupported. Jenny Frank and Christine Slatcher discuss best practice and useful resources for helping this vulnerable group. *Journal of Family Healthcare* 19 (3), 86-89.
- Fuchs, W., Martens, M.-S. & Vertheim, U. (2008). Opiatabhängige Eltern mit minderjährigen Kindern - Lebenssituation und Risikoindikatoren. *Suchttherapie*, 9,130-135.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- große Schlarmann, J., Metzging-Blau, S. & Schnepf, W. (2011a). Implementing and evaluating the first German young-carers project: intentions, pitfalls and the need for piloting complex. *Open Nursing Journal*, 5, 38-44.
- große Schlarmann, J., Metzging, S., Schoppmann, S. & Schnepf, W. (2011b). Germany's first young carers project's impact on the children: relieving the entire family. A qualitative evaluation. *Open Nurse Journal*, 5, 86-94.
- große Schlarmann, J. (2011c). *Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines familienorientiertes Hilfsangebotes für Kinder kranker Eltern*. Dissertation, Universität Witten/ Herdecke.
- Grunert, C. & Krüger, H.-H. (2006). *Kindheit und Kindheitsforschung in Deutschland – Forschungsgänge und Lebenslagen*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

- Haevelmann, A., Bröning, S., Klein, M., Moesgen, D., Wartberg, L. & Thomasius, R. (2013). Empirische Qualitätssicherung in der Evaluation des Gruppenangebots „Trampolin“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Suchttherapie*, 14, 128-134.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2003). *Anti-Stress-Training für Kinder*. (2.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38, 409-415.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *SVF-KJ: Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, P., Kümmel, U., Meier, M., Desman, C. & Dickow, B. (2005). Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 87-103.
- Härter, M. (2003). Psychische Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen. In U. Koch & S. Pawils-Lecher (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin zugleich 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung* (S.29-30). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Heinzel, F. (2003). Methoden der Kindheitsforschung – Probleme und Lösungsansätze. In A. Prengel (Hrsg.), *Im Interesse von Kindern? Forschungs- und Handlungsperspektiven in Pädagogik und Kinderpolitik* (S.123-130). Weinheim und München: Juventa.
- Hildebrandt H. A. (2006). *Sucht und Entfremdung Sozialpsychologie des zwanghaften Drogengebrauchs und seiner gruppenspezifischen Behandlung am Beispiel einer Gruppe männlicher Alkoholiker*. Dissertation. Universität Kassel.
- Hondrich, K. O. (1975). *Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung*. Reinbek: Rowohlt.
- Hunt, G., Levin, C. & Naiditch, L. (2005). *Young caregivers in the U.S. findings from a national survey*. Bethesda, Maryland: National alliance for caregiving and united hospital Fund.

- Jeske, J., Bullinger, M., Plass, A., Petermann, F. & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 57 (3), 207-213.
- Jordan, S. (2010). Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. *Bundesgesundheitsblatt*. 53, 340-346.
- Jungbauer, J. & Lenz, A. (2008). Psychische Krankheit, Partnerschaft und Elternschaft: Perspektiven für Forschung und Praxis. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S.7-35). Tübingen: dgvt.
- Kaluza, G. (2003). Stress. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung Diagnostik und Prävention* (S.339-362). Göttingen: Hogrefe.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Edwards, A., Hickman, M., Heron, J., Macleod, J., Lewin, G. & Dick, D. M. (2013). Dimensions of parental Alcohol use/ problems and offspring temperament, externalizing behaviors, and alcohol use/ problems. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 37 (12), 2118-2127.
- Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien - Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In M. Klein, A. Pauly & T. Hoff (Hrsg.), *Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung* (Band 1). Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (2008a). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren - Risiken Prävention Hilfen* (S.114-127). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2008b). Kinder drogenabhängiger Eltern. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S.128-139). Stuttgart: Schattauer.
- Klein-Heßling, J. (1997). *Stressbewältigungstrainings für Kinder: Eine Evaluation*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). *Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kolip, P. & Altgeld, T. (2007). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S.41–50). Bern: Hans Huber.

- Konrad, K. (2010). Lautes Denken. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung* (S.476-490). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kötter, C., Stemmler, M., Bühler, A. & Lösel, F. (2010). Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 109-118.
- Krebs, J. (2011). *Kinder kranker Eltern: Wenn Kinder ihre Eltern pflegen und unterstützen müssen – Entwicklungsrisiken und –chancen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Fachhochschule Kiel.
- Krueger, R. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research* (2.Aufl.). London: Thousand Oaks.
- Kuhn, J., Lenz, A. & Jungbauer, J. (2011). Stressbewältigung bei Kindern schizophrener erkrankter Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung* (S.299-314). Göttingen Vadenhoeck & Ruprecht.
- Kukartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Langlois, K. A. & Garner, R. (2013). Trajectories of psychological distress among Canadian adults who experienced parental addiction in childhood. *Statistics Canada Health Reports*, 24 (3), 14-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S.213-260). Bern: Huber.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2008). Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In F. Mattejat & B. Lisofski (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern Kinder psychisch Kranker* (S.96-105). Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.

- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz-Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung* (S.269-289). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S.31–40). Bern: Hans Huber.
- Lewin, F. M., Ellison, E. S. & Woods, N. F. (1986). The impact of breast cancer on the family. *Seminars in Oncology Nursing*, 1, 206-213.
- Lewis, F. M., Woods, N. F., Hough, E. E. & Bensley, L. S. (1989). The family's functioning with chronic illness in the mother: the spouse's perspective. *Social Science in Medicine*, 29, 1261-1269.
- Lohaus, A. (1998). Begriffe von Krankheit und Gesundheit bei Kindern. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie* (S.599-612). Bern: Huber.
- Lohaus, A. (2013). Kindliche Krankheitskonzepte: In M. Pinquart (Hrsg.), *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind* (S.17-32). Berlin: Springer.
- Lohaus, A., Domsch, H. & Fridici, M. (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*. Heidelberg: Springer.
- Lohaus, A. & Klein-Heßling, J. (2001). Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter: Befunde, Diagnostik und Intervention. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 148-160.
- Lynch, E. W. & Bakley, S. (1989). Serving young children whose parents are mentally Retarded. *Infants and Young Children*, 1 (3), 26-38.
- Mack, B. & Tampe Mai, K. (2010). Konzeption, Diskussionsleitfaden und Stimuli einer Fokusgruppe am Beispiel eines BMU-Projekts zur Entwicklung von Smart Meter Interfaces und begleitenden einführenden Maßnahmen zur optimalen Förderung des Stromsparens im Haushalt. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Kon-*

- zeption bis zur Auswertung (S.49-65). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mägdefrau, J. (2006). *Bedürfnisse und Pädagogik - Eine Untersuchung an Hauptschulen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhard.
- Maslow, A. (2008). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Mattejat, F., Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung*. (S.13-24). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F. & Lisofski, B. (2008). *Nicht von schlechten Eltern Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Mattner, D. (2008). Geistige Behinderung in der gesellschaftlichen Blickperspektive. In T. Mesdag & C. Gaedt (Hrsg.), *Phänomen geistige Behinderung: Ein psychodynamischer Verstehensansatz* (S.15-26). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E.v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S.468-475). Reinbek: Rowohlt.
- McAndrew, S., Warne, T., Fallon, D. & Moran, P. (2012). Young, gifted, and caring: a project narrative of young carers, their mental health, and getting them involved in education, research and practice. *International Journal of Mental Health, 21*, 12-19.
- Mesdag, T. & Pforr, U. (2008). Editorial. In T. Mesdag & C. Gaedt (Hrsg.), *Phänomen geistige Behinderung: Ein psychodynamischer Verstehensansatz* (S.7-13). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Metzing, S. (2007). *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige Erleben und Gestalten familiärer Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Metzing-Blau, S., große Schlarmann, J. & Schnepf, W. (2009). Herausforderungen für die Entwicklung evidenzbasierter Pflege-Interventionen am Beispiel der

- Konzeption eines Hilfsangebots für pflegende Kinder und ihre Familien. *Pflege & Gesellschaft*, 14 (2),124-138.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur Qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung* (S.71-94). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielke, H. & Gutknecht, S. (2012). *Kinder suchtkranker Eltern*. Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg.). Berlin.
- Möller, B., Krattenmacher, T. & Romer, G. (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psycho-soziale Unterstützungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 19 (2), 69-82.
- Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Kainbacher, M., Koller, M. & Mayer, H. (2012). *Kinder und Jugendliche als Pflegende Angehörige Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder in Österreich*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.). Universität Wien.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nentwig-Gesemann I. (2007). Dokumentarische Evaluationsforschung. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung* (S.159-183). Reinbek: Rowohlt.
- Olk, T. (2003). Kindheit im Wandel. Eine neue Sicht auf Kindheit und Kinder und ihre Konsequenzen für die Kindheitsforschung. In A. Prengel (Hrsg.), *Im Interesse von Kindern? Forschungs- und Handlungsperspektiven in Pädagogik und Kinderpolitik* (S.103-121). Weinheim: Juventa.
- Opp, G. (2003). Im Dunstkreis der Sucht. Was Kinder suchtkranker Eltern stärkt. Vortrag 3, *Fachtagung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*. Thema Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und Kinder leiden (S.37-43). Berlin, Deutschland, Dezember 2003.
- Papastefanou, C. (2013). Krisen und Belastungen, Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In C. Papastefanou (Hrsg.), *Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen* (S.21-38). Stuttgart: Kohlhammer.

- Paschen, B., Saha, R., Baldus, C., Haagen, M., Pott, M., Probst, P. & Romer, G. (2007). Evaluation eines präventiven Beratungskonzeptes für Kinder körperlich kranker Eltern. *Psychotherapeut*, 52 (4), 265-272.
- Pfarr, U. (2008). Wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung Eltern werden. In T. Mesdag & C. Gaedt (Hrsg.), *Phänomen geistige Behinderung: ein psychodynamischer Verstehensansatz* (S.203-217). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Philipp-Metzen, H. E. (2011). Die Enkelgeneration in der familialen Pflege bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (6), 397-404.
- Piaget, J. (1988). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. München: Kindler.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1993). *Die Psychologie des Kindes*. München: Klett-Cotta / dtv.
- Pinquart, M., Schwarzer, G. & Zimmermann, P. (2011). *Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Pixa-Kettner, U. (1995). Das Forschungsprojekt Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. In U. Pixa-Kettner, S. Bargfrede & I. Blanken (Hrsg.), Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag 1 (S.13-23), *Dokumentation einer Fachtagung der Universität Bremen zur Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung*. Bremen, Deutschland, März 1995.
- Pixa-Kettner, U. (1998). Ein Stück Normalität - Eltern mit geistiger Behinderung – Ergebnisse einer Follow-Up Studie. *Behindertenpädagogik*, 37 (2), 118-138.
- Pixa-Kettner, U. (2003). Begleitung von Eltern, die in ihrer geistigen Entwicklung beeinträchtigt sind – Situation und Handlungsbedarf. Vortrag 1, Fachworkshop des Vereins MOBILE – Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V.. Dortmund, Deutschland, November 2002.
- Pixa-Kettner, U. (Hrsg.). (2008). *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (2.Aufl.). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.
- Pott, M., Haagen, M., Baldus, C., Saha, R. & Romer, G. (2005). Wenn Mütter an Krebs erkranken: Seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 127 (3), 114-119.

- Prangenberg, M. (2002). *Zur Lebenssituation von Kindern, deren Eltern als geistig behindert gelten*. Dissertation, Universität Bremen.
- Prangenberg, M. (2008a). Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (S.25-50). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Prangenberg, M. (2008b). Erwachsene Kinder von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (S.197-218). Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Pregel, A. (2009). Einleitung: Forschen und handeln im Interesse von Kindern. In A. Pregel (Hrsg.), *Im Interesse von Kindern? Forschungs- und Handlungsperspektiven in Pädagogik und Kinderpolitik* (S.11-20). Weinheim und München: Juventa.
- Quinten, C. & Klein, M. (2002). Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. *Suchttherapie*, 3, 233-240.
- Reinders, H. (2008). Persons with disabilities as parents: What is the problem? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 308-314.
- Reinisch, A., Heitmann, D. & Griepenstroh, J. (2011). Präventionsangebote und Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland – ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung* (S.62-83). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Riedesser, P. & Schulte-Markwort, M. (1999). Kinder körperlich kranker Eltern. Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention. *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (38), 2353-2357.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2007). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein* [Broschüre]. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen* [Broschüre]. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Broschüre]. RKI, Berlin. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/chronisches_kranksein.pdf?__blob=publicationFile [18.02.2014].
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2013). *Krebs in Deutschland (2009/2010)* [Broschüre]. 9. Ausgabe. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Berlin.
- Romer, G. (2006). *Kinder körperlich kranker Eltern: Studien zum Bedarf seelischer Gesundheitsvorsorge sowie zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation innovativer psychosozialer Interventionen bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikogruppe*. Kumulative Habilitationsschrift, Universität Hamburg.
- Romer, G. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (10), 870-890.
- Romer, G. & Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Romer, G., Haagen, M., Baldus, C., Saha, R. & Riedesser, P. (2005). Kinder körperlich kranker Eltern: Seelische Anpassungsprozess an eine chronische Belastungssituation und präventiver Handlungsbedarf. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 3, 82-95.
- Romer, G., Möller, B. & Wiegand-Grefe, S. (2011). „Wenn Eltern zerstörbar werden...“ Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern Klinik und Forschung* (S.27-43). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57 (3), 140-144.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

- Sanders, D. (2008). Risiko- und Schutzfaktoren im Leben der Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (2. Aufl., S.161-196). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Schreier, M. & Odağ, Ö. (2010). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S.263-277). Wiesbaden: VS Verlag Sozialwissenschaften.
- Schulz, M., Mack, B. & Renn, O. (2010). Zusammenfassung. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S.207-209). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scovdal, M. & Ogutu, V. O. (2009). "I washed and fed my mother before going to school": understanding the psychosocial well-being of children providing chronic care for adults affected by HIV/AIDS in Western Kenya. *Globalization and Health*, 5 (8), 1-10.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: More similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16, 285-303.
- Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern – Belastung, Bewältigung und biographische Identität. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S.157-196). Tübingen: dgvt.
- Sparenberg, S. (2001). Geistige Behinderung und elterliche Kompetenz. *Geistige Behinderung*, 2, 111-124.
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M. & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 72-81.
- Staets, S. (2008). Vorbeugung ist wichtig, KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt In F. Mattejat & B. Lisofski (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern Kinder psychisch Kranker* (S.164-181). Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012a). Haushalte und Familien. Familien mit minderjährigen Kindern 2012. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/FamilienKindern.html> [18.02.2014].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012b). 7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland (Pressemitteilung Nr. 324 vom 18.09.2012). URL:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/09/PD12_324_227.html [25.05.2014].

Stavenow, K. M. (2001). *Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils – eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtigen Eltern*. Dissertation, Universität Hamburg.

Steinke, I. (2007). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E.v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, (5.Aufl., S.319-331). Reinbek: Rowohlt.

Sting, S. & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Strack, F., Martin, L. L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: a non-obtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 768-777.

Svanberg, E., Stott, J. & Spector, A. (2010). 'Just helping': children living with a parent with young onset dementia. *Aging & Mental Health*, 14 (6), 740-751.

Trautmann, T. (2010): *Interviews mit Kindern. Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tretter F. (2012). *Suchtmedizin kompakt Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Tröster, H. (2005). Chronische Krankheiten. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (2), 63-68.

Tröster, H. (2013). Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In M. Pinquart (Hrsg.), *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind* (S.101-118). Berlin: Springer Medizin.

Ulrich, J., Stopsack, M. & Barnow, S. (2010). Risiko- und Resilienzfaktoren von adoleszenten Kindern alkoholkranker Eltern. Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 5 (1), 47-61.

Vidal, S. I., Vandeleur, C., Rothen, S., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Halfron, O., Aubry, J.-M., Ferrero, F. & Preisig, M. (2012). Risk of mental disorders in

- children if parents with alcohol or heroin dependence: a controlled high-risk study. *European Addiction Research*, 18, 523-264.
- Waldron, M., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Slutske, W. S., Glowinski, A. L., Henders, A., Statham, D. J., Martin, N. G. & Heath, A. C. (2014). Parental separation and early substance involvement: results from children of alcoholic and cannabis dependent twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 78-84.
- Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waters, S. F. & Thompson, R. A. (2014). Children's perceptions of the effectiveness of strategies for regulating anger and sadness. *International Journal of Behavioral Development*, 38 (2), 174-181.
- Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch noch eine Chance: Hoffnung für die Alkoholiker-Familie*. Wilberg: Verlag Mona Bögner-Kafmann.
- Werther, F. & Hennicke, K. (2008). Der Versuch einer *Bestandsaufnahme*. *Psychotherapie im Dialog*, 9, 117-124.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plass, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009a). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18 (2), 111-121.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Rosenthal, S. & Plass, A. (2009b). Kinder psychisch kranker Eltern - Risiko, Resilienz und Prävention Children of mentally ill parents. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde*, 31, 161-168.
- Wiegand-Grefe, S., Cronemeyer, B., Halverscheid, S., Redlich, A. & Petermann, F. (2013a). Krankheitsbewältigung psychisch kranker Eltern und psychische Auffälligkeit ihrer Kinder im Fokus einer manualisierten Familienintervention. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61 (1), 51-58.
- Wiegand-Grefe, S., Cronemeyer, B., Plass, A., Schulte-Markwort, M. & Petermann, F. (2013b). Psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Perspektivenvergleich. *Kindheit und Entwicklung*, 22 (1), 31-40.

- Willems, D. L., De Vries, J.-N., Isarin, J. & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: an explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 537–544.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S.227-255). Weinheim: Beltz.
- Wohlgesinger, C. (2007). *Unerhörter Kinderwunsch Die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Betrachtung aus sonderpädagogisch-ethischer Perspektive* Luzern: SZH/CSPS.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance abusing families. *Substance abuse*, 42, 415-429.
- World Health Organization (WHO), (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [02.06.2014].
- World Health Organization (WHO), (Hrsg.) (2011). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. URL:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283eng.pdf?ua=1> [18.02.2014].
- Wunderer, S. (2008). Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In F. Mattejat & B. Lisofski (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern Kinder psychisch Kranker* (S.123-138). Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Wüthrich, C., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 141-146.
- Zhang, L., Li, X., Kaljee, L., Fang, X., Lin, X., Zhao, G., Zhao, J. & Hong, Y. (2009). 'I felt I have grown up as an adult': caregiving experience of children affected by HIV/AIDS in China. *Child: Care, Health and Development*, 35 (4), 542-550.
- Zinnecker, J. & Silbereisen, R. K. (1996). *Kindheit in Deutschland*. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -Chancen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zwick, M. M. & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projektes „Übergewicht Adipositas bei Kindern,

Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S.24-48). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Internetquellen

Children's Society (2013). Hidden from view: the experiences of young carers in England. Children's Society (Hrsg.) URL: http://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/hidden_from_view_-_final.pdf [27.01.2014].

Sand van de, T., Quinten, C. & Zobel, M. (2004). „Mein Kind hat nie etwas gemerkt!“ Selbstbeschreibung alkoholabhängiger Eltern und Verhaltensbeobachtungen ihres Umgangs mit dem Kind. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Sucht macht krank! – von der Akutmedizin zum Disease-Management* (S.144-164). URL: http://www.sucht.de/fachthemen/kinder/sand_mein_kind_2004.pdf. [13.09.2013].

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Social Research*, 1 (1) 22. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [16.03.2012].

Anhang

Anhang: Studieninstrumente

- A) Interviewleitfaden der Bedürfnisanalyse
- B) Ablaufmodell der Bedürfnisanalyse
- C) Analyseschritte der Auswertung (Bedürfniserhebung mit Kindern)
- D) Interviewleitfaden der Evaluation
- E) Kurzfragebogen der Prozessanalyse
- F) Ankerbeispiele der Bedürfniserhebung
- G) Ankerbeispiele der Evaluation
- H) Themeninhalte der Fragebögen zur Prozessqualität
- I) Stimuli der Evaluation

Anhang: Projektmaterialien

- J) Young Carers Spiele-Reader
- K) Informationsmaterial für Young Carers
- L) Beispiel eines Arbeitsblattes
- M) Vertrag für die Teilnahme

Anhang: Interviews

- N) Digitalisierte Interviews auf beigefügter DC Rom

Anhang: Studieninstrumente

A) Interviewleitfaden der Bedürfnisanalyse

- ‚Small talk‘, Vertrauensbasis schaffen
*Wie war die Schule? In welche Klasse gehst du? Lieblingsfach?
Sollen wir etwas zusammen machen, um uns ein bisschen aneinander zu gewöhnen?*
- Einstieg Interview
Schau, dies ist ein Interview, so ähnlich wie das, was Journalisten machen, ein Fragegespräch, um dahinter zu kommen, was du über etwas denkst. Ich weiß, wie ich Fragen stellen muss und du weißt, was du davon hältst, und genau das will ich wissen. Bevor wir mit der eigentlichen Gruppe anfangen, führe ich mit jedem Kind vorher ein Interview, um herauszufinden, wie es dir geht, was du gerne machst und um Anregungen für die Gruppenarbeit zu erhalten.
- Bitte um Erlaubnis zur Aufnahme des Gesprächs auf Diktiergerät
Ich kann das Gesagte nicht so schnell mitschreiben, daher möchte ich das Interview gerne auf Tonband aufnehmen.
- Auskunft über Datenverwendung und Anonymisierung
Am Ende habe ich von allen Kindern Ideen gesammelt, mit denen ich dann arbeite. Aber keine Sorge, man kann am Schluss nicht mehr erkennen, wer was genau gesagt hat. Dadurch kannst du ganz offen und ehrlich sein.
- Fragen und Verständlichkeit
(Pause) Hast du noch Fragen? Wenn dir irgendetwas unklar ist oder du eine Frage nicht richtig verstanden hast, kannst du immer nachfragen.
- Themeneinführung
*Ich möchte gern deine eigene Meinung hören. Alles was du sagst, ist in Ordnung, wenn es nur das ist, was du wirklich denkst. Es gibt auf die Fragen kein „richtig“ oder „falsch“! Mich interessiert nur deine Meinung, daher kannst du ganz frei erzählen.
Mich interessiert zum Beispiel was du nach der Schule, in deiner Freizeit gerne machst.*

1. Einstieg

Ich möchte zu Beginn etwas über dich erfahren, was du gerne magst und spielst.

- Was machst du gern in deiner Freizeit? Was spielst du gern?
- Erzähl mir doch mal, was du gern mit Freunden spielst
- Und was machst/ spielst du gern, wenn du alleine bist?
- Was interessiert dich besonders? Lieblingsspiele?

2. Familie

Ich habe mich auch schon mit deiner Mama unterhalten. Mich interessiert aber vor allem deine Sicht über deine Familie.

- Wie sieht deine Familie aus, wer gehört alles dazu?
- Welche Besonderheiten gibt es?
- Mich interessiert, was du zu Hause so alles machst (Haushalt, Aufgaben):
 - Was nervt / ärgert dich an deinen Eltern?
 - Was machst du, wenn Mama mit dir schimpft?

3. Kind selbst

Mama hat mir schon erzählt, dass es ihr manchmal nicht so gut geht bzw. dass sie krank ist. Mich interessiert vor allem, was du darüber denkst.

- Woran erkennst du, dass es Mama / Papa nicht so gut geht?
- Was machst du in diesen Situationen?
- Was hilft dir dann am besten, wenn es dir nicht gut geht?

4. Gruppe

Wir möchten mit den Kindern in der Gruppe viel Spaß haben und wir möchten auch lernen, wie wir mit stressigen Situationen umgehen. Dafür machen wir kleine Spiele, z.B. Rollenspiele, Ratespiele, Pantomime, Malen oder ich erzähle eine Geschichte.

- Was meinst du dazu?
- Erzähl mal, was du gern bei uns spielen / machen möchtest?
- Was möchtest du noch besser können oder lernen?

5. Abschluss

Stell dir vor, du darfst für einen Tag ein Tier sein, welches Tier wärst du?

- Warum gerade dieses Tier?
- Was machst du dann als ...?

Stell dir vor, du triffst eine Fee, die drei Wünsche für dich hat.

- 1. Wunsch für die Gruppe
- 2. Wunsch für die Familie
- 3. Wunsch für dich selbst

Was wünschst du dir?

→ Gibt es noch etwas, was du erzählen möchtest und wichtig findest, wonach ich nicht gefragt habe?

B) Ablaufmodell der Bedürfnisanalyse

Bestimmung des Ausgangsmaterials

1. Festlegung des Materials

- Stichprobe / Grundgesamtheit
 - Kinder kranker Eltern im Alter von 6 – 18 Jahren aus der Modellregion
- Auswahl der Kinder
 - erfolgte über „Gatekeeper“: Fachkräfte der Region Bad Bramstedt (Jugendamt, Beratungsstellen, Lehrer, Schulsozialarbeiter, Pflegedienste, Familienhelfer, ATS (ambulante teilstationäre Suchthilfe) und Ehrenamtliche
 - Ansprache, Öffentlichkeitsarbeit, Projektvorstellung

2. Analyse der Entstehungssituation

Die Interviewerin nimmt die Auswertung und die Verschriftlichung der der wissenschaftlichen Arbeit vor. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Alle Interviews wurden im Gruppenraum von „Young Carers Deutschland“ geführt. Nach einer ersten Kennenlernphase, in der die Interviewerin und das Kind spielen oder malen, wird ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Bei den Interviews handelt es sich um halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews.

3. Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mit Tonband aufgenommen und daraufhin transkribiert Die Interpretationsregeln orientieren sich an den Regeln der Universität Flensburg. Die Interviews dauerten 20 – 60 Min.

Fragestellung der Analyse

1. Richtung der Analyse

In dieser Analyse soll eruiert werden, ob es einen Unterstützungsbedarf von Young Carers in der Modellregion gibt und welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen an ein Präventionsangebot bestehen. Weiterhin sollen die Interviewteilnehmer dazu angeregt werden, über ihre gegenwärtige Situation, ihr Befinden, Handlungsmuster zur Bewältigung von schwierigen Situationen, ihre Vorstellungen und Erwartungen bezüglich eines Unterstützungsangebotes nachzudenken und zu berichten. Außerdem soll das Wissen über die elterliche Erkrankung während des Gespräches betrachtet werden.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Aktuelle Studien bestätigen den Bedarf von Unterstützungsprojekten für Young Carers. Zahlreiche Belastungsfaktoren durch Verantwortungsübernahme, Haushaltstätigkeiten und pflegerische Tätigkeiten werden in der Fachliteratur bestätigt. Kinder stellen eigene Bedürfnisse zurück und vernachlässigen kindgerechte Tätigkeiten, Schule und soziale Kontakte. Negative Folgen für die psychosoziale Entwicklung der Kinder sind nicht auszuschließen. Es fehlt an aktueller Forschung zu den Bedürfnissen und Wünschen der Kinder selbst sowie ihre Wahrnehmung der belastenden Situation in Deutschland.

Fragestellungen

1. Gibt es den Bedarf eines Unterstützungsangebotes für Young Carers in der Modellregion und wie können betroffene Kinder identifiziert und erreicht werden?
 2. Welche Wünsche und Erwartungen bestehen an ein Unterstützungsangebot?
-

Erkrankung der Eltern

- a) Wie empfinden die Kinder die Erkrankung ihrer Mutter / ihres Vater?
- b) Was für Stressverarbeitungsstrategien zeigen die Kinder?
- c) Wie verhalten sich die Kinder in stressigen Situationen?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Kinder kranker Eltern:

- a) für sich selbst?
- b) für ihre Familie?
- c) an ein Unterstützungsangebot?

Ablaufmodell der Analyse

Festlegung des Materials

Stichprobe: Young Carers
zwischen 6 -18 Jahren



Analyse der Entstehungssituation

Leitfadeninterviews im Gruppenraum



Formale Charakteristika

Transkribierter Text, ca. 20 – 60
Minuten pro Interviewteilnehmer



Richtung der Analyse

Entwicklung der Kinder / Handlungskompetenzen, Verarbeitungsmethoden /
Bedürfnisse / Wünsche, Erwartungen an Gruppe / eigene Ideen / Aussagen
über häusliche Situation / Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung



Theoretische Differenzierung der Fragestellung

(Siehe oben)

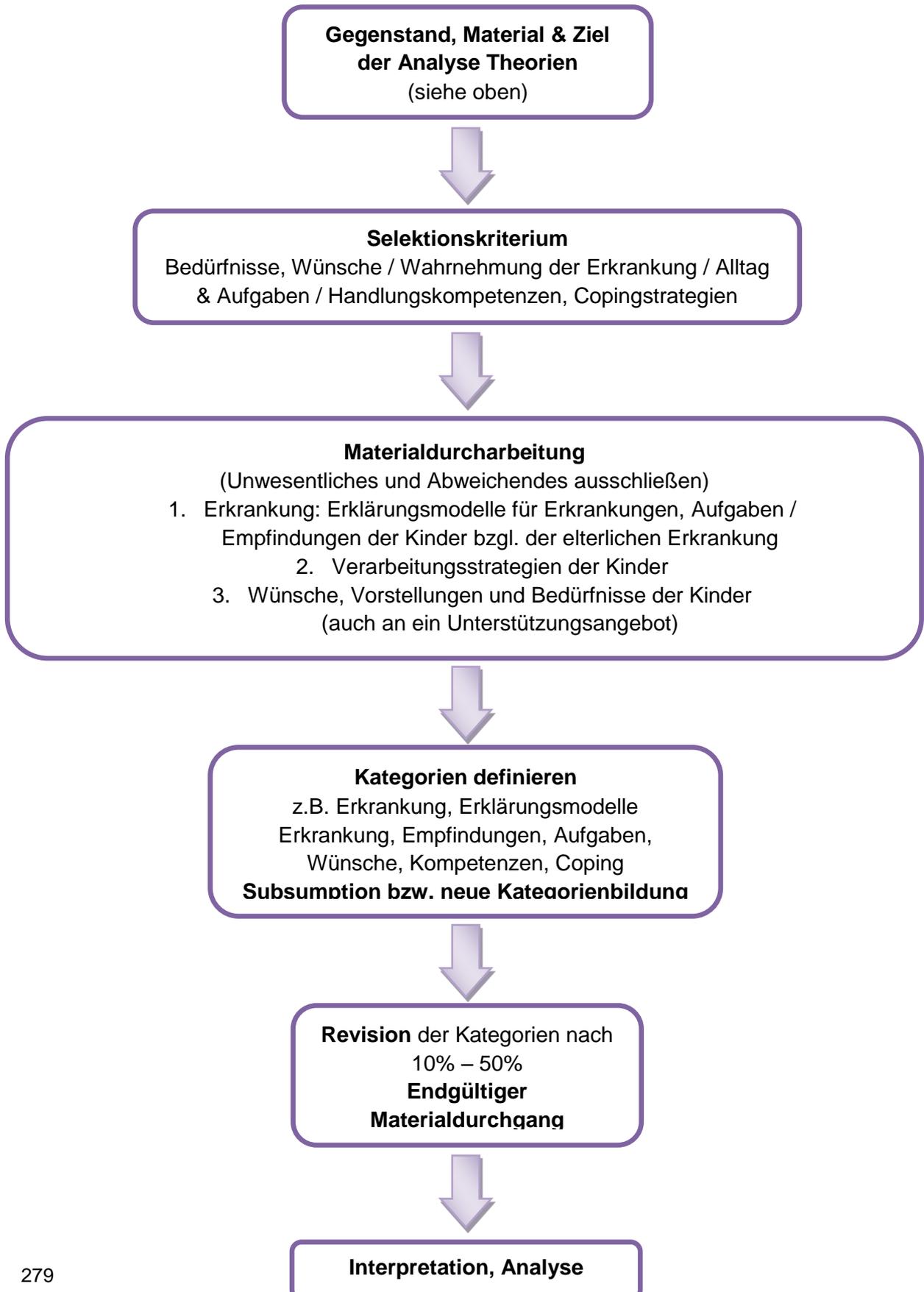


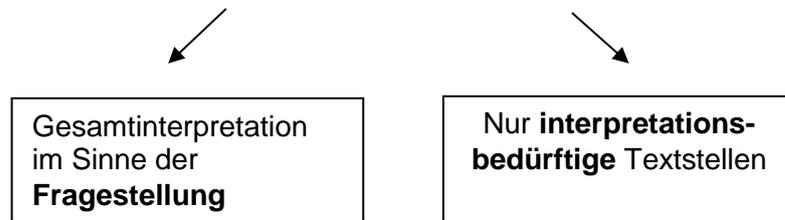
Analysetechnik

1. Induktive Kategorienbildung
2. Explikation

Konkretes Prozessmodell: 1. Induktive Kategorienbildung

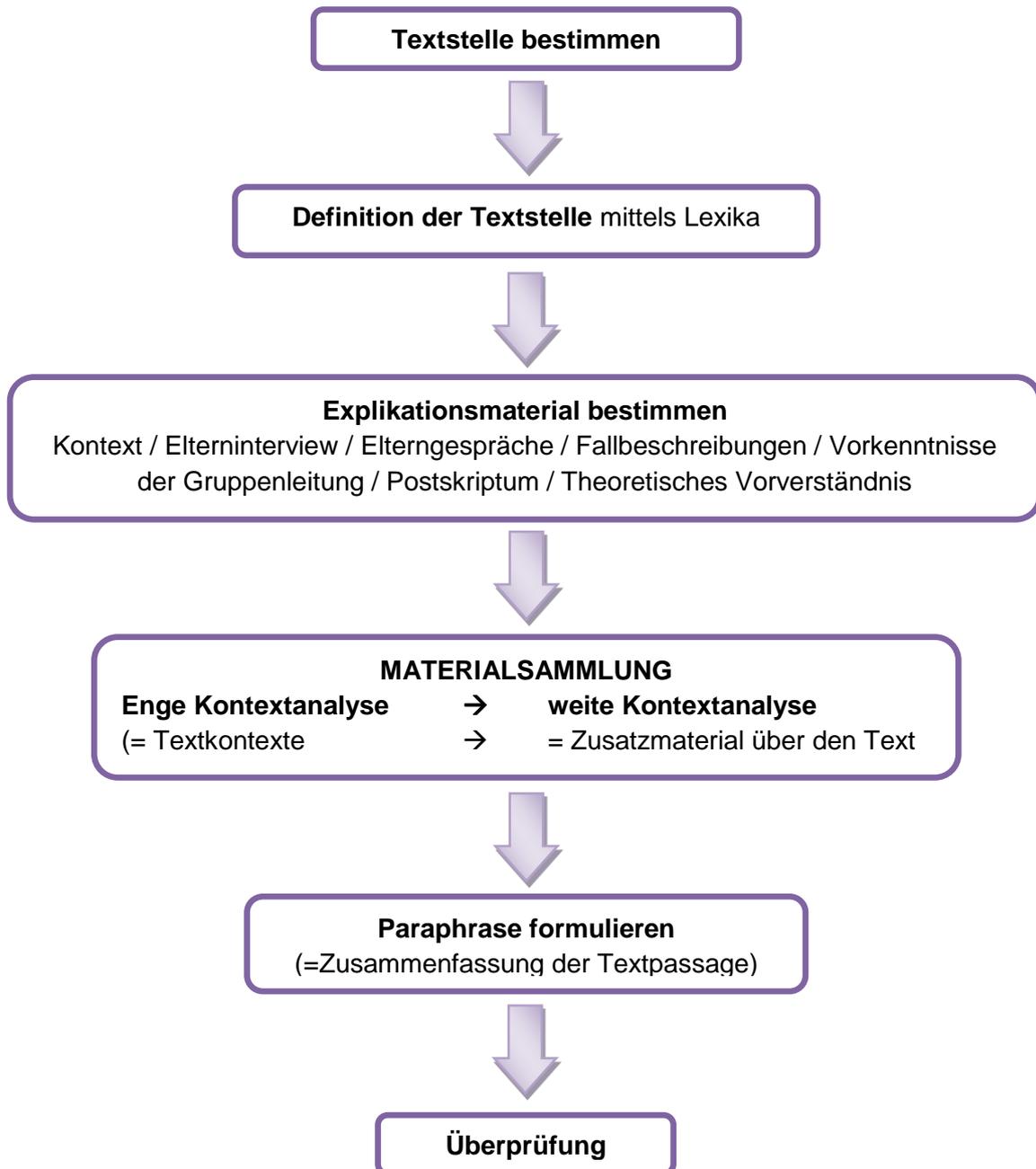
- Leitet Kategorien direkt aus dem Text ab
- Keine Verzerrung durch Vorannahmen





Konkretes Ablaufmodell: 2. Explikation (Kontextanalyse)

- Interpretationsbedürftige und fragliche Textstellen erläutern
- Verständnis erweitern durch Textkontext und durch zusätzliches Material

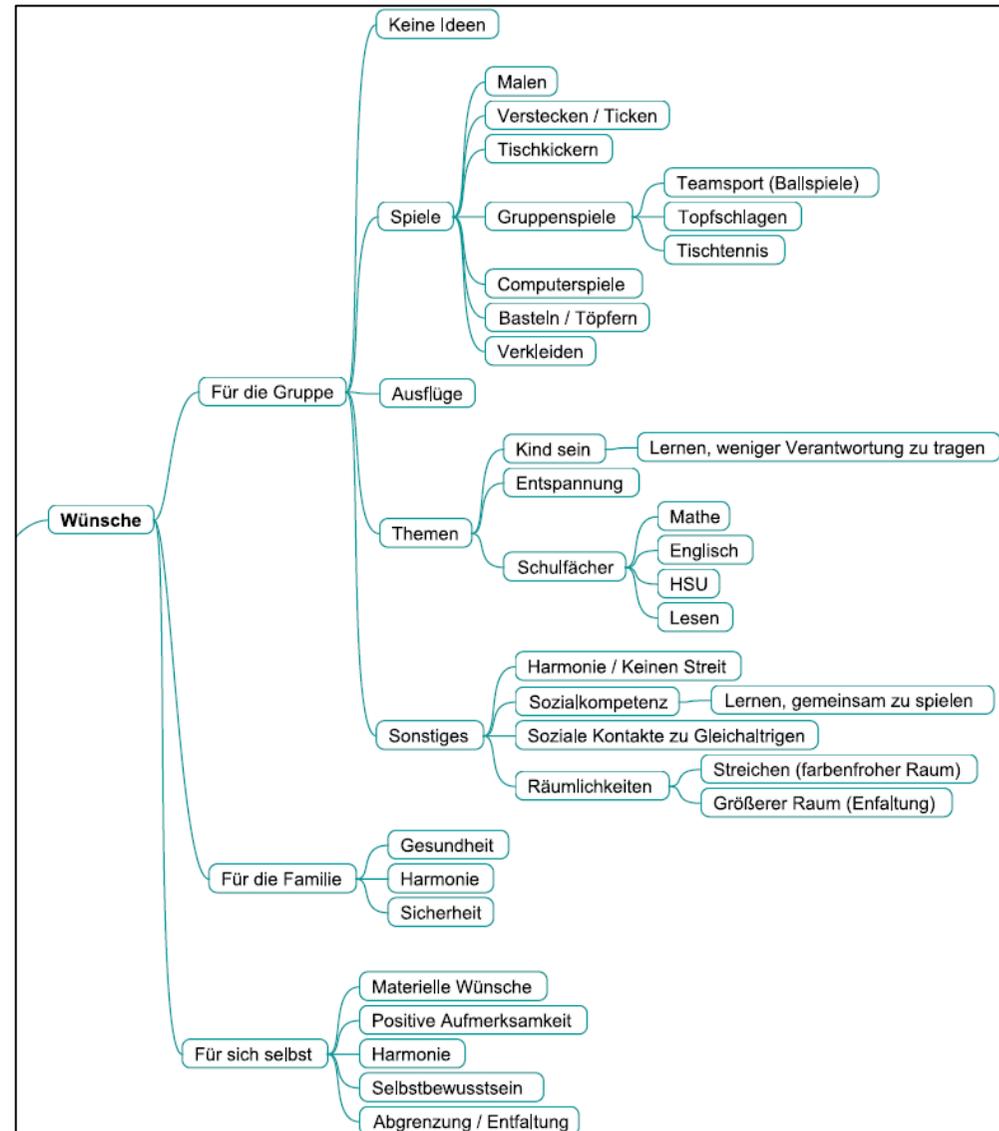


C) Analyseschritte der Auswertung (Bedürfniserhebung mit Kindern)

1. Schritt: Bündelung der Aussagen. Beispiel „Feen-Frage“

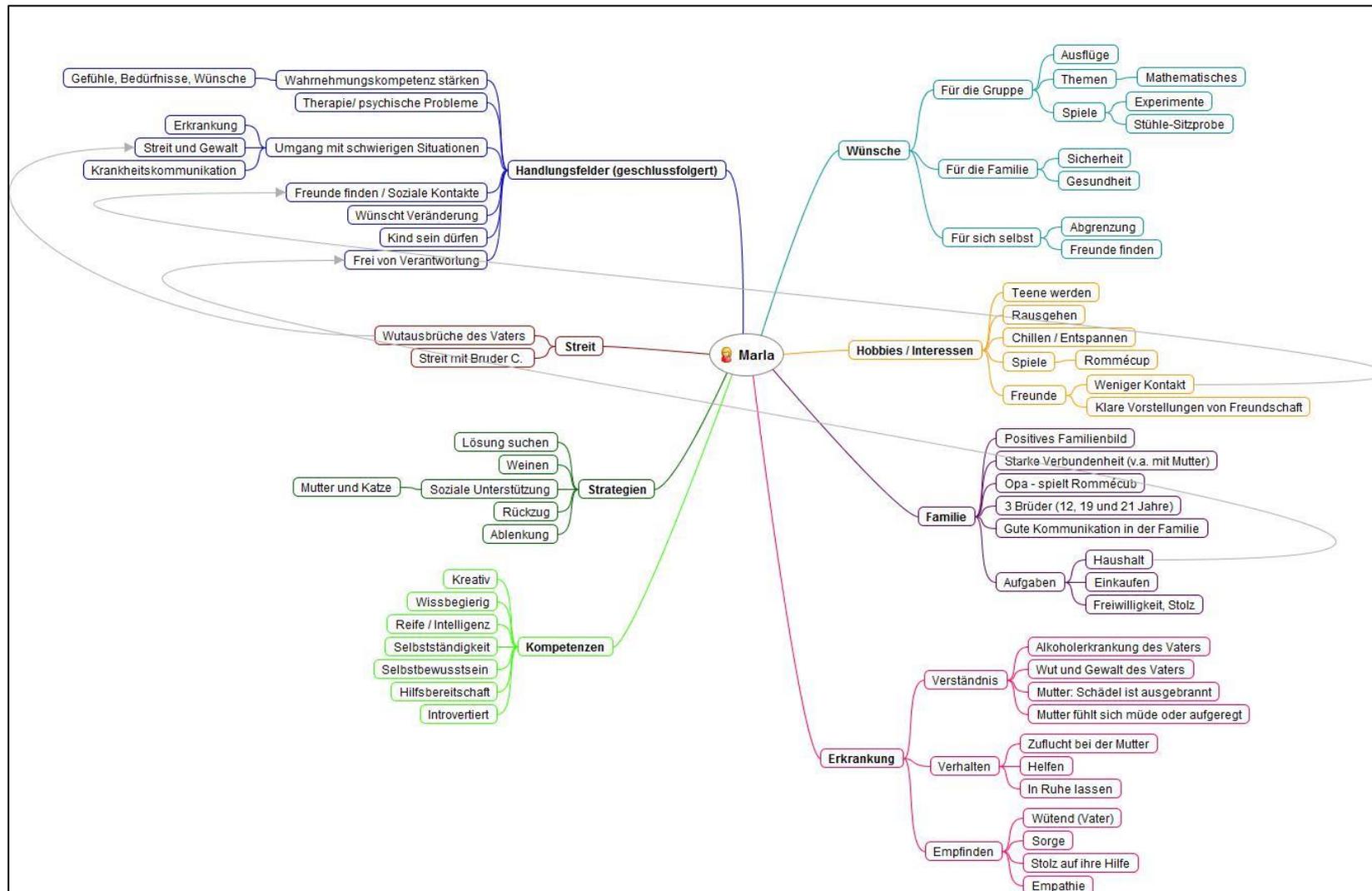
- „Stell dir vor, du triffst eine Fee und die sagt dir, dass du drei Wünsche frei hast. Der erste Wunsch ist dich selbst, der zweite Wunsch für deine Familie und der dritte Wunsch ist für die Gruppe. Was wünschst du dir?“

In der Abbildung sind die Antworten der befragten Kinder auf die „Feen-Frage“ gebündelt mit Hilfe des Computerprogramms *FreeMind-MindMap* dargestellt

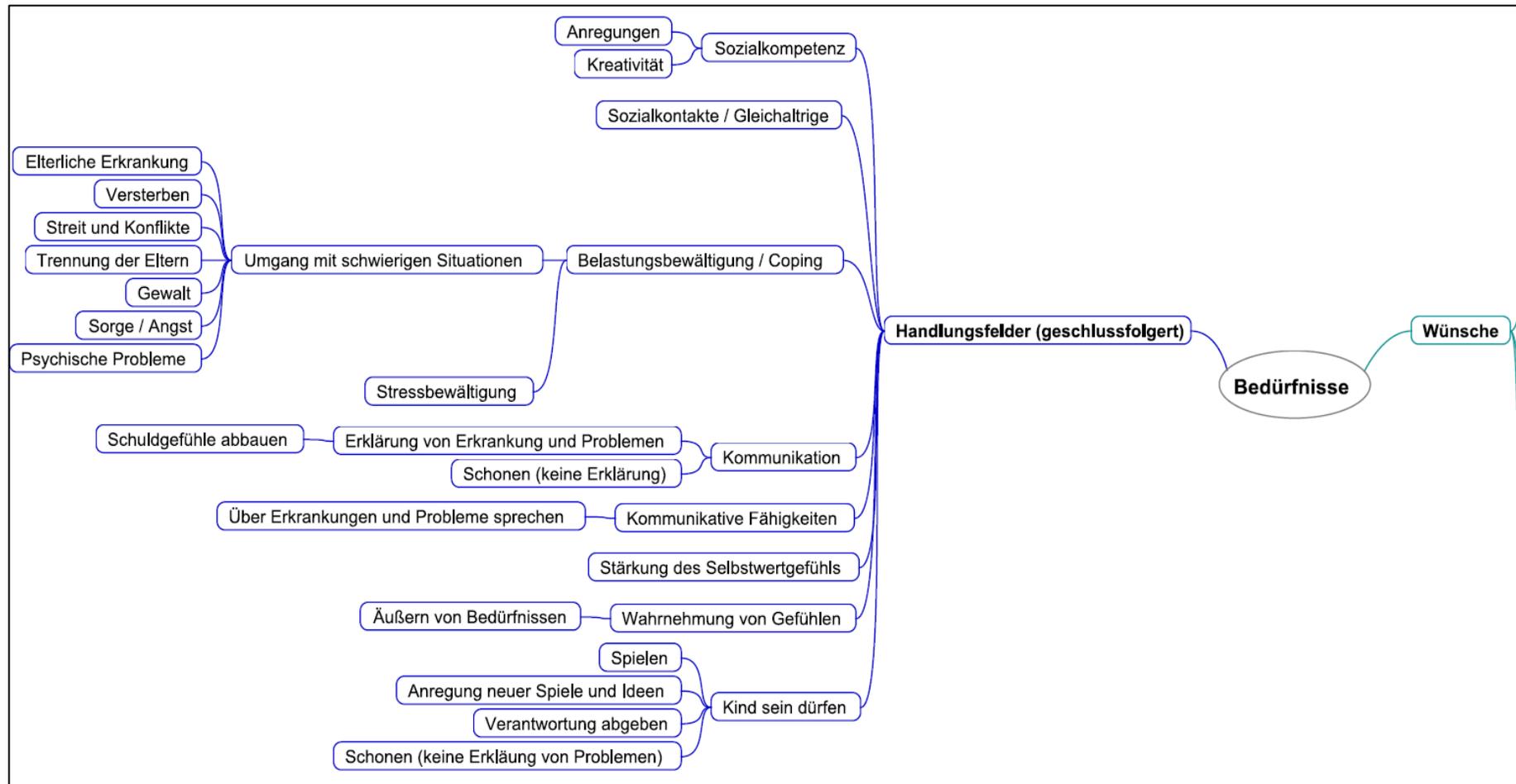


2. Schritt: Einzelfallauswertung der befragten Kinder

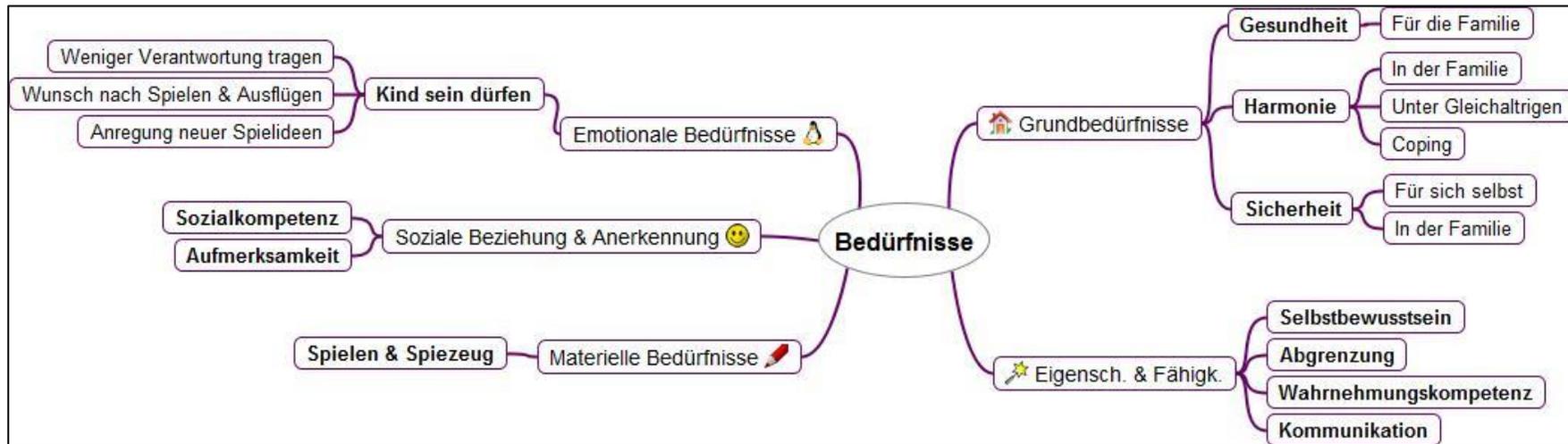
Beispielhafte Darstellung einer Einzelfallauswertung von Marla (9 Jahre)



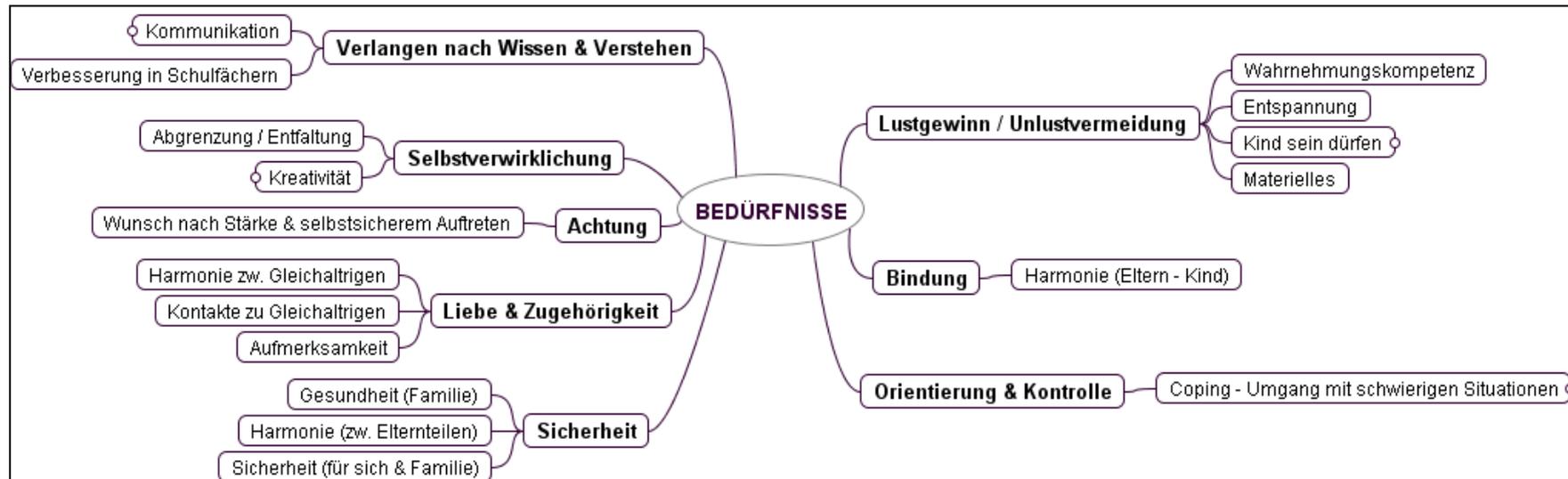
3. Schritt: Schlussfolgerung und Interpretation des Gesamtmaterials (gebündelte Kategorien aller Kinder)



4. Schritt: Bündelung der Gesamtergebnisse zu Bedürfnissen



5. Schritt: Einordnung der Bedürfnisse in die theoretischen Bedürfnismodelle nach Maslow (2008) und Epstein (2003)



D) Interviewleitfaden der Evaluation

- ‚Small Talk‘, Vertrauensbasis schaffen
*Was hast du heute schon so gemacht? Wie war die Schule?
Sollen wir etwas zusammen machen, um uns ein bisschen aneinander zu gewöhnen?*
- Einstieg Interview
*Ich möchte gerne mit dir ein Abschlussinterview führen, so wie ganz zu Anfang. Weißt du noch?
Ich möchte gerne erfahren, was dir gefallen und was dir nicht so gefallen hat.*
- Bitte um Erlaubnis zur Aufnahme des Gesprächs auf Diktiergerät
*Ich kann das Gesagte nicht so schnell mitschreiben, daher möchte ich das Interview gerne auf
Tonband aufnehmen.*
- Auskunft über Datenverwendung / Anonymisierung
*Am Ende habe ich von allen Kindern Ideen gesammelt, mit denen ich dann arbeite. Aber keine
Sorge, man kann am Schluss nicht mehr erkennen, wer was genau gesagt hat. Dadurch kannst
du ganz offen und ehrlich sein.*
- Fragen und Verständlichkeit
*(Pause) Hast du noch Fragen? Wenn dir irgendetwas unklar ist oder du eine Frage nicht richtig
verstanden hast, kannst du immer nachfragen!*
- Themeneinführung:
*Ich möchte gern deine eigene Meinung von dir hören. Alles was du sagst, ist in Ordnung, wenn es
nur das ist, was du wirklich findest. Es gibt auf die Fragen kein „richtig“ oder „falsch“! Mich interes-
siert nur deine Meinung, daher kannst du ganz frei erzählen.
Mich interessiert zum Beispiel was so deine Interessen sind*

Gruppe

*Ich möchte gern etwas über deine Gruppe erfahren. Am besten antwortest du mir so, als ob
ich nicht dabei gewesen wäre.*

Leitthema / -frage	Check – wurde das erwähnt	Detailfragen
Teilnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Seit wann kommst du zur Gruppe? • Bist du regelmäßig gekommen? • Warum hast du aufgehört? 	➤ Warum nicht?
Wie hat dir die Gruppe gefallen?	<ul style="list-style-type: none"> • Bist du gern in die Gruppe gekommen? • Was hat dir gefallen? • Was hat dir nicht so gefallen? • Was war das Beste? • Was sollte noch verändert werden? 	➤ Beispiele

Was habt ihr gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Themen wurden besprochen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Beispiele nennen • Kannst du dich an Übungen erinnern? <ul style="list-style-type: none"> ○ Beispiele nennen • Welche Spiele wurden gemacht? <ul style="list-style-type: none"> ○ Beispiele! ○ Welche neuen Spiele hast du gelernt? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Haben dir die Übungen geholfen? ➤ Konntest du etwas zu Hause anwenden?
Andere Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hast du dich mit den anderen Kindern in der Gruppe verstanden? • Mit wem hast du am liebsten gespielt? • Wie hast du dich in der Gruppe gefühlt? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Besteht ein Kontakt über Gruppe hinaus?
Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Bist du gerne in die Gruppe gekommen? • Was hat dir gefallen / nicht gefallen? • Hat dir die Gruppe geholfen? • Warum hast du aufgehört? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Was müsste passieren, damit du gern kommst? ➤ Was müsste passieren, damit es auch so bleibt?

Familie / Erkrankung

Wir haben beim letzten Interview mal über deine Familie gesprochen. Kannst du mir etwas dazu erzählen?

Leitthema / -frage	Check – wurde das erwähnt	Evtl. Detailfragen
Du hast beim letzten Interview auch über die Erkrankung deiner Mutter gesprochen	<ul style="list-style-type: none"> • Hat sich seit dem letzten Interview etwas verändert? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was genau? • Wie geht es deiner Mutter/ deinem Vater? • Kannst du mir etwas über die Erkrankung erzählen? • Was hast du darüber gelernt? • Was hat sich verändert? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie erkennst du, dass es ihr nicht gut geht? ➤ Was machst du jetzt in den Situationen?
Haushalt / Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht es zu Hause aus? • Hilfst und unterstützt du noch im Haushalt? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Was genau?

Kind – Veränderungen

Zuletzt möchte ich gern noch mehr über dich erfahren: Ob du dich in den letzten Monaten verändert hast und wie du mit stressigen Situationen umgehst.

Leitthema / -frage	Check – wurde das erwähnt?	Detailfragen
Sozialkompetenz / Selbstwertgefühl	<ul style="list-style-type: none">• Was sind deine Interessen? Was machst oder spielst du gern?• Was kannst du besonders gut / besser als andere (Stärken)?• Was machst du mit anderen Kindern?	<ul style="list-style-type: none">➤ Allein➤ Mit Freunden?➤ ausreichend Freunde?
Stressverarbeitungs- strategien / Kommunikation / Gefühle / Wahrnehmung	<ul style="list-style-type: none">• Wie geht es dir in schwierigen, stressigen Situationen?• Was machst du dann? Wie fühlst du dich dann?• Was hilft dir am besten?• Mit wem redest du über deine Probleme?• Was würdest du deinem Freund empfehlen, wenn er Probleme zu Hause hat?	<ul style="list-style-type: none">➤ Beispiele!

Abschluss

Stell dir vor, du darfst (wieder) für einen Tag ein Tier sein, welches Tier bist du jetzt?

- Warum gerade das Tier?
- Was machst du als ...?

Was wünschst du dir, wenn dir eine Fee drei Wünsche schenkt?

- 1. Wunsch für die Familie
- 2. Wunsch für dich selbst
- 3. Wunsch für die Gruppe

→ Gibt es noch etwas, was du erzählen möchtest und wichtig findest, wonach nicht gefragt wurde?

E) Kurzfragebogen der Prozessanalyse

Kreuze an! Was trifft am ehesten zu?

Die Gruppe hat mir heute gefallen:



sehr gut



gut



nicht so gut



doof



Das möchte ich beim nächsten Mal machen:



F) Ankerbeispiele der Bedürfniserhebung

Familiäre Erkrankung

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Kindliche Wahrnehmung	Deskription Erkrankung	<p>„I: Mama hat mir auch erzählt, dass sie zu einer Therapie geht. Hat sie dir das auch erzählt? Ich glaube, einmal die Woche oder so Antonia: Weiß ich gar nicht welche I: Oder nicht so oft. Denn die- Antonia: Tagesklinik I: Ja genau, die Tagesklinik Antonia: Das ist fast gar nicht I: Macht sie das nur manchmal? Antonia: Ich kriege das eigentlich nie mit I: Weißt du denn, warum sie dahin geht? Antonia: (verneintes Kopfschütteln) I: Hat sie dir das schon mal erzählt? Antonia: Damit es ihr besser geht, aber mehr weiß ich nicht“ (Antonia, Z.248-269)</p>	<p>„Mein Vater hat ja so Herzprobleme. Wir dürfen ja eigentlich nicht so mit meinem Vater zusammenbleiben, weil das kann passieren, dass er umkippt (..) Einmal ja, das passiert so dreimal im Jahr. Dann mussten -- meine Mutter war ja nie da, dann lag er da so, halbtot sah das aus. Und dann mussten wir meine Mutter - und dann lag er da so ein, zwei Stunden schon und das ist richtig gefährlich, weil dann könnte ja sein Herz stehen bleiben“ (Sonja, Z.73)</p>	<p>„Mein kleiner Bruder hat 'ne Psycho von meinem Bruder, weil er ihn immer aufs Bett wirft und alles“ (Jaqueline, Z.150)</p> <hr/> <p>„Ja, also er war halt früher auch Alkoholiker und er will das halt wegstreichen für uns und für ihn“ (Marla, Z.171)</p>
	Folgen der Erkrankung	Strukturell	<p>„Marla: Also, dass es Mama nicht so gut geht, das hat sie mir auch gesagt und, dass Papa jetzt ins Krankenhaus fährt, natürlich hat er mir das auch gesagt“ (Marla, Z.155)</p>	<p>„Sonja: Und dann musste er immer ins Krankenhaus für ein, zwei Jahre. Und das ist überhaupt nicht toll. Wir haben ihn manchmal besucht und so. Und das ist auch nicht so toll“ (Sonja, Z.73)</p>

	<p>Körperlich</p> <hr/> <p>Emotional</p>	<p>„I: Und was magst du nicht so gerne? Anna: Dass Mama mich manchmal .. ohne Grund anbrüllt wegen ihrer Schmerzen am Bein I: Das ist blöd, ja Anna: Sie sagt immer: 'Nicht ans Bein kommen' und irgendwann schreit sie dann, weil wir nicht ans Bein kommen sollen“ (Anna, Z.118)</p> <hr/> <p>„I:(...) und merkst du das manchmal, wenn es ihr nicht so gut geht und sie Schmerzen hat? Antonia: Ja I: Wie merkst du das denn? Antonia: Aus ihrer Stimmung I: Echt? Antonia: (bestätigendes Kopfnicken) Weil sie ist ja auch, wenn das mal wieder so richtig losgeht, dann ist sie meistens ganz traurig und so (...) Antonia: Das ist eigentlich meistens das im Winter, glaube ich“ (Antonia, Z.203-218)</p>	<p>„Lina: Ähm, dass sie im Bett lag und so, und dann immer, sie hat auch immer, wenn ich zum Beispiel jetzt vom Hort kam, hat sie mich dann immer abgeholt und dann hat sie auch gesagt, sie hat ganz dolle Bauchschmerzen und so“ (Lina, Z.72)</p> <hr/> <p>„I: Und was machst du sonst, wenn deine Mutter traurig ist? Jaqueline: Tröste ich sie I: Ja? Wie denn? Jaqueline: Ich nehme sie in Arm oder frage sie ‚Soll ich dir was helfen?‘“ (Jaqueline, Z.176-179)</p> <hr/> <p>„Adem: Ich muss zu Hause aufräumen und ... einkaufen gehen, Betten aufräumen und (...) ja“ (Adem, Z.72)</p>	<p>„I: Und wie merkst du das, dass sie sich vielleicht mal nicht so wohl fühlt? Karl: Das sieht man ihr auch an I: Ja, wie sieht sie denn dann aus? Karl: Blass, als ob sie ganz normal krank wäre, aber dann bisschen blasser als sonst“ (Karl, Z.83-86)</p> <hr/> <p>„I: Und wie merkst du das, wenn es Mama nicht so gut geht? Marla: Ja, dass sie dann ein bisschen müde erscheint oder ein bisschen aufgeregt oder so“ (Marla, Z.160-161)</p>
<p>Kindliches Verhalten</p>	<p>Aktiv</p> <p>Verantwortungsübernahme für andere</p>	<p>„Sonja: Ich bin in diesen Situationen sehr hilfsbereit. Ich mache meiner Mutter manchmal Tee und so. Das habe ich früher auch gemacht, habe ihr Frühstück ans Bett gebracht und so. Wenn sie krank war und das ist ja selten. Das ist schade, weil ich mag das so, wenn ich meine Mutter so -- Meine Mutter verwöhnt uns ja immer, wenn sie krank ist, dann tue ich ihr auch immer ganz viel Gefallen machen. Zum Beispiel, wenn sie ein Toastbrot will und so, mache ich das</p>	<p>„I: Und was machst du dann in den Situationen? Karl: Ja, da bringe ich ihr eine Wärmflasche und ein Häufchen Tee. Kann ich beides schon selbst machen“ (Karl, Z.93-94)</p> <hr/> <p>„Lina: Zum Beispiel jetzt, wenn sie im Bett liegt, und dann gebe ich ihr, also hole ich ihr ihre Medizin, die sie dann dazu braucht, wenn sie krank ist</p>	

		<i>ja auch immer und Tee mache ich dann auch immer, so Kamillentee“ (Sonja, Z.67)</i>	<i>(schweres Ausatmen)“ (Lina, Z.76)</i>
	Für sich selbst: Zuflucht bei Bezugspersonen	<i>„Anna: Nur manchmal liegen die Hunde auf ihren Körbchen auf der Couch und dann sitze ich neben Papa I: Und bei Papa ist es besser? Anna: (bestätigendes Kopfnicken)“ (Anna, Z.100-102)</i>	<i>„I: Okay ach man, ja das ist wirklich traurig. Was machst du denn dann, wenn du deswegen so traurig bist? Markus: Bei Mama weinen I: Das ist gut Markus: Und dann fragt sie, warum und dann sage ich ihr das“ (Markus, Z.132-137)</i>
Passiv	Rückzug	<i>„I: Ah okay und dann hast du auch gemerkt, sie ist vielleicht ein bisschen krank und ihr geht's nicht so gut. (Lina: Mh (zustimmend)) Und was machst du dann, wenn es Mama nicht so gut geht? Lina: Dann lasse ich sie in Ruhe, dann kann sie ein bisschen schlafen, dann gehe ich in mein Zimmer“ (Lina, Z.73-74)</i>	<i>„I: Und auch wenn er was getrunken hatte oder so ein bisschen- Marla: Ja, dann habe ich mich eben ein bisschen von ihm eher entfernt, damit nichts passiert zum Beispiel. Dass er mich jetzt noch anbrüllt irgendwie noch“ (Marla, Z.218-219)</i> <i>„I: Und was hast du dann in den Situationen gemacht, wenn er zum Beispiel was getrunken hat früher? So richtig schnell wütend wurde und du gemerkt hast, ah okay Chris: Bin ich auch in mein Zimmer gegangen“ (Chris, Z.190-191)</i>
	Verdrängung	<i>„I: Okay, sprecht ihr denn manchmal zu Hause darüber? Karl: Nein I: Möchtest du gerne mehr darüber wissen? Karl: Nein“ (Karl, Z.219-222)</i>	<i>„I: Würdest du das denn gerne wissen oder würdest du das gerne erklärt bekommen? Lina: Mhm (verneinend), eigentlich nicht, mhm (verneinend)“ (Lina, Z.178-179)</i>
	Gehorsam	<i>„I: Und dann merkst du, ihr geht es nicht so gut, verstehe. Und was machst du dann, wenn Mama so brüllt und es ihr nicht so gut geht? Anna: Mh (... ..) mich ganz schnell anziehen und runtergehen und ganz schnell zur Schule gehen mit Papa I: Also du machst das, was sie sagt? Anna: Aber auch ganz schnell. Wenn wir das nämlich nicht tun, könnte es- manchmal, wenn wir das nicht tun, haut sie uns“ (Anna, Z.119-122)</i>	

Kindliches Empfinden	Positiv	Empathie	<p>„I: (...) und merkst du das manchmal, wenn es ihr nicht so gut geht und sie Schmerzen hat? Antonia: Ja I: Wie merkst du das denn? Antonia: Aus ihrer Stimmung I: Echt? Antonia: (bestätigendes Kopfnicken) Weil sie ist ja auch, wenn das mal wieder so richtig los geht, dann ist sie meistens ganz traurig und so“ (Antonia, Z.203-208)</p>	<p>„I: Wie geht es dir denn dann, wenn es deiner Mama nicht so gut geht? Florian: Mir geht's dann selbst auch nicht gut Florian: Ich hab ja fünf Herzen sozusagen und wenn ein Herz kaputt ist, sind es alle anderen auch“ (Florian, Z.120-123)</p>	<p>„I: Wie merkst du denn sonst noch, wenn es ihr manchmal nicht gut geht? Jaqueline: Ich merk das, weil ich hab genau das gleiche Herz wie Mama. Sie merkt, wenn ich traurig, ich merk, wie wenn sie traurig ist“ (Jaqueline, Z.182-183)</p>
		Mitleid	<p>„I: Wie geht's dir denn dabei, wenn es deiner Mama nicht so gut geht? Jaqueline: Nicht gut, weil es auch doof ist, wenn sie sich nicht fühlt oder so“ (Jaqueline, Z.190-191)</p>	<p>„I: Okay, das ist auch gut. Ich habe schon gehört, dass - oder Mama hat mir auch erzählt, dass es ihr manchmal nicht so gut ging früher oder sie sich ein bisschen krank gefühlt hat Lina: Mh (zustimmend) I: Mich interessiert jetzt vor allem, was du darüber so denkst Lina: Dass es Mama wieder gut geht (schweres Ausatmen) I: Okay, dass es ihr jetzt wieder gut geht Lina: Mh (zustimmend)“ (Lina, Z.67-70)</p>	
		Sorge	<p>„Sonja: Ne, genauso wie mit dem Streit und so. Sie haben sich mit Tassen beworfen. Und das haben meine Geschwister mir erzählt. Das war sehr bescheuert, weil ich mir dann große Sorgen gemacht hab. Weil meine Mutter die drei Tage nicht da war. Da habe ich mir große Sorgen [gemacht], dass sie im Krankenhaus liegen soll oder so. Dachte ich das wirklich und da habe ich mir so große Sorgen [gemacht] und da waren zum Glück Ferien. Ich hab bei</p>	<p>„Marla: Ich finde es toll von ihm, dass er das macht, damit es ihm und uns besser geht. Also vor allen Dingen eigentlich ihm. Und ich hoffe, dass das dann auch klappt I: Hast du Angst, dass das dann vielleicht nicht klappt? Marla: Nein, nein, nein, ich hab keine Angst, dass es nicht klappt, aber letztes Mal - er war ja schon mal in einem - na ja Krankenhaus, so was ähnliches wie ein Kran-</p>	<p>„Sonja: Dann kam immer ein Krankenwagen und dann stehe ich um zwölf Uhr auf ‚Was ist denn los?‘ ‚Geh wieder schlafen‘, aber die Sirene düdüdü. Ich lag ja auch immer so am Fenster“ (Sonja, Z.77)</p>

		<p>meiner Mutter angerufen, alles versucht und so. Sie hat sich ja nicht gemeldet und so. Und das war die schlimmste [Zeit] - das war ganz schön heftig“ (Sonja, Z.91)</p>	<p>kenhaus - und das hat halt nicht geholfen, aber da war er auch nur eine Woche und nicht drei Monate“ (Marla, Z.175-177)</p>	
	Stolz	<p>„Marla: Also müssen tue ich eigentlich nichts, bloß ich - das ist halt so eine kleine Angewohnheit von mir, dass ich schon immer das Waschbecken sauber mache. Ja, das mache ich eigentlich immer. Das ist so eine Angewohnheit von mir. Ich weiß auch gar nicht warum, aber ich mag es halt immer, wenn es so frisch ist. Ja dann habe ich auch mal das Bad gekehrt und gewischt, manchmal sauge ich auch bei uns. Meine Katze wasche ich auch selber, dann habe ich mal - ab und zu mache ich auch das Katzenklo, ja I: Aber musst du das alles machen oder machst du das von allein? Marla: Müssen tue ich gar nichts, ich mache das von allein I: Machst du das gerne? Marla: Mach' ich gerne, ja“ (Marla, Z.93-97)</p>		<p>„Anna: Und manchmal hab ich sie auch in den Hochstuhl gehoben I: Kannst du das denn schon? Anna: (bestätigendes Kopfnicken) Ich fand sie nicht schwer I: Und warum hast du das schon gemacht? Anna: Weil es mir Spaß macht“ (Anna, Z.56-60)</p>
	Negativ	<p>„Markus: Einmal war ich auch richtig sauer, weil hier zwei Leute haben bis jetzt die Polizei angerufen, weil die haben gesagt ‚Mama ist betrunken‘, weil sie so getorkelt ist. Einmal einer bei der Wäsche der Chef, aber der hat sich entschuldigt und der hat dann auch, Waschgutscheine haben wir bekommen oder für einmal, weiß ich gar nicht und dann hat -- das war gerade erst. Und dann haben wir die Polizei bei uns vorbeifahren sehen und denn sage ich so: ‚Oh gleich halten die uns an.‘ Aber das war nur ein Scherz und dann sind wir zu Hause gefahren auf die Auffahrt, dann kommen die, dann kommt die Polizei bei uns auf die Auffahrt. Ich denk so: Was ist jetzt los, ich hoffe, die drehen jetzt und dann sind die aber nicht umgedreht ... Und dann hat Mama gefragt, wer das war. Weil irgendein anderer Autofahrer hat das eben gesagt, dass sie irgendwie betrunken fährt“ (Markus, Z.98)</p>		<p>„I: Wie geht's dir denn dann, wenn dein Papa so komisch drauf ist? Marla: Ja mir geht's gar nicht gut. Ich finde das auch gar nicht in Ordnung, dass er so was in unserer Nähe macht. Also oder dass er jetzt seine Wut an uns auslässt zum Beispiel, ich finde das einfach nicht in Ordnung“ (Marla, Z.226-227)</p>
	Scham	<p>„I: Und du hast früher immer alles erzählt, was deine Mutter hat? Florian: Ja, und das mache ich jetzt</p>	<p>„I: Ach so, dann denken die Leute, Mama ist betrunken. Markus: Fährt betrunken, weil</p>	<p>„Anna: (...) Ich kann noch mal was sagen? Wegen meine früherer Nachbar, L. und A.,</p>

	<p>gar nicht mehr I: Warum machst du das jetzt nicht mehr? Florian: Weil ich find das peinlich, weil dann weiß jeder, was meine Mutter hat und guckt sie immer an und ,was hat sie, was hat sie“ (Florian, Z.98-101)</p>	<p>sie auch ein bisschen komisch Auto fährt, sie bremst sehr heftig I: Okay Und wie geht es dir dann dabei, wenn du so was mitkriegst? Markus: Unangenehm (...)“ (Markus, Z.99-100)</p>	<p>aber L. war das, und sein Freund. Da haben die zusammen zu meiner Mama ,fett‘ gesagt“ (Anna, Z.239)</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stressverarbeitungsstrategien

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Günstige Strategien	Emotionsregulierend Soziale Unterstützung	<p>„Sonja: Ich habe früher immer meiner Klassenlehrerin, heißt Frau W. und das ist sozusagen meine Tagesmutter gewesen. Ich habe sie ganz oft Mama aus Versehen genannt, weil sie sich wirklich um mich gekümmert hat und so. Und ich konnte auch immer mit ihr reden und dann habe ich auch manchmal geweint, weil ich das dann traurig fand mit der Lampe und so, habe ich ihr das erzählt und meine Lehrerin war so irritiert. Sie so ,Ich rede mal mit deinen Eltern‘ und so. Und sie hat mich dann auch richtig in den Arm genommen und gesagt: ,da passiert schon nichts‘. Weil ich mir dann wirklich so Sorgen gemacht habe. Weil ich das mitbekommen habe. Dann habe ich ihr immer alles erzählt,</p>	<p>„Marla: Und wenn es mal was nicht so Schlimmes ist. Wenn es jetzt zum Beispiel ist, dass ich - Wenn ich irgendwas nicht machen soll oder so, dann kann ich das auch mit Freunden besprechen, denen ich vertrauen kann“ (Marla, Z.253)</p> <hr/> <p>„Markus: Dann bin ich hoch in mein Zimmer gegangen. Habe ich erst mal ein bisschen im Bett gelegen mit C. [Katze (d. Verf.)] gekuschelt“ (Markus, Z.72)</p> <hr/> <p>„I: Mit wem sprecht ihr denn darüber? Marla: Mit Mama</p>	<p>„Sonja: Und meine Oma ist auch so, alles schön und gut. Meine Oma erzählt und ist so richtig gechillt ,Dann mach dir doch keine Sorgen. Setz dich doch hin und guck Fernsehen‘ (lacht) Dann lenkt sie uns immer [ab]. Meine Oma ist richtig gechillt. Sie macht sich dann gar keine Sorgen, sie sitzt dann da immer so, ‘Mach dir keine Sorgen, da passiert schon nichts, die regeln das schon mit der Polizei‘ (lacht). Sie macht das wirklich so und dann denke ich auch nur, klar glaube ich meiner Oma auch, weil meine Oma - bei meiner Oma fühle ich mich auch wohl, ich bin so ein</p>

	<p>weil ich ihr richtig vertraut habe. Und manche Sachen wollte ich nicht und das hat sie dann auch nicht erzählt“ (Sonja, Z.164)</p>	<p>I: Mit Mama und die hilft euch dann? Marla: Ja I: Das ist super. Hast du noch mehr Leute? Marla: Nein, also eigentlich rede ich nur mit Mama“ (Marla, Z.248-253)</p>	<p>Oma-Kind seit Baby an. Und dann sitze ich da auch immer und dann spiele mit meinem Onkel und mache mir auch gar keine Sorgen mehr“ (Sonja, Z.103)</p>
Ablenkung	<p>„Florian: Wenn es mir mal nicht so gut geht ähm (...), versuche ich mich mal wieder so glücklich zu machen. Wenn ich zum Beispiel dann frage - ja ich gehe ja nur dreimal mindestens pro Woche an die Play Station oder an den PC, dann gehe ich - frage ich manchmal einmal in der Woche ‚Darf ich an PC?‘ Fernsehen ist natürlich wieder bei uns jetzt -, aber PC und Play Station ist schon wieder selten gemacht I: Also, wenn es dir mal nicht so gut geht, gehst du an den PC und lenkst dich ab (Florian: Ja) oder gehst an Fernseher? Florian: Mh (zustimmend) zum Beispiel Guitar Hero das ist gut, sehr gut. Kann man sich schön entspannen mit guten Liedern, aber manchmal ist es auch richtig ätzend, weil man hat ja eine Anzeige, wie es den Zuschauern geht und dann muss man so gut spielen. Einmal hatte ich 94 Punkte gekriegt von 100, beinahe Zugabe“ (Florian, Z.125-127</p>		<p>„I: Und was machst du dann, wenn ihr euch dann so gestritten habt und wenn Papa geschimpft hat? Marla: Ja, dann gehe ich eigentlich in mein Zimmer auch, spiele ich mit dem Hund, ja“ (Marla, Z.126-127)</p>
	<p>„I: Das ist schlau. Machst du dann irgendwas anderes, um dich abzulenken? Chris: Gucke ein Film an oder so I: Okay Chris: So einen Lustigen, damit ich lachen kann“ (Chris, Z.127-130)</p>		<p>„I: Das ist ja schlau von dir. Was machst du denn sonst so, wenn Mama doll mit dir schimpft? Anna: Äh (...) Papa fragen, ob ich rausgehen darf und dann gehe ich einfach raus“ (Anna, Z.144-145)</p>
Entspannung	<p>„Florian: Beim Musik oder Radio hören liege ich einfach nur im Bett (...) und entspanne mich mal“ (Florian, Z.32) „Florian. Aber hier kann ich mich ja auch entspannen, mit Michael Jackson bloß I: Das stimmt. Da kannst du dich auch anders entspannen Florian: Ja, nämlich die Spannung wird entspannt, also die Entspannung wird spannend“ (Florian, Z.44-46)</p>		

	Weinen / Trauer	<p>„Sonja: Ja, ich war - manchmal weine ich auch und dann ich weiß nicht warum. Dann gibt es keinen Grund, aber irgendwie sind meine Augen dann voll und dann schießen auf einmal die Tränen und dann lache ich auch und dann kommen auch die Tränen und so I: Und weißt du dann danach, warum du eigentlich geweint hast? Sonja: Nee, also wenn ich so geweint habe, dann weine ich zwar, aber ich weiß nicht warum. Weil irgendwie - vielleicht weil ich über - Ich weiß auch nicht warum“ (Sonja, Z.121-129)</p>	<p>„Markus: (...) und wenn ich traurig bin, dann nehme ich mir meinen Hund oder die Katze und weine die voll“ (Markus, Z.66)</p>
	Beten / Aufschreiben	<p>„Sonja: Und wir haben auch so ein Passworttagebuch mal gehabt und das war unsere Gedanken und Gefühle und so immer. Und da hatten wir das sozusagen drinnen gelagert I: Ah, das finde ich gut Sonja: Ja und da konnte keiner ran, weil das ja mit Stimme geht und so. Und das konnte man nur zu zweit öffnen I: Aha und nur ihr beide konntet das öffnen und dann sind da deine Geheimnisse drin und ihre Geheimnisse Sonja: Ja und Gefühle und Gedanken“ (Sonja, Z.50-54)</p>	<p>„Sonja: So ein Foto und ich bin sehr gläubig an Gott und ich hab auch ein Gebetsbuch zum vierten Geburtstag. Da - ich bete auch sehr gerne. Und wenn, dann mache ich sie an und bete dann, dass es mir besser geht und dass irgendwas mir hilft I: Erzählst du dann Gott auch manchmal deine Gefühle und deine Gedanken? Sonja: Das manchmal, aber das ist selten I: Ist es dann eher so, dass du Gott darum bittest, dass er irgendwas macht, dass es dir wieder besser geht? Sonja: Ja I: Aha Sonja: Zum Beispiel, dass Mama nicht auf mich sauer ist“ (Sonja, Z.58-64)</p>
Problem-lösend	Aktive Lösungssuche / Situationskontrolle	<p>„I: Was machst du denn dann, damit es dir besser geht? Marla: Dann versuche ich mich mit meinem Papa und C. zu vertragen eigentlich I: Ja? Direkt danach oder - Marla: Nicht direkt danach aber zehn-Minuten warte ich dann ein bisschen und dann versuche ich mich mit denen zu vertragen“ (Marla, Z.128-133)</p>	<p>„I: Okay und dann, was passiert dann? Antonia: Dann überlege ich über die Sache nach I: Ja? Und überlegst du auch, was du dann machen kannst? Antonia: Wenn ich jetzt mit C. wegen ein Eis streiten würde oder wegen Döner oder so, obwohl das ja eigentlich doof ist I: Aber man macht das ja trotzdem manchmal Antonia: Aber dann kann man ja eigentlich - dann sich entschuldigen gehen und dann ‚Entschuldigung‘, dass wir uns gestritten haben wegen das und das‘ I: Okay, das überlegst du dir dann. Also hast du richtig Ideen, was</p>

			<p>du dann machen kannst Antonia: Manchmal“ (Antonia, Z.173-180)</p>
Ungünstige Strategien	Aggression / Rebellion	<p>„I: Und was machst du dann? Antonia: Zurückhauen oder treten I: Du wehrst dich dann ordentlich? Antonia: Joa“ (Antonia, Z.117-121)</p>	<p>„I: Und wenn du mal traurig oder wütend bist und Mama oder Papa ist nicht da? Hast du dann Ideen, was du machen kannst? Markus: Traurig oder wütend? Also bei wütend da gehe ich hoch in mein Zimmer und boxe in mein Kissen rein“ (Markus, Z.65-66)</p>
	Vermeidung / Verdrängung	<p>„Florian: Also ich bin einfach, also ich denk einfach nicht daran“ (Florian, Z.96) „I: Würdest du das denn gerne wissen oder würdest du das gerne erklärt bekommen? _____ Lina: Mhm (verneinend), eigentlich nicht, mhm (verneinend)“ (Lina, Z.178-179)</p>	<p>„I: Und was machst du dann, wenn du in deinem Zimmer bist nach so einem Streit? Chris: Dann beruhig ich mich eigentlich ganz schnell I: Aber wie machst du das? Chris: Eigentlich gar nicht. Ich mache mir darüber keine Gedanken I: Ach so, ich verstehe. Sagst du einfach, ich gehe hoch in mein Zimmer und dann ist es vorbei Chris: Mh (zustimmend)“ (Chris, Z.120-126)</p>
	Rücksichtnahme	<p>„I: Ah okay und dann hast du auch gemerkt, sie ist vielleicht ein bisschen krank und ihr geht's nicht so gut. (Lina: Mh (zustimmend)) Und was machst du dann, wenn es Mama nicht so gut geht? Lina: Dann lasse ich sie in Ruhe, dann kann sie ein bisschen schlafen, dann gehe ich in mein Zimmer“ (Lina, Z.73-74)</p>	<p>„Florian: Also ich bin einfach, also ich denk einfach nicht daran. Weil sonst mache ich meiner Mutter ja noch mehr Probleme, wenn ich das -- Weil früher in der ersten Klasse, als meine Mutter irgendwie was war, war ich richtig frech früher, aber das habe ich mir jetzt leider und -- Warum sage ich leider? -- gut abgewöhnt immer alles weiterzusagen, das habe ich mir jetzt abgewöhnt“ (Florian, Z.96)</p>
	Rückzug	<p>„I: Und was machst du dann, wenn du so richtig genervt mal bist? Florian: Gehe in meine Decke rein I: Erzähl Florian: Da kann man die - vorne ist nur ein Reißverschluss und dann</p>	<p>„I: Und wie ging es dir da, als du gesehen hast, dass sich deine Mama und dein Papa streiten? Lina: Blöd und dann bin ich einfach in mein Zimmer gegangen und ich wollte den Streit ja nicht</p>

		<p>(Reißverschluss-Geräusch) und dann rein <i>I: Und dann hast du deine Ruhe?</i> <i>Florian: Ja</i> <i>I: Das ist schlau</i> <i>Florian: Noch Kissen drüber, oh, das ist schön gemütlich“ (Florian, Z.69-74)</i></p>	<p>mitkriegen“ (Lina, Z.158-159) <hr/> <i>„Jaqueline: Weihnachten sehe ich ihn [Vater (d. Verf.)] vielleicht, aber ich gehe ihm dann aus dem Weg“ (Jaqueline, Z.58)</i></p>	<p><i>ich ihn dann nicht ausreden lasse, aber dann gehe ich währenddessen in mein Zimmer und mache hinter mir die Tür zu, weil ich mir so was Blödes nicht anhören will“ (Marla, Z.270-271)</i></p>
	Gehorsam	<p><i>„I: Sie schreien dich an (Adem: Ja) Okay und was machst du dann, wenn sie dich anschreien?</i> <i>Adem: Dann fange ich an zu aufräumen</i> <i>I: Dann machst du, was sie sagen?</i> <i>Adem: Ja</i> <i>I: Ärgerst du dich dann auch drüber?</i> <i>Adem: Bisschen“ (Adem, Z.113-118)</i></p>		

Wünsche und Bedürfnisse der Kinder

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Bedürfnis nach Sicherheit	Gesundheit für die Familie	<p><i>„Marla: Es geht uns schon ein bisschen besser, aber es würde uns halt besser gehen, wenn es gar nicht so wäre [bezogen auf die Alkoholerkrankung des Vaters (d. Verf.)]“ (Marla, Z.245)</i></p>	<p><i>„I: Mich interessiert jetzt vor allem, was du darüber so denkst Lina: Dass es Mama wieder gut geht (schweres Ausatmen)“ (Lina, Z.67-68)</i></p>	<p><i>„Adem: Für meine Familie, dass es ihnen gut geht“ (Adem, Z.237)</i></p>
	Harmonie	<p><i>„Jaqueline: Für die Familie, dass kein Ärger mehr ist“ (Jaqueline, Z.232)</i></p>	<p><i>„I: Hast du auch einen Wunsch für deine Familie? Markus: Dass sie [geschiedene Elternteile (d. Verf.)] sich nicht mehr streiten“ (Markus, Z.213-215)</i></p>	
	Sicherheit	<p><i>„Anna: Also, mein erster Wunsch für die Familie ist, dass wir einen größeren Garten haben und viel Geld haben und ein größeres Haus“ (Anna, Z.282)</i></p>	<p><i>„Marla: Für die Familie würde ich mir wünschen, dass auch (..) dass wir auch immer wieder zusammenhalten werden“ (Marla, Z.246)</i></p>	

<p>Bedürfnis nach Orientierung & Kontrolle</p>	<p>Stressverarbeitungsstrategien</p>	<p>Erfahrungen mit familiären Erkrankungen:</p> <p>„I: Und was magst du nicht so gerne? Anna: Dass Mama mich manchmal (..) ohne Grund anbrüllt wegen ihrer Schmerzen am Bein I: Das ist blöd, ja Anna: Sie sagt immer: ‚Nicht ans Bein kommen‘ und irgendwann schreit sie dann, weil wir nicht ans Bein kommen sollen I: Und dann wird sie laut? Anna: (bestätigendes Kopfnicken)“ (Anna, Z.87-92)</p> <hr/> <p>„Sonja: Mein Vater hat ja so Herzprobleme. Wir dürfen ja eigentlich nicht so mit meinem Vater zusammenbleiben, weil das kann passieren, dass er umkippt (..) Einmal ja, das passiert so dreimal im Jahr. Dann mussten - meine Mutter war ja nie da, dann lag er da so, halbtot sah das aus. Und dann mussten wir meine Mutter - und dann lag er da so ein, zwei Stunden schon und das ist richtig gefährlich, weil dann könnte ja sein Herz stehen bleiben. Und dann musste er immer ins Krankenhaus für ein zwei Jahre. Und das ist überhaupt nicht toll. Wir haben ihn manchmal besucht und so. Und das ist auch nicht so toll“ (Sonja, Z.73)</p>	<p>Konfliktreiche Situationen:</p> <p>„Sonja: Früher war das, war’s ein bisschen komisch für mich. Manchmal haben meine Eltern sich gestritten, manchmal nicht. Dann hat meine Mutter gesagt sie zieht aus, dann zieht sie nicht aus. Dann packt sie ihre Sachen und dann macht sie es doch nicht. Das ist meistens ganz, ganz unterschiedlich“ (Sonja, Z.28)</p> <hr/> <p>„Jaqueline: Weil er [Vater (d. Verf.)] macht nur noch Stress, wenn wir ihn sehen. Wenn man - Wenn man nur was schreit - Mama hat ‚Komm mal kurz‘ dann habe ich gesagt: ‚Warte, ich rutsche noch‘ und P. [Bruder (d. Verf.)] hat mich oben gehalten, dann hat Papa mich einfach durchgeschüttelt und deswegen habe ich gesagt, ich breche jetzt erst mal den Kontakt ab“ (Jaqueline, Z.56)</p>	<p>Wunsch zum Erlernen von Stressreduktion:</p> <p>„I: Nicht? Okay. Oder zum Thema Stress, wie man zum Beispiel gut mit Stress umgehen kann, was man machen, wenn es einem nicht so gut geht Jaqueline: Ja“ (Jaqueline, Z.216)</p> <hr/> <p>„I: Ah okay und was möchtest du hier noch für Themen machen? Anna: Zum Beispiel, dass man nicht streitet“ (Anna, Z.222-223)</p>
<p>Bedürfnis nach Liebe & Zugehörigkeit</p>	<p>Harmonie zwischen Gleichaltrigen</p>	<p>„I: Gibt es denn noch was, was du dir für die Gruppe hier wünschst? Markus: Dass sie sich nicht streiten I: Das finde ich gut</p>		

	<p><i>Markus: Wenn wir was zusammen spielen und die sich streiten, dann bringt es irgendwie keinen Spaß mehr, wenn man das regeln muss“ (Markus, Z.174-182)</i></p> <p>Kontakte zu Gleichaltrigen</p> <p><i>„I: Gibt es denn auch was, wo du dich vielleicht mal verbessern möchtest, was du noch lernen möchtest? Etwas, was wir hier zusammen erlernen können? Markus: Dass man mal mit mehreren zusammen spielt I: Mh (zustimmend) In der Gruppe was spielen? Markus: Ja, oder vielleicht Topf-, wie heißt denn das nochmal? Wenn man einen Topf hat und der andere einen Löffel I: Topfschlagen? Markus: Ja genau I: Ah, okay das möchtest du lernen? Markus: Ja also eigentlich zusammen“ (Markus, Z.156-163)</i></p> <p><i>„I: Gibt es denn noch was, was du dir für die Gruppe hier wünschst? Markus: Dass sie sich nicht streiten I: Das finde ich gut Markus: Wenn wir was zusammen spielen und die sich streiten, dann bringt es irgendwie keinen Spaß mehr, wenn man das regeln muss“ (Markus, Z.174-182)</i></p> <p><i>„I: Hast du dann Ideen, was du hier so gerne machen möchtest? Jaqueline: Mit anderen Kindern spielen“ (Jaqueline, Z.203)</i></p> <p>Aufmerksamkeit</p> <p><i>„Florian: Ach so, ja vielleicht mal allein zusammen treffen können I: Ach so du hast mir erzählst, dass du dir wünschst, dass wir uns mal alleine treffen Florian: Ja“ (Florian, Z.177-179)</i></p>
<p>Bindungsbedürfnis</p>	<p>Eltern- Kind- Beziehung</p> <p><i>„Jaqueline: Weil er [Vater (d. Verf.)] macht nur noch Stress, wenn wir ihn sehen. Wenn man- Wenn man nur was schreit - Mama hat ‚Komm mal kurz‘ dann habe ich gesagt: ‚Warte, ich rutsche noch‘ und P. hat mich oben gehalten, dann hat Papa mich einfach durchgeschüttelt und deswegen habe ich gesagt, ich breche jetzt erst mal den Kontakt ab“ (Jaqueline, Z.56)</i></p> <p><i>„I: Und was magst du nicht so gerne? Anna: Dass Mama mich manchmal (..) ohne Grund anbrüllt wegen ihrer Schmerzen am Bein“ (Anna, Z.87-92)</i></p>
<p>Bedürfnis nach Achtung</p>	<p>Wunsch nach Stärke & Selbstbewusstsein</p> <p><i>„I: Stell dir mal vor, du darfst für einen Tag ein Tier sein, welches wärst du dann gerne? Adem: Ein Löwe I: Ein Löwe, warum denn gerade ein Löwe? Adem: Weil der stark ist“ (Adem, Z.225-228)</i></p> <p><i>„I: Ja, verstehe. Okay. Du sag mal, wenn du für einen Tag ein Tier sein könntest, welches Tier wärst du dann gerne? Markus: Fisch I: Ein Fisch, warum gerade ein Fisch? Markus: Ähm, ein Riesenwels, weil der kann sich gut verteidigen. Der wird auch bis zu acht Meter groß“ (Markus, Z.182-187)</i></p>

	Anerkennung	„Florian: (...) und für mich persönlich wünsche ich mir, dass Michael Jackson aufersteht und nur zu mir fährt, nur zu mir, wenn er mich richtig besuchen würde, das wäre mein persönlicher Wunsch“ (Florian, Z.167)
Bedürfnis nach Lustgewinnung & Unlustvermeidung	Wahrnehmungskompetenz	<p>„I: Erzählst du dann Gott auch manchmal deine Gefühle und deine Gedanken? Sonja: Das manchmal, aber das ist selten“ (Sonja, Z.59-60)</p> <p>„I: Willst du erzählen, wie sich das anfühlt? Karl: Weiß nicht, wie sich das anfühlt I: Versuch mal, zu beschreiben Karl: (...) Weiß ich nicht I: Macht dich das sauer? Karl: Nein I: Macht dich das traurig? Karl: Nein I: Macht dich das glücklich? Karl: Nein I: Ist dir das egal? Karl: Nein I: Was macht das denn mit dir? Karl: Weiß nicht I: Macht das denn irgendwas mit dir? Karl: Nicht wirklich I: Also eigentlich ist es egal Karl: Würde ich sagen I: Oder machst du dir auch Sorgen um deine Tante? Karl: Nicht wirklich“ (Karl, Z.199-220)</p>
	Kind sein dürfen	<p>Entlastung von Verantwortung: „Sonja: Und wo ich mich drin verbessern möchte, das - hier - und das so, dass bei meiner Familie - das sagen meine Geschwister: ‚Du tust immer so, als wenn du unsere Mama bist‘. Da will ich mich auch ein bisschen verändern I: Wie möchtest du dich denn da verändern? Sonja: Ja, dass ich so ein bisschen kindlicher werde wieder und nicht so wie eine Mutter tue, so wie jetzt. Also nicht, dass ich so wie</p> <p>Förderung neuer Spielideen: „I: Okay, wieso ist das bei dir manchmal langweilig? Adem: Allein mit meiner Schwester. Weiß nicht, was ich machen soll I: Ah verstehe. Und Mama und Papa sind die auch da? (Adem: Ja) Aber ist trotzdem langweilig? Adem: Mh (zustimmend)“ (Adem, Z.65-68)</p> <p>Wunsch nach Sielen und Ausflügen: „Florian: Also wenn wir hier jetzt so mit den Kindern sind auf jeden Fall mal ein Schminkttag, das ist ja schon im Sack, aber vielleicht auch mal so Verkleide-Tag. Jeder darf mal so seine Verkleidungssachen mitnehmen I: Das ist eine gute Idee</p>

		<p><i>Mama und so bin“ (Sonja, Z.233-236)</i></p> <hr/> <p>„Markus: Vielleicht mal irgendwie, wenn es ganz heiß ist, irgendwie (...) so in einen Park fahren oder wo es schön warm ist oder an See und dann vielleicht ein bisschen rumtoben. Also ich meinte hier jetzt nicht so einen, sondern schön so ein bisschen im Wald“ (Markus, Z.145)</p>	<hr/> <p>„Anna: Ein Fohlen I: Und warum ein Fohlen? Anna: Dann werde ich immer versorgt und muss nichts tun, außer - aber als Fohlen darf man noch nicht geritten werden, also muss ich dann nichts tun“ (Anna, Z.299-303)</p>	<p><i>Florian: Und dass man auch mal so bei Fasching vielleicht am Nachmittag zum Fasching hier auch mal hinkommt. Ist ja auch schon hier im Februar dann und da, wo auch alles anfängt“ (Florian, Z.141)</i></p>
	Materielle Wünsche	<p>„Anna: Äh (... ..) Ich wünsche mir schon seit meiner Geburt ein eigenes Pferd I: Ein eigenes Pferd damit du reiten kannst, toll Anna: Und noch für meine Familie, das heißt dann vier Pferde und ich wünschte, wir müssten das nie bezahlen, weil wir einen Diener haben, der das bezahlt“ (Anna, Z.305-307)</p>	<p>„Antonia: Für mich, dass ich einen Garten hab I: Einen Garten? Warum einen Garten? Hast du keinen Garten? Antonia: (verneintes Kopfschütteln) Wir wohnen ja im Hochhaus I: Ah verstehe Antonia: Und da gibt es nur eine öde Sandkiste I: Ist nicht so spannend, ne? Verstehe Antonia: Und das ist - Eine richtig große Wiese um’s ganze Haus“ (Antonia, Z.332-338)</p>	
	Entspannung	<p>„Florian. Aber hier kann ich mich ja auch entspannen, mit Michael Jackson bloß I: Das stimmt. Da kannst du dich auch anders entspannen Florian: Ja nämlich die Spannung wird entspannt, also die Entspannung wird spannend“ (Florian, Z.44-46)</p>		
Bedürfnis nach Selbstverwirklichung	Abgrenzung	<p>„Florian: Und dann wünsche ich mir für meine Familie ein Haus mit einem Zimmer größer, damit ich endlich mal alleine in einem Zimmer bin“ (Florian, Z.167)</p>		
	Kreativität	<p>„Sonja: Für die Gruppe, also ist nichts Persönliches, sondern ich würde mich hier ein bisschen freuen, wenn das hier ein bisschen bunter wär, so mit den Farben, also weiße Farbe ist ein bisschen so komisch. Dass so ein bisschen bunter: blau, rot, gelb, Regenbogenfarben, so kleine Bilder, Regenbogen oder so hierhin.“ (Sonja, Z.276)</p>		
Bedürfnis nach Verlangen & Verstehen	Kommunikation	<p>Krankheitsaufklärung: „I: Und hast du manchmal Angst, wenn Mama krank ist? Anna: Ich würde nur Angst haben, wenn sie Grippe kriegt I: Warum denn würdest du bei Grippe Angst kriegen? Anna: Von Grippe kann man sterben</p>		<p>Eigene kommunikative Fähigkeiten: „I: Versuch das mal zu beschreiben, dass ich mir das vorstellen kann [Verhaltensän-</p>

	<p><i>I: Okay, dann hast du Angst, dass Mama oder Papa sterben, wenn sie richtig krank sind?</i> <i>Anna: (zustimmendes Kopfnicken)“ (Anna, Z.163-168)</i></p> <hr/> <p><i>„Jaqueline: Damit wir die Sachen auch lösen können und die auch richtig Hilfe bekommen und alles. Genauso wie ich mit meiner Therapeutin</i> <i>I: Stimmt und hat dir Mama mal erzählt genau, was sie hat oder wie das heißt oder was das ist?</i> <i>Jaqueline: Mh (ablehnend)</i> <i>I: Möchtest du das gerne wissen?</i> <i>Jaqueline: Eigentlich ja</i> <i>I: Eigentlich ja, warum eigentlich? Oder eigentlich auch nicht?</i> <i>Jaqueline: Doch, ich will es gerne wissen, aber sie erzählt nicht</i> <i>I: Sie erzählt nicht, okay. Hast du sie mal gefragt?</i> <i>Jaqueline: Ja, aber sie hat gesagt, das soll uns Kinder noch nichts angehen, weil das bestimmte harte Sachen sind</i> <i>I: Ah, verstehe</i> <i>Jaqueline: Dann kann ich sie aber auch verstehen</i> <i>I: Okay und ist das für dich dann in Ordnung?</i> <i>Jaqueline: Ja, muss ja sein“ (Jaqueline, Z.152-164)</i></p> <p>Äußern von Bedürfnissen:</p> <p><i>„Sonja: Hier für mich würde ich - Ich würde mir wünschen, dass es auf der Welt keine armen Leute und dass es allen gut geht und meiner Familie“ (Sonja, Z.26)</i></p>	<p><i>derung der behinderten Mutter (d. Verf.))</i> <i>Markus: (...) Kann ich gar nicht beschreiben“ (Markus, Z.95-96)</i></p> <hr/> <p><i>„I: Und du hast früher immer alles erzählt, was deine Mutter hat?</i> <i>Florian: Ja, und das mache ich jetzt gar nicht mehr</i> <i>I: Warum machst du das jetzt nicht mehr?</i> <i>Florian: Weil ich find das peinlich, weil dann weiß jeder, was meine Mutter hat und guckt sie immer an und ,was hat sie, was hat sie““ (Florian, Z.98-101)</i></p>
<p>Verbesserung von Schulfächern</p>	<p><i>„Marla: (... ..) Also, was Mathematisches wäre ja für die anderen Kinder nicht so toll, außer für S.“ (Marla, Z.291)</i></p>	<p><i>„Florian: Also lernen können wir hier auch vielleicht auch mal so ein bisschen Mathe, weil Mathe ist nicht so im Gehirn bei mir. Also das Ein-mal-acht das ist noch bei mir stockend. Ich bin ja noch im Mathe-Förder in meiner Schule jeden Dienstag und wenn wir dann Donnerstag hier noch mal sind, das finde ich dann sehr gut“ (Florian, Z.141)</i></p>

G) Ankerbeispiele der Evaluation

1. Wünsche, Bedürfnisse und Wahrnehmung

1.1 Gruppeninhalte

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Aktivitäten und Spiele	Ausflüge	<p><i>I: Okay und gibt es noch was, was dir besonders Spaß macht? Weshalb du gerne hier zur Gruppe kommst?</i></p> <p><i>Luisa: (...) Weil wir hier immer so tolle Sachen machen und das mit den Ausflügen finde ich gut</i></p> <p><i>I: Was denn für tolle Sachen? Beschreib mir das mal so, als ob ich nicht dabei wäre</i></p> <p><i>Luisa: Also, ich fand den Ausflug auf den zweiten Ponyhof, den fand ich toll (Luisa, Z.31-34)</i></p>	<p><i>I: Was hat dir denn an den Ausflügen besonders gefallen?</i></p> <p><i>Kai: Dass wir da spielen durften und machen durften, was wir wollen</i></p> <p><i>I: Also das fandest du am besten: Sachen machen, die du selber machen willst und frei sein und spielen</i></p> <p><i>Kai: Mh (bestätigend) (Nicken) (Kai, Z.177-180)</i></p>	<p><i>Luisa: Die Ausflüge fand ich alle toll</i></p> <p><i>I: Die Ausflüge fandest du alle toll?</i></p> <p><i>Luisa: Mh (bestätigend)</i></p> <p><i>I: Welcher hat dir denn am besten gefallen?</i></p> <p><i>Luisa: Der zweite Ausflug mit dem Ponyhof (Luisa, Z.81-86)</i></p>
	Spielen & Spaß	<p><i>I: Wie gefällt dir denn die Gruppe insgesamt?</i></p> <p><i>Anna: Sehr gut</i></p> <p><i>I: Sehr gut, warum? Was ist denn sehr gut?</i></p> <p><i>Anna: Dass ich hier spielen kann und dass wir manchmal Eier auspusten, so wie heute und dass ich sie anmalen durfte und jetzt mit nach Hause nehmen durfte und dass ich heute auch noch einen Hasen gebastelt habe. Das finde ich sehr gut (Anna, Z.18-21)</i></p>	<p><i>I: Okay, was hast du denn in der Gruppe hier so gemacht? Vielleicht kannst du mir mal so ein paar Beispiele nennen.</i></p> <p><i>Kai: Höhlen gebaut, Quatsch gemacht und manchmal Spiele gespielt</i></p> <p><i>I: Und was hat dir von den Sachen, die du hier gemacht hast, am meisten Spaß gemacht?</i></p> <p><i>Kai: Höhlen bauen (Kai, Z.28-31)</i></p>	<p><i>I: Und was machst du denn am liebsten mit den anderen Kindern hier?</i></p> <p><i>Anna: Verstecken spielen, Ticken oder Fußball spielen, über das Gerüst - In meiner Schule haben wir ein Gerüst, das ist so einen Meter oder so hoch und da schaffe ich es rüber zu werfen (Anna, Z.96-97)</i></p>
	Malen, Basteln, Kneten	<p><i>I: Verstehe. Und Malen, Basteln oder Kneten: Wie findest du das?</i></p>	<p><i>I: Okay. Was hat dir denn so von den Sachen am besten gefal-</i></p>	<p><i>Kai: Malen, Basteln, Kneten fand ich gut</i></p>

	<p><i>Jona: Kneten ist lustig, da kann man ja alles mit kneten, Tiere und so was</i> <i>I: Was magst du denn am Kneten gerne?</i> <i>Jona: Die fühlen sich lustig an. Ich habe das früher immer gemacht, immer in der Pause geknetet und so (Jona, Z.171-174)</i></p>	<p><i>len?</i> <i>Jona: Mh, das Kochen und das Basteln, eigentlich fast alles immer (Jona, Z.22-23)</i></p>	<p><i>I: Was fandest du denn daran gut?</i> <i>Kai: Dass man da seine eigenen Sachen machen durfte (Kai, Z.161-164)</i></p>
<p>Sport, Bewegung, Rausgehen</p>	<p><i>I: Und gehst du auch gerne mal raus, bewegst dich ein bisschen?</i> <i>Jona: Ich bin nicht oft draußen, aber eigentlich würde ich gerne rausgehen. Aber ich mache das nicht, weil ich wüsste nicht, was ich draußen machen sollte. Weil früher, als ich in der anderen Wohnung war, da bin ich immer rausgegangen und bin immer Fahrrad gefahren. Da kannte ich [Ort] überhaupt noch nicht. Und dann bin ich da Fahrrad gefahren und naja - Ich habe mir dann alles angeguckt. Jetzt weiß ich, wie das hier aussieht und jetzt ist es langweilig</i> <i>I: Jetzt musst du quasi nicht mehr rausgehen</i> <i>Jona: Ne jetzt -Ich weiß ja jetzt, wie das ist alles da</i> <i>I: Bist du denn dann gern draußen oder bist du eher ungern draußen?</i> <i>Jona: Ich bin eigentlich gerne draußen, aber ich wüsste nicht, was ich machen sollte. Ich mag das eigentlich gerne, wenn es mal warm ist oder wenn - Jetzt gerade ist ja Herbst. Eigentlich mag ich das richtig gerne, wenn es ein kleines bisschen nur kühl ist, aber nur ein kleines bisschen und dann der Wind dann so - ja, so weht. Dann hört man den Wind immer, das ist lustig</i> <i>I: Schön, dann bist du also eigentlich ganz</i></p>	<p><i>I: Was müsste sich denn verändern, damit es hier so richtig, richtig gut wird?</i> <i>Luisa: Ähm, ich würde ja gerne vielleicht, dass wir noch - vielleicht, dass wir noch einen Raum kriegen, zum Beispiel, dass wir aus dem Raum zum Beispiel so eine Art, also so was Kleines machen, so was, wo man sich austoben kann, so was so mit Hängesitz und so was.</i> <i>I: So einen Toberaum oder so einen Kuschelraum?</i> <i>Luisa: Toberaum</i> <i>I: Toberaum mit Hängekissen und was noch?</i> <i>Luisa: Ja, mit den ganzen - mit so - Also, es gibt ja so Ringe für die Wand, wo man sich dann so -</i> <i>I: Ah, jetzt weiß ich</i> <i>Luisa: Ja</i> <i>I: So ein bisschen sportlich und schaukeln und bewegen</i> <i>Luisa: Ja, so meine ich das (Luisa, Z.118-127)</i></p>	<p><i>Kai: Rausgehen und Bewegen. Da mach ich mal den Punkt</i> <i>I: Was macht dir daran denn Spaß?</i> <i>Kai: Dass man draußen frei ist und nicht gefangen</i> <i>I: Und was machst du dann draußen so?</i> <i>Kai: Bogen schießen</i> <i>I: Was noch?</i> <i>Kai: Pfeile wieder holen und Klettern (Kai, Z.128-137)</i></p> <hr/> <p><i>Florian: Also gefallen hat mir noch, dass wir manchmal rausgegangen sind, jeden Tag rausgehen am besten (Florian, Z.54)</i></p>

	<p><i>gerne draußen, wenn das Wetter passt, aber du weißt nicht genau, was du draußen so machen sollst</i></p> <p><i>Jona: Ja, also meistens bin ich - Also manchmal faul, überhaupt daran zu denken. Also ob ich jetzt rausgehen soll oder nicht. Und dann mache ich irgendwas anderes, aber bei manchen Sachen bin ich eigentlich - Also würde ich gerne rausgehen (Jona, Z.179-187)</i></p>		
Kochen & Backen	<p><i>Jona: Kochen mag ich sehr gerne. Das erste Mal, als ich hier war.</i></p> <p><i>I: Was haben wir denn gemacht?</i></p> <p><i>Jona: Kekse</i></p> <p><i>I: Kekse, ja das stimmt. Und haben wir schon mehr gekocht oder gebacken?</i></p> <p><i>Jona: Ja, wir haben schon mal so einen Kartoffelauflauf gemacht. Ich glaube Pizza, ne. Oder?</i></p> <p><i>I: Ne, aber Salat</i></p> <p><i>Jona: Ja Salat, wir haben Eis gemacht. Wir haben schon mal Erdbeeren gepflückt und (...) und so einen Obstsalat haben wir auch mal gemacht</i></p> <p><i>I: Stimmt und wie fandest du das so?</i></p> <p><i>Jona: Lustig und Erdbeeren konnte man dann auch ganz viel essen (Jona, Z.148-157)</i></p>	<p><i>I: Was hat dir denn am meisten Spaß gemacht hier?</i></p> <p><i>Luisa: Dass wir Muffins mal gebacken haben</i></p> <p><i>I: Dass wir Muffins gebacken haben?</i></p> <p><i>Luisa: Ja</i></p> <p><i>I: Okay</i></p> <p><i>Luisa: Da waren ja nur wir beide hier und die anderen waren ja alle nicht da</i></p> <p><i>I: Ah und was hat dir daran am meisten Spaß gemacht?</i></p> <p><i>Luisa: Den Teig zu machen (Luisa, Z.23-30)</i></p>	<p><i>Jaqueline: Und das Kochen hat auch Spaß gemacht.</i></p> <p><i>I: Die Kartoffelsuppe oder den Salat, den wir gemacht haben? (FG 2a, Z.103-104)</i></p>
Rollenspiel & Verkleiden	<p><i>Alina: Also Verkleiden auf jeden Fall</i></p> <p><i>I: Ach ja, kennst du schon unsere Verkleidungskiste?</i></p> <p><i>Alina: Nein</i></p> <p><i>I: Dann musst du die wohl mal kennenlernen. Also Verkleiden magst du gerne, was noch?</i></p>	<p><i>I: Hast du irgendwelche Ideen, was man vielleicht anders machen könnte?</i></p> <p><i>Alina: Also ich hätte eine Idee, was man so mal machen könnte. Also so einen Tag, wo jeder</i></p>	<p><i>Luisa: Also ich fand, ähm, ich fand von den Sachen gut, das mit dem Gruseln, das fand ich gut, ähm, Geschichten fand ich gut, Pantomime fand ich auch gut und Rollenspiele fand ich</i></p>

	<p><i>Alina: Zum Thema Verkleiden: Das mache ich zu Hause auch immer. Dann ziehe ich mein eines Kleid an und dann noch so einen selbstgemachten Umhang. Nur der sieht etwas anders aus als ein Umhang. Der ist so klein, aber der hält richtig warm</i> <i>I: Das ist ja toll.</i> <i>Alina: Und dann tue ich immer so, als sei ich eine Hexe (Alina, Z.281-288)</i></p>
<p>Inhaltliche Themen</p>	<p>Jemanden zum Reden haben (Kommunikation) [genauer 2.1 Kommunikation]</p> <p><i>I: Stimmt, hier in der Gruppe könntest du mit jemanden darüber sprechen, oder?</i> <i>Anna: Weil, die dürfen ja nicht darüber lachen oder darüber reden, dass das schlecht ist.</i> <i>I: Genau</i> <i>Anna: Die finden das vielleicht auch schlecht, so doof, aber nicht schlecht. Dafür kann Mama nämlich gar nichts, dass sie so dick ist. Papa sagt immer zu mir, dass Mama so eine Krankheit hat und deswegen ist sie so dick und deswegen hat Mama auch so was gekriegt, dass sie da so einen Schal, so eine Genehmigung, dass sie ohne Anschnaller fahren darf, weil der passt ihr nicht. Und sonst würde sie keine Luft mehr kriegen, wenn sie sich anschnallt (Anna, Z.122-125)</i></p> <hr/> <p><i>Alina: Ich glaube nicht, weil ich erzähle meine Probleme jetzt nicht, wenn es in meiner Familie ist, weil dann rede ich lieber mit jemanden anderen darüber, wie jetzt zum Beispiel L. [Freundin].</i> <i>I: Also eher einer Freundin. Würdest du das in einem Zweiergespräch N. [Gruppenbetreu-</i></p> <p><i>mal sein Schminkzeug mitbringt und dann gegenseitig schminken</i> <i>I: Okay, also richtige Schminke oder so -</i> <i>Alina: Schon richtig (Alina, Z.326-329)</i></p> <p><i>I: Hast du darüber mal mit den anderen gesprochen oder hast du denen das erzählt?</i> <i>Alina: Kommt jetzt drauf an welchen anderen.</i> <i>I: Den Mädchen hier</i> <i>Alina: Das mit meinem Vater, ja</i> <i>I: Das schon, okay. Bist du denn eher hier, um darüber mal zu reden und dir ein bisschen Luft zu machen oder weil du dich ablenken möchtest?</i> <i>Alina: Ich bin eher hier, um darüber zu reden.</i> <i>I: Über was möchtest du denn da so genau reden?</i> <i>Alina: Ja eben (...), das fällt mir jetzt nicht ein, wie man das sagen soll. Also ... wo er nun ist</i> <i>I: Dass man mal darüber redet, was passiert eigentlich dann danach, wenn man gestorben ist</i> <i>Alina: Also ich glaube ja daran, dass es dann in den Himmel geht, wie es in der Bibel steht</i></p> <p><i>I: Und würdest du hier darüber reden in der Gruppe?</i> <i>Jona: Wo alle sind?</i> <i>I: Ja</i> <i>Jona: Ich glaube nicht</i> <i>I: Würdest du nicht machen. Und wenn nicht alle da sind, würdest du das dann erzählen?</i> <i>Jona: (...) Joa</i> <i>I: Dann schon</i> <i>Jona: Also glaub schon, wenn ich gerade dazu einen Gedanken habe, dann - Und ich das irgendeinem erzählen möchte, dann sage ich das</i> <i>I: Hast du das schon mal gemacht hier, ein bisschen was erzählt?</i> <i>Jona: Ja, ich habe das hier schon mal erzählt, dass meine Mutter einen Ausrutscher hatte</i> <i>I: Stimmt genau. Hast du das auch den anderen Kindern erzählt?</i> <i>Jona: Nein</i></p>

	<p>ung 1] oder K. [Gruppenbetreuung 2] oder so erzählen, wenn ihr euch gut versteht? Alina: Ja, ich glaube schon I: Das würdest du also eher machen. Also du würdest das eher jemandem Erwachsenen erzählen so zu zweit als der ganzen Gruppe Alina: Ja (Alina, Z.219-223)</p>	<p>eben (...) I: Möchtest du auch darüber reden, wie es dir selber dabei geht? Alina: Ja eigentlich schon I: Auch über deine Gefühle dabei? Alina: Ja I: Da ist ja ein schwieriges Thema. Vorhin hast du erzählt, das Thema Gefühle willst du nicht. Alina: Na ja, mit Ausnahme von dem (Alina, Z.373-391)</p>	<p>I: Das wolltest du nicht so gerne. Und warum traust du dich das nicht? Jona: Weil das meiner Mutter-Also ja ist halt - Keine Ahnung. Meine Mutter hat das ja gemacht. Also das ist ja Privatsphäre von meiner Mutter, wenn ich das erzähle (Jona, Z.334-348)</p>
Streit & Konflikte	<p>Jona: M. saß ja daneben. Ich konnte irgendwie nichts sagen sonst irgendwie. Als sie da so saß, wusste ich nicht, was ich sagen sollte. Und das bescheuerte ist immer, wenn ich jetzt irgendwie - Weil ich mag das nicht, wenn mich jemand heulen sieht und dann ist es so. Ich muss einfach nicht reden und dann fange ich auch nicht an zu heulen I: Okay, deswegen lässt du es lieber ganz sein? Jona: Ja. Und dann hat sie eben zuerst angefangen. Sie hat gesagt, dass ich ihr wichtig bin und dass sie nicht möchte, dass wir keine Freunde mehr sind und dass sie also - (...) N. sie, also - N. nimmt sie mir nicht weg. Dann hat aber M. ihr erklärt, dass sie das schon mal gemacht hat und dann hat sie das auch verstanden und ja. Und ich wusste auch nicht was ich machen sollte, als sie dann losgeheult hatte, aber M. hat sie dann umarmt. Ich</p>	<p>Florian: Das Thema Verbotene Stellen, was ich mal so ähnlich vorgeschlagen hatte I: Verbotene Stellen? Magst du mir das noch mal erklären? Florian: Verbotene Stellen. Du hast auch verbotene Stellen, ich habe auch verbotene Stellen am Körper I: Ach so, also über Mädchen und Jungen, so was wolltest du - Okay. Florian: Mh (bestätigend) So verbotene Sachen, da wo es einem zu weit geht (Florian, Z.58-68)</p>	<p>I: Alles klar. Und das Thema Konflikte? So Streit und so? Wir haben zum Beispiel mal in der Runde besprochen mit wem man streitet und was man dagegen machen kann Alina: Das hatten wir auch mal in der Grundschule. Das wäre irgendwie auch langweilig (Alina, Z.68-70)</p>

	<p>wusste überhaupt nicht, was ich machen sollte <i>I: Ist ganz ungewohnt für dich</i> <i>Jona: Ja (Jona, Z.381-385)</i></p>
<p>Wahrnehmung (Die 5 Sinne)</p>	<p><i>I: Die, die Lust haben. Bei dem haben wir so Wahrnehmungssachen gemacht, zum Beispiel dass etwas Schmecken muss oder dass man etwas erstastet und nicht weiß, was das ist, die Augen dabei zu hat. So Wahrnehmungsspiele</i> <i>Jona: Da sollten wir irgendwie tasten und dann irgendwie hören. Riechen sollte man glaub ich auch, schmecken auch und dann wurden die Augen so zugebunden und da stand da einer und dann bin ich dann so gegangen und dann sollte ich stehen bleiben, wenn ich merke, wenn es nicht mehr - wenn es unangenehm ist, die Nähe - also wenn es noch okay ist, aber nicht weiter. Und das fand ich eigentlich okay, weil - auch lustig, weil ja. Die ist ganz weit gegangen, ist überhaupt nicht mehr stehengeblieben, da stand sie dann so bei mir und ich so: ‚Hä?‘ Okay und sie merkt gar nichts. Dann sollte sie die Augen aufmachen und was ist (lacht), soweit bei ihr. Da hat sie sich voll erschreckt und dann hat sie nachher gesagt: so weit, dass nicht weiter - also, wenn sie jetzt sagen würde: Ja weiter, dann ist das wohl okay und wenn nicht, nicht</i> <i>I: Und das fandest du aber ganz lustig?</i> <i>Jona: Ja. Das fand ich ganz okay (Jona, Z.133-140)</i></p> <p><i>Luisa: Vielleicht, dass wir - vielleicht mal wie - Also ich hätte ja gerne mal wieder das mit diesen Sachen erstasten, das fand ich gut. Also mit diesem Schmecken fand ich gut. Ja, mit dem Schmecken fand ich gut.</i> <i>I: Dinge erschmecken?</i> <i>Luisa: Wo man dann die Taucherbrille aufhatte und dann, wo man denn was nehmen musste und denn hatte man das</i> <i>I: Und dann sagt man, was das ist</i> <i>Luisa: Ja (Luisa, Z.131-135)</i></p> <hr/> <p><i>Kai: Und das fand ich -</i> <i>I: Gegenstände ertasten mittel, wieso?</i> <i>Kai: Ja, weil das ein bisschen gut war und manchmal auch eklig (Kai, Z.108-110)</i></p> <p><i>Jona: Mh (...) Das Gegenstände ertasten</i> <i>I: Wie findest du das?</i> <i>Jona: Ich finde es okay, dann kann spüren, wenn man jetzt nicht die Augen auf hat, wie es sich anfühlt, wenn man es nicht sehen kann</i> <i>I: Und das findest du gut?</i> <i>Jona: (Kopfnicken) Da lernt man ja auch viel (Jona, Z.160-164)</i></p>

	Gefühle	<p><i>Alina: Also, wie soll ich sagen? Interessieren würde es mich nicht so</i> <i>I: Welches denn?</i> <i>Alina: Also ich mein jetzt zum Beispiel das Thema Gefühle, das eher nicht (...)</i> <i>I: Auch über deine Gefühle dabei?</i> <i>Alina: Ja</i> <i>I: Da ist ja ein schwieriges Thema. Vorhin hast du erzählt, das Thema Gefühle willst du nicht (Alina, Z.31-33 und Z.387-390)</i></p>	<p><i>I: Gefühle, wie fandest du die etwa?</i> <i>Kai: So Mittel und ein bisschen besser noch (Kai, Z.23-33)</i></p>	
	Stress und Stressverarbeitung Entspannung	<p><i>Jona: Entspannen mit K. [Gruppenbetreuerin]</i> <i>I: Was habt ihr denn gemacht?</i> <i>Jona: Ich glaube, wir haben zuerst irgendwie einen Tee getrunken oder so was und dann lagen wir auf diesen Sitzplätzen oder wie das heißt</i> <i>I: Sitzsäcke</i> <i>Jona: Ja und da sollten wir uns drauflegen und da hat sie - ich glaub das war genau der Tag, wo wir die Wutsocken gemacht haben - und da sollten wir uns dann so hinlegen und dann hat sie die Socken warm gemacht und die hat sie dann überall hingelegt, also auf die Füße, auf die Arme, auf den Bauch und einer lag dann so auf dem Kopf und dann sollten wir die Augen zumachen und das war eigentlich ganz schön. Dann war das so schön warm</i> <i>I: Schön entspannend</i> <i>Jona: Mh (bestätigend)</i> <i>I: Und das hat dir gut gefallen?</i> <i>Jona: Mh (bestätigend) Ja. Zuerst wollte ich nicht die Augen zu machen, aber dann fand ich es doch gut</i> <i>I: Okay. Konntest du dich dabei entspannen?</i> <i>Jona: Ja (Jona, Z.58-68)</i></p>	<p><i>Alina: Aber was ich sehr interessant fände, wäre Entspannung, dieses Thema</i> <i>I: Würdest du da gerne mal was machen?</i> <i>Alina: Ja (Alina, Z.33-35)</i></p> <hr/> <p><i>Kai: Phantasiereise und Entspannung war ich da da?</i> <i>I: Da haben wir uns alle hingelegt und ich habe etwas vorgelesen?</i> <i>Kai: Da war ich da, das fand ich gut (Kai, Z.43-45)</i></p>	
	Energieabbau	<p><i>Jona: Aber ich weiß, dass wir 'ne Wutprobe-nee Wutsocken oder irgend so was gemacht haben</i> <i>I: Ja genau, was haben wir denn da gemacht?</i> <i>Jona: Zuerst haben wir, also auf einen Zettel was rauf geschrieben, also oben stand dann</i></p>	<p><i>Alina: Ja, wir haben da noch solche Wutbälle gebastelt. Daran kann ich mich auch noch erinnern, aber sonst</i> <i>I: Wie geht denn das noch mal?</i> <i>Alina: Also einen Luftballon aufhalten und dann irgendwie - ich</i></p>	<p><i>I: Das ist toll, dass du das sagst, mit dem viel Energie in dir haben. Warst du da in der Stunde, wo wir geübt haben, wie man Energie raus lassen kann? Wenn man zu viel Energie in sich hat?</i></p>

	<p><i>Wut und dann sollte man drauf schreiben, wie man sich dann fühlt. Dann hat man geschrieben: traurig oder wütend und so - ja noch verschiedene Sachen und dann haben wir nachher so Socken gemacht. Da haben wir dann was eingemacht, Reis oder so was und das haben wir dann gegen die Wand geschmissen</i></p> <p><i>I: Und wie fandest du das?</i></p> <p><i>Jona: Ich fand das eigentlich ganz lustig</i></p> <p><i>I: Wie hat sich das angefühlt?</i></p> <p><i>Jona: Ich war ja jetzt nicht grad wütend oder so was, aber es hat irgendwie Spaß gemacht, das da so „baam“, richtig doll gegenzuschmeißen und Wut raus zu lassen - Was passiert ist und was nicht</i></p> <p><i>I: Und hat dir das geholfen, das zu machen?</i></p> <p><i>Jona: Joa</i></p> <p><i>I: Ja? Wie denn?</i></p> <p><i>Jona: Seelisch hat das so befreit (kichert), also -</i></p> <p><i>I: Das hat seelisch befreit?</i></p> <p><i>Jona: Also, dass so - jetzt - also, die Wut in die Socke rein zu machen und dann so richtig doll gegen die Wand schmeißen und ja - keine Ahnung (Jona, Z.29-42)</i></p>	<p><i>glaube das war Mehl - haben wir da rein gefüllt. Und dann eben zumachen</i></p> <p><i>I: Und dann?</i></p> <p><i>Alina: Luftballon noch drum machen und ja - Wenn man will, kann man dann auch ein Gesicht drauf malen</i></p> <p><i>I: Und was hast du gemacht mit deinem Wutball?</i></p> <p><i>Alina: Ich habe da ein Gesicht draufgemalt und ein bisschen Watte draufgeklebt als Haare</i></p> <p><i>I: Ah okay und was kann man dann noch machen mit dem Wutball?</i></p> <p><i>Alina: Man kann ihn sehr doll drücken, wenn man wütend ist eben</i></p> <p><i>I: Stimmt, hast du das mal gemacht?</i></p> <p><i>Alina: Nö. Ich fand dafür sah er viel zu lustig aus (Alina, Z.17-30)</i></p>	<p><i>Florian: Nein, dann hätte ich den Stuhl schon dagegen geworfen</i></p> <p><i>I: Würdest du denn gerne wissen, was du machen kannst in den Situationen, in denen du am liebsten richtig wehtun willst?</i></p> <p><i>Florian: Nö, ich will einfach irgendwo schlagen können (Florian, Z.238-241)</i></p>
Keine Ideen / keine Erinnerung	<p><i>I: Das ist gut zu wissen. Und was noch? Was würdest du gerne mal machen?</i></p> <p><i>Alina: Na ja, sonst gibt es eigentlich kein wirkliches Thema, was mich so anspricht</i></p> <p><i>I: Sonst vielleicht kein Thema, sondern Spiele oder so. Was man so machen kann?</i></p> <p><i>Alina: (...) Nö, also Ideen habe ich jetzt grade dafür nicht (Alina, Z.276-279)</i></p>	<p><i>I: Wir haben auch manchmal schon was über Krankheiten besprochen, am Anfang meistens</i></p> <p><i>Luisa: Ja</i></p> <p><i>I: Erinnerst du dich da an was?</i></p> <p><i>Luisa: Ähm, weiß nicht so genau mehr (Luisa, Z.56-59)</i></p>	<p><i>I: Okay, gut (... ..) Dann haben wir mal zusammen über Konflikte gesprochen, über Streit.</i></p> <p><i>Jona: Ich glaub schon, aber ich weiß nicht mehr ganz genau (Jona, Z.113-114)</i></p>

<p>Andere Gruppenkinder</p>	<p>Freunde finden</p>	<p><i>Jona: Ja, macht man halt mehr mit anderen was. Ich habe ja vorher - Ssonst bin ich ja immer zu Hause und ist ja immer jeden Mittwoch und dann sehe ich halt die anderen wieder und die sind halt anders. Und Pia ist ja immer so anhänglich, wenn man das mal so sagen darf. Also sie albert ja immer ganz viel rum und ist ja auch noch ein Kind und da merkt man: Okay, ich bin jetzt hier in dieser Gruppe, da ist es ein bisschen anders, hab mich eigentlich daran schon gewöhnt. Ich finde das eigentlich lustig mit den anderen beiden hier was zu machen (...)</i> <i>Jona: So wie jetzt beim Kekse backen. Das ist so - Also da waren ja auch alle dabei. Dann nehmen die das denn so und dann nehmen die das in den Mund oder so was</i> <i>I: Ja machen sie Quatsch</i> <i>Jona: Ja so was</i> <i>I: Wie findest du das?</i> <i>Jona: Eigentlich ganz lustig (Jona, Z.217-226)</i></p> <hr/> <p><i>Alina: Also, ich bin hier, weil ich wollte mich einfach davon ablenken, dass mein Vater nicht mehr lebt und (...) ja. Außerdem wollte ich noch andere Mädchen kennen lernen (Alina, Z.368)</i></p>	<p><i>Jona: Also, Alina kenne ich noch nicht so, also Pia. (... ..)</i> <i>Da war ja vorher noch Jacqueline da, mit der bin ich immer nach Hause gelaufen</i> <i>I: Hast du dich mit ihr auch gut verstanden?</i> <i>Jona: Mh (bestätigend), also sie hat hier so gesagt, irgendwas mit Freunde und so, dass wir Freunde sind (Jona, Z.238-240)</i></p>	
	<p>Gemeinsamkeiten</p>	<p><i>I: Stimmt, hier in der Gruppe könntest du mit jemanden darüber sprechen, oder?</i> <i>Anna: Weil, die dürfen ja nicht darüber lachen oder darüber reden, dass das schlecht ist</i> <i>I: Genau</i> <i>Anna: Die finden dass vielleicht auch schlecht, so doof, aber nicht schlecht. Dafür kann Mama nämlich gar nichts, dass sie so dick ist. Papa sagt immer zu mir, dass Mama so eine Krankheit hat und deswegen ist sie so dick und deswegen hat Mama auch so was gekriegt, dass sie, da so ein Schal, so eine Genehmigung, dass sie ohne Anschnaller fahren darf, weil der passt ihr nicht. Und sonst</i></p>	<p><i>I: Wie findest du die Gruppe denn gesamt hier bisher?</i> <i>Alina: Also ich finde sie ganz gut</i> <i>I: Was findest du denn am besten, was wir hier so machen?</i> <i>Alina: Also, was ich am besten finde ist, dass wir hier alle zusammen was machen (Alina, Z.316-321)</i></p> <hr/> <p><i>Jona: Wenn alle was zusammen machen, also irgendwas. Was demjenigen jetzt eingefallen ist,</i></p>	<p><i>I: Okay(...) Und was machst du denn am liebsten mit den anderen Kindern hier?</i> <i>Anna: Verstecken spielen, Ticken oder Fußball spielen, über das Gerüst - In meiner Schule haben wir ein Gerüst, das ist so ein Meter oder so hoc, und da schaffe ich es rüber zu werfen (Anna, Z.100-103)</i></p>

		würde sie keine Luft mehr kriegen, wenn sie sich anschnallt (Anna, Z.122-125)	so Spiele spielen (Jona, Z.238)	
	Andere Kinder (keinen Anschluss)	<p>I: Dann mal über die anderen Kinder hier in der Gruppe. Hast du dich mit denen gut verstanden?</p> <p>Florian: Nein. Ganz offen gesagt: nein</p> <p>I: Hast du denn - Mit manchen hast du dich nicht so gut verstanden -</p> <p>Florian: Mit den meisten</p> <p>I: Mit den meisten. Mit wem hast du dich einigermaßen gut verstanden?</p> <p>Florian: Mit keinem, mit gar keinem</p> <p>I: Ist das der Hauptgrund, weshalb dir das hier nicht Spaß gemacht hat. Kann das sein?</p> <p>Florian: (Kopfnicken) Zum Beispiel hier mit, wie heißen die beiden Gören, Antonia und Jaqueline (Florian, Z.98-105)</p>	<p>I: Was hat dir denn hier so an der Gruppe nicht so gefallen?</p> <p>Luisa: Also, nicht so gut fand ich auch immer - Also, wenn jetzt zum Beispiel - weil André und Anna sind ja immer so gröhlich und das nervt dann ja auch immer, wenn Anna - Und wenn man dann das machen muss, was sie will und dann, wenn sie denn - Ja, so wie wir das schon mal hatten mit dem - als sie dann geheult hat, weil sie das nicht wollte (Luisa, Z.110-112)</p>	<p>I: Woran lag das, dass du dich so blöd hier gefühlt hast?</p> <p>Florian: So uncool habe ich mich gefühlt wegen den anderen</p> <p>I: Wegen den anderen Kindern?</p> <p>Florian: Mh (bestätigend) (Florian, Z.119-122)</p>
Struktur	Anfangs- und End-Runde	<p>I: Was machst du denn am liebsten mit anderen Kindern hier?</p> <p>Kai: Mh (...) den Kreis</p> <p>I: Den Anfangskreis?</p> <p>Kai: Mh (bestätigend)</p> <p>I: Was magst du denn daran?</p> <p>Kai: Dass man immer erzählen kann, was man so gut fand und was man nicht so gut fand</p> <p>I: Das magst du gerne, okay</p> <p>Kai: Mh (bestätigend) (...) Mehr fällt mir nicht mehr ein (Kai,Z.230-238)</p>	<p>Florian: Also wenn ich mich hier so richtig wohl fühlen würde, müssten am besten die Kreise ausfallen. Wir können alle Mal, wenn wir aneinander vorbeigehen, so hallo sagen, aber sonst können wir direkt anfangen (Florian, Z.130)</p>	<p>I: Okay, dann findet ihr es also besser, wenn wir hier die Anfangsrunde ganz schnell machen und dann irgendwas Schönes, wie Rausgehen oder Kochen oder Spielen, machen?</p> <p>Alle: Ja</p> <p>Antonia: Lieber gleich spielen (FG2a, Z.130-132)</p>
	Regeln	<p>I: Fallen dir noch andere Themen ein, die wir in der Runde mal besprochen haben, die jetzt nicht draufstehen?</p> <p>Kai: Nein. Doch, die Regeln</p> <p>I: Die Gruppenregeln, ja stimmt. Was kannst du denn dazu sagen?</p>	<p>I: Stimmt, hier in der Gruppe könntest du mit jemanden darüber sprechen, oder?</p> <p>Anna: Weil die dürfen ja nicht</p>	

	<p><i>Kai: Dass die manchmal toll waren und manchmal langweilig.</i> <i>I: Du meinst die Gruppenregeln vorlesen?</i> <i>Kai: Ja</i> <i>I: Was magst du denn daran, dass wir die immer vorlesen?</i> <i>Kai: (...) Dass ich die nicht immer hören muss, nur jeden zweiten Dienstag. Was ich daran doof fand früher, dass man die jeden Tag vorlesen muss, jeden Tag das Gleiche (Kai, Z.80-89)</i></p>	<p><i>darüber lachen oder darüber reden, dass das schlecht ist</i> <i>I: Genau</i> <i>Anna: Die finden das vielleicht auch schlecht, so doof, aber nicht schlecht (Anna, Z.122-125)</i></p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2 Wünsche & Veränderungsideen

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Keinen Veränderungswunsch		<p><i>I: Gibt es denn hier in der Gruppe irgendwas, was du nicht so gut findest? Was du gerne verändern möchtest?</i> <i>Jona: (...) Nicht, dass ich jetzt wüsste</i> <i>I: Was müsste sich denn verändern, damit das hier so richtig, richtig cool wird?</i> <i>Jona: (... ..)</i> <i>I: Weißt nicht?</i> <i>Jona: Ich finde das jetzt schon so gut (Jona, Z.271-276)</i></p>		<p><i>I: Müsste sich denn irgendwas verändern, damit es so richtig, richtig gut wird?</i> <i>Alina: Meiner Meinung nach jetzt nicht (Alina, Z.336-337)</i></p>
Musik		<p><i>Kai: (...) Und (... ..) dass da mehr Musik ist</i> <i>I: Wo soll mehr Musik sein?</i> <i>Kai: Da (zeigt auf den Rekorder)</i> <i>I: Dahinten? Dass wir mehr Musik spielen</i> <i>Kai: Nein, dass da mehr Musik gemacht werden soll</i> <i>I: Was denn für Musik?</i> <i>Kai: Geschichten</i> <i>I: So Hörspielgeschichten?</i> <i>Kai: Ja und eine ganz Bestimmte</i> <i>I: Welche denn?</i> <i>Kai: Kannst dir bestimmt vorstellen</i> <i>(...)</i></p>		<p><i>I: Also, du hättest hier gern mal den Gangnam-Style gehört</i> <i>Kai: Ja</i> <i>(Kai, Z.217-218)</i></p>

	<p><i>Kai: Ist gerade ganz ,In', der ist im Knast. Kennst du Psy?</i> <i>I: Hab ich schon mal gehört</i> <i>Kai: Der das immer tanzt, wo die so (Arm-Bewegungen) machen</i> <i>I: Aber nicht dieser Gangnam-Style, oder?</i> <i>Kai: Doch (Kai, Z.190-209)</i></p>
<p>Raum</p>	<p><i>I: Was müsste sich denn verändern, damit es hier so richtig, richtig gut wird?</i> <i>Luisa: Ähm, ich würde ja gerne vielleicht, dass wir noch (...) vielleicht, dass wir noch einen Raum kriegen, zum Beispiel, dass wir aus dem Raum zum Beispiel so eine Art, also so was Kleines machen, so was, wo man sich austoben kann, so was so mit Hängesitz und so was</i> <i>I: So einen Toberaum oder so einen Kuschelraum?</i> <i>Luisa: Toberaum</i> <i>I: Toberaum mit Hängekissen und was noch?</i> <i>Luisa: Ja, mit den ganzen - mit so - Also, es gibt ja so Ringe für die Wand, wo man sich dann so - (Luisa, Z.118-125)</i></p> <p><i>I: Zu der Gruppe, so was du noch sagen möchtest?</i> <i>Florian: Größerer Raum</i> <i>I: Größerer Raum, okay</i> <i>Florian: Das war schon ganz am Anfang</i> <i>I: Ja, okay</i> <i>Florian: Weil dieser kleine Raum ist mit sehr vielen Leuten, besonders für Kinder ist dieser Raum wie ein Kindergarten (Florian, Z.145-150)</i></p> <p><i>Kai: Ich würde mir wünschen, dass das Haus hier größer ist</i> <i>I: Hier für die Gruppe?</i> <i>Kai: Ja</i> <i>I: Warum?</i> <i>Kai: Damit hier mehr Platz ist zum Spielen (Kai, Z.340-344)</i></p>
<p>Bekanntes</p>	<p>Coping / Entspannung</p> <p><i>Man sagt ja, man soll sich in der Gruppe entspannen, man soll sich richtig wohl fühlen, sagt man ja auch auf den Plakaten, dass man sich mal so richtig abstressen soll und das ist hier so ganz das Gegenteil</i> <i>I: Also du findest es hier eher anstrengend?</i> <i>Florian: Es soll so sein, wie auf den Plakaten</i> <i>I: Was steht denn auf den Plakaten drauf?</i> <i>Florian: Dass man sich hier wohl fühlen kann, dass man hier seinen Stress abladen kann, dass man hier jemanden zum Reden hat (Florian, Z.130-134)</i></p> <p><i>Alina: Stresswaage. Das ist, wenn man Stress hat oder?</i> <i>I: Genau, da geht es um das Thema Stress. Was zum Beispiel Stress macht und was man gegen Stress machen kann. Die haben wir mal behandelt. Da kannst du dir wahrscheinlich jetzt nicht so viel drunter vorstellen</i> <i>Alina: Ja</i> <i>I: Würdest du denn gerne mal zum Thema Stress was machen?</i> <i>Alina: Ja (Alina, Z.59-68)</i></p> <hr/> <p><i>I: Welches Thema möchtest du beim nächsten Mal machen?</i> <i>Antonia. Gar nichts. Chillen (FG2b, Z.182-183)</i></p>

	<p>Rausgehen</p> <p><i>I: Du findest das gut. Was soll denn, von den Sachen die wir hier machen, bleiben, damit es so gut bleibt, wie es jetzt ist?</i> <i>Jona: Dass wir rausgehen (Jona, Z.277-278)</i></p>	<p><i>I: Und was müsste noch passieren, damit du dich wohler fühlst?</i> <i>Florian: Alle dürfen rausgehen. Die Kinder dürfen sowieso rausgehen. Was soll man denn Schlimmes tun? Und einer soll hier oben bleiben, dann können die hier oben bleiben, können rausgehen, wenn die wollen (Florian, Z.139-140)</i></p>	
	<p>Kochen</p> <p><i>Alina: (...) Also kochen mag ich noch gerne</i> <i>I: Was denn so?</i> <i>Alina: Ja zum Beispiel, was ich am besten kann, sind ja Rühreier</i> <i>I: Und sollen wir auch mal was kochen, was du noch nicht kannst?</i> <i>Alina: Joa</i> <i>I: Oder Backen</i> <i>Alina: Ja, also einen Kuchen gebacken habe ich alleine noch nie, aber würde ich gern mal machen (Alina, Z.291-298)</i></p>	<p><i>I: Doch, okay. Was müsste sich denn verändern, damit das hier noch so richtig, richtig gut wird?</i> <i>Kai: Dass wir mal Burger machen (Kai, Z.185-186)</i></p>	<p><i>I: Ja, super und noch was?</i> <i>Jaqueline: Rausgehen oder so was wie neulich mit dem Kochen (FG2a, Z.95-96)</i></p>
	<p>Ausflüge</p> <p><i>I: Okay gut, was habt ihr denn mal für Ideen, was wir hier machen können, was wir bisher noch nicht gemacht haben?</i> <i>(...)</i> <i>Jaqueline: Hansapark, Heidepark (FG2a, Z.91-93)</i></p>	<p><i>I: Was hat dir denn an der Gruppe hier nicht so gut gefallen?</i> <i>Kai: (...) Dass wir hier noch nicht übernachtet haben (Kai, Z.181-182)</i></p>	<p><i>I: Okay, ihr wollt gern Ausflüge machen</i> <i>Alle: Jaa</i> <i>I: In den Hansa- oder den Heidepark</i> <i>Antonia und Jaqueline: Ja (FG2a, Z.99-102)</i></p>

	<p>Selbstständiges und selbstbestimmtes Spielen</p>	<p><i>Florian: Also am besten wäre es, wenn wir alle tun dürften, was wir wollen. Alle dürfen rausgehen. Die Kinder dürfen sowieso rausgehen. Was soll man denn Schlimmes tun? Und einer soll hier oben bleiben, dann können die hier oben bleiben, können rausgehen, wenn die wollen. So was würde richtig schön wohlfühlen. Dann könnten wir einfach reinkommen, hallo sagen, kannst du vielleicht mal die Klingel so ganz kurz im Stehen machen, geht ja schnell. Dann können wir rausgehen oder du bleibst natürlich hier oben, passt hier auf, kann man hier schön spielen. Das mit dem Aufpassen gilt natürlich nur für die Kleinen. Die Großen können ja schon was, bis auf Jaqueline, die tut einen auf kindisch</i> <i>I: Okay, also du möchtest mehr Freiheit haben und nicht diese ganze Struktur und diese Regeln, die magst du nicht so gerne</i> <i>Florian: Ja (Florian, Z.140-142)</i></p> <hr/> <p><i>I: Und was machst du, wenn du keine Lust hast?</i> <i>Jona: Dann setze ich mich irgendwo hin oder vielleicht hole ich mir ein Blatt Papier, wenn ich Lust habe</i> <i>I: Also, machst du halt das, worauf du so Lust hast</i> <i>Jona: Man muss ja nicht grade Fangen spielen, wenn man das nicht möchte</i> <i>I: Ne, das stimmt. Nur eben, wenn man das auch will (Jona, Z.295-299)</i></p>	<p><i>I: Okay, dann findet ihr es also besser, wenn wir hier die Anfangsrunde ganz schnell machen und dann irgendwas Schönes, wie Rausgehen oder Kochen oder Spiele machen?</i> <i>Alle: Ja</i> <i>Antonia: Lieber gleich spielen (FG2a, Z.130-132)</i></p>
<p>Familie</p>	<p>Aufmerksamkeit / Zeit & Gesundheit</p>	<p><i>I: Du hast gesagt, du wünschst dir mehr Zeit mit deinen Eltern. Ist das jetzt nicht so, dass ihr viel Zeit habt?</i> <i>Luisa: Ne, mein Vater arbeitet immer so lang und meine Mutter kümmert sich meistens nur um meine Oma</i> <i>I: Ach so, warum kümmert sie sich denn um deine Oma?</i> <i>Luisa: Ja, die ist ja im Winter, im Februar ist sie aufs Glatteis gefallen</i> <i>I: Und da hat sie sich was gebrochen?</i> <i>Luisa: Ja den Arm, den Rechten</i> <i>I: Okay und jetzt muss deine Mama sich um sie kümmern?</i> <i>I: Und was machst du dann?</i> <i>Luisa: Ich mache da gar nichts, weil Mama sich ja um alles kümmert</i> <i>I: Nervt dich das denn?</i> <i>Luisa: Jaaa (Luisa, Z.256-269)</i></p>	<p><i>Luisa: Dass meine Eltern und ich, dass wir mehr Zeit miteinander verbringen können (Luisa, Z.242)</i></p>

1.3 Gründe des Fernbleibens

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Zeitkonflikte	Schule: Ausflüge, Schulschluss, Hausaufgaben	<p>Würdest du denn so weiterkommen, wenn sich die Zeiten der Gruppe ändern würden? Florian: Ja, wenn es am Sonntag ist I: Am Sonntag würdest du kommen Florian: Höchstens, aber allerhöchstens I: Aber unter der Woche würdest du nicht kommen? Florian: Mh (verneinend), die Woche ist dann immer ausgebucht I: Weil du dann zu viel zu tun hast? Florian: Und ich will mich jetzt noch anstrengen ins Gym [Gymnasium] zu kommen. Deswegen wird es immer schwerer. Die ganze Woche mache ich mir kein bisschen spielen mit Freunden, nur bei mir mindestens wenn ich Zeit hab, sonst üben und Hausaufgaben machen I: Das ist ja anstrengend Florian: Aber ich will ins Gym [Gymnasium] kommen und 12 Klassen machen und Abitur machen und dann habe ich alles frei (Florian, Z.36-45)</p>	<p>I: Warum möchtest du denn jetzt mit der Gruppe aufhören? Florian: Halt wegen der Schulzeit und wenn ich dann immer ganz kaputt hier herkomme und ich hab bis 15:20 Uhr Schule, das ist immer voll doof dann I: Also ist dir das zu stressig mit den Terminen? Florian: Ja I: Was müsste denn passieren, damit du weiter hier in die Gruppe kommst? Florian: Dass sich die Schulzeiten ändern, dass ich nicht immer sechs Stunden habe I: Hast du denn jeden Tag sechs Stunden? Florian: Jeden Mittwoch, ja (Florian, Z. 24-31)</p>	<p>I: Gibt es auch mal Tage, an denen du nicht kommen kannst? Jona: Ja, das ist verschieden. Manche Tage komme nicht und manche schon. Wenn ich jetzt irgendwie was in der Schule habe oder so I: Was für Gründe können das denn sein, dass du mal nicht kommst? Jona: Wenn ich krank bin oder wenn ich einen Schulausflug habe (Jona, Z. 16-19)</p>
	Verabredungen und Termine	<p>Luisa: Also, ich komme - Ich bin ja nicht immer gekommen, aber jetzt haben wir ja einen Weg gefunden, wie wir das machen I: Was waren denn Gründe, weshalb du mal nicht gekommen bist? Luisa: Weil manchmal war ich dann nicht da zu Hause oder wir hatten einen Termin oder ich war schon ganz lange mit jemandem verabredet oder ich war krank oder so (Luisa, Z. 16-18)</p>		<p>I: Wieso bist du denn nicht regelmäßig gekommen? Florian: Weil ich manchmal keine Zeit hatte oder mit Freunden unbedingt spielen wollte (Florian, Z. 14-15)</p>
Andere Kinder		<p>I: Was hat dir denn hier so an der Gruppe nicht so gefallen?</p>	<p>I: Bist du denn gern in die Gruppe gekommen?</p>	<p>I: Woran lag das, dass du dich so blöd hier gefühlt</p>

	<p>Luisa: Also, nicht so gut fand ich auch immer - Also - wenn jetzt zum Beispiel - weil André und Anna sind ja immer so gröhlich und das nervt dann ja auch immer, wenn Anna - Und wenn man dann das machen muss, was sie will und dann, wenn sie denn - Ja, so wie wir das schon mal hatten mit dem - als sie dann geheult hat, weil sie das nicht wollte</p> <p>I: Also, wenn ihr Streit habt, das stört dich</p> <p>Luisa: Also ja, das stört mich</p> <p>I: Und wenn die anderen so laut sind, das stört dich auch?</p> <p>Luisa: Ja (Luisa, Z.110-115)</p>	<p>Florian: Mittel, manchmal ärgern die mich immer und deswegen - I: Wer ärgert dich manchmal?</p> <p>Florian: Jaqueline oder wie die heißt. Die ärgert mich sogar jetzt noch in der Schule. Die ist ja in meiner Parallelklasse (Florian, Z.16-19)</p>	<p>hast?</p> <p>Florian: So uncool habe ich mich gefühlt wegen den anderen</p> <p>I: Wegen den anderen Kindern?</p> <p>Florian: Mh (bestätigend) (Florian, Z.119-122)</p>
<p>Erkrankung des Kindes</p>	<p>I: ... Bist du denn immer regelmäßig gekommen?</p> <p>Anna: Nein</p> <p>I: Ne? Was waren denn Gründe, dass du nicht kommen konntest?</p> <p>Anna: Ähm, letzte Woche das und manchmal war ich ja auch krank und mehr Gründe fallen mir nicht ein (Anna, Z.9-10)</p>	<p>I: Gibt es auch mal Tage, an denen du nicht kommen kannst?</p> <p>Jona: Ja, das ist verschieden Manche Tage komme ich nicht und manche schon. Wenn ich jetzt irgendwie was in der Schule habe oder so</p> <p>I: Was für Gründe können das denn sein, dass du mal nicht kommst?</p> <p>Jona: Wenn ich krank bin oder wenn ich einen Schulausflug habe (Jona, Z.16-19)</p>	<p>I: Warum bist du denn manchmal nicht gekommen?</p> <p>Kai: Weil ich zur Tagesklinik musste</p> <p>I: Ah okay, und gab es noch andere Gründe, warum du nicht kommen konntest?</p> <p>Kai: Wenn ich mal krank war (Kai, Z.19-22)</p>
<p>Fahrproblem</p>	<p>I: Was war letzte Woche nochmal?</p> <p>Anna: Ähm, dass mich niemand herbringen konnte.</p> <p>I: Und warum kann dich manchmal niemand herfahren?</p> <p>Anna: Mama hat ja Tafel und [Familienhelferin] hat manchmal auch was anderes. (Anna, Z.11-16)</p>		

1.4 Gesamteindruck

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Positiv	Gemeinsamkeit	<p><i>I: Wie findest du die Gruppe denn gesamt hier bisher?</i> <i>Alina: Also ich finde sie ganz gut</i> <i>I: Was findest du denn am besten, was wir hier so machen?</i> <i>Alina: Also, was ich am besten finde ist, dass wir hier alle zusammen was machen (Alina, Z.316-320)</i></p>		
	Spiele & Ausflüge	<p><i>I: Okay und gibt es noch was, was dir besonders Spaß macht? Weshalb du gerne hier zur Gruppe kommst?</i> <i>Luisa: (... ..) Weil wir hier immer so tolle Sachen machen und das mit den Ausflügen finde ich gut (Luisa, Z.31-32)</i></p>	<p><i>I: Was war denn gut an den Ausflügen?</i> <i>Antonia: Alles</i> <i>Jaqueline: Alles</i> <i>Pia: Alles (FG2a, Z.58-61)</i></p>	<p><i>I: Gab es denn was, was du nicht gut fandest?</i> <i>Antonia: Ich fand alles gut, das Reiten (FG2a, Z.69-70)</i></p>
	Alles	<p><i>I: Wie gefällt die denn die Gruppe insgesamt?</i> <i>Anna: Sehr gut</i> <i>I: Sehr gut, warum? Was ist denn sehr gut?</i> <i>Anna: Dass ich hier spielen kann und dass wir manchmal Eier auspusten, so wie heute und dass ich sie anmalen durfte und jetzt mit nach Hause nehmen durfte und dass ich heute auch noch einen Hasen gebastelt habe. Das finde ich sehr gut</i> <i>I: Okay. Was macht dir denn an der Gruppe hier insgesamt am meisten Spaß?</i> <i>Anna: Die Themen</i> <i>I: Welche Themen?</i> <i>Anna: Alle (Anna, Z.18-25)</i></p>	<p><i>I: Okay. Was hat dir denn so von den Sachen am besten gefallen?</i> <i>Jona: Mh, das Kochen und das Basteln, eigentlich fast alles immer (Jona, Z.22-23)</i></p> <hr/> <p><i>I: Das stimmt, dann wird es schwierig. Und wenn du einen Wunsch hier für die Gruppe hast, was würdest du dir dann wünschen?</i> <i>Alina: Dass es so bleibt (Alina, Z.360-362)</i></p>	<p><i>I: Wie gefällt euch die Gruppe denn insgesamt so?</i> <i>Pia: Gut</i> <i>Antonia: Auch gut</i> <i>Jaqueline: Gut (FG2a, Z.107-110)</i></p> <hr/> <p><i>Jaqueline: Kannst du nicht die Gruppe verlängern, bis um sieben?</i> <i>I: Das geht leider nicht</i> <i>Jona: Nein, bis um neun</i> <i>Jaqueline: Bis um zehn. Wie lange darf ich wach bleiben? Bis um elf (FG2b, Z.167-170)</i></p>
Negativ	Runde (Struktur)	<p><i>Florian: Also nicht so gefallen hat, da komme ich jetzt mit einem Sack an, ist, dass wir immer Stunden im Kreis sitzen am Anfang. Dass wir</i></p>	<p><i>Florian: Also der für die Gruppe wär: kein Gruppenkreis mehr (Florian, Z.351)</i></p>	<p><i>I: Okay, dann findet ihr es also besser, wenn wir hier die Anfangsrunde ganz</i></p>

	<p>welche haben, die sind in der Vierten und lesen wie in der Zweiten. Dass die Runde immer ganz langsam geht. Dass es Spiele gibt, die ich im Kindergarten schon kennen gelernt habe und dass die meisten hier immer blöd zu mir sind und Ähnliches. Und dass wir meistens nicht rausgegangen sind. Und wenn Mehrheit war bei Spielen, dann mussten wir es immer alle spielen. Und die Regel ‚Ideen und Spiele zunächst einmal ausprobieren‘ ist auch nicht meine Stärke. So viel zu: ich mag's nicht (Florian, Z.56)</p>	<p>I: Fallen dir noch andere Themen ein, die wir in der Runde mal besprochen haben, die jetzt nicht draufstehen? Kai: Nein. Doch: Die Regeln I: Die Gruppenregeln, ja stimmt. Was kannst du denn dazu sagen? Kai: Dass die manchmal toll waren und manchmal langweilig (Kai, Z.80-86)</p>	<p>schnell machen und dann irgendwas Schönes, wie Rausgehen oder Kochen oder Spielen machen? Alle: Ja Antonia: Lieber gleich spielen (FG2a, Z.130-132)</p>
<p>Probleme mit anderen Kindern</p>	<p>I: Was gefällt dir an der Gruppe hier denn nicht so gut? Anna: Nichts I: Nichts? Anna: Doch eins I: Sag Anna: Dass manche Jungs hier furzen und rülpsen I: Okay Anna: Und manche schmatzen. Das würde ich nicht - Das wollte ich mir gerade abgewöhnen I: Okay, das gefällt dir nicht so gut. Was müsste sich denn verändern hier, damit es so richtig gut wird? Anna: Dass manche nicht mehr furzen und nicht mehr rülpsen und nicht mehr schmatzen (Anna, Z.82-91)</p>	<p>I: Was hat dir denn hier so an der Gruppe nicht so gefallen? Luisa: Also, nicht so gut fand ich auch immer - Also wenn jetzt zum Beispiel - weil André und Anna sind ja immer so gröhlich und das nervt dann ja auch immer, wenn Anna - Und wenn man dann das machen muss, was sie will und dann, wenn sie denn - Ja, so wie wir das schon mal hatten mit dem - als sie dann geheult hat, weil sie das nicht wollte I: Also, wenn ihr Streit habt, das stört sich Luisa: Also ja, das stört mich I: Und wenn die anderen so laut sind, das stört sich auch? Luisa: Ja (Luisa, Z.110-115)</p>	

	<p>Ausgewählte Themen</p> <p><i>I: Und welche waren doof?</i> <i>Jaqueline: Das hier: Stresswaage, Krankheiten, Phantasiereise, Entspannung, die fünf Sinne Dings da (FG2a, Z.75-76)</i></p>	<p><i>I: Und du Antonia?</i> <i>Jaqueline: Antonia hat das Gleiche wie ich</i> <i>I: Lass doch Antonia mal selber antworten</i> <i>Jaqueline: Wir haben immer beide das Gleiche</i> <i>Antonia: Auch Stresswaage, Krankheiten, Phantasiereisen und fünf Sinne (FG2a, Z.77-81)</i></p>	
<p>Effektivität der Themenbearbeitung</p>	<p>Hilfreich</p> <p><i>I: Außer Ich bin stolz-Rundblitz, Rausgehen und den Indianerschrei</i> <i>Luisa: Den habe ich doch gesagt</i> <i>I: Ach so, den findest du gut?</i> <i>Luisa: Ja</i> <i>I: Hast du den schon mal zu Hause benutzt?</i> <i>Luisa: Ja</i> <i>I: Erzähl mal</i> <i>Luisa: Also, ich habe den meinen Freundinnen gezeigt und die mögen den auch</i> <i>I: Und macht ihr das manchmal?</i> <i>Luisa: (nickt)</i> <i>I: Ja? In welcher Situation denn?</i> <i>Luisa: Also, wenn mein Vater zum Beispiel was hoch holt, was meine Mutter mir nicht hochholt, zum Beispiel Barbie oder so was. Das holt meine Mutter mir ja nie hoch und mein Vater holt es dann immer. Und meine Freundinnen und ich wir uns immer freuen, wenn meine Mutter oder meine Oma schläft, dann schreien wir immer so einen Schrei laut (Luisa, Z.66-77)</i></p>	<p><i>I: Aha okay. Und so manche Themen, die wir hier besprochen haben, zum Beispiel Stress oder Rollenspiele oder Entspannung, hilft dir was davon auch zu Hause?</i> <i>Luisa: Ja, also meine Mutter - denn ich hab - Wir haben auch zu Hause eine Waage und da haben wir das auch schon ganz oft so gemacht</i> <i>I: Was habt ihr denn da so gemacht mit der Waage?</i> <i>Luisa: Also wir haben das nicht Stresswaage genannt, sondern Glückswaage haben wir das genannt und da packen wir immer Steine rein, wenn man über was glücklich ist und wenn wir viele Steine für gut für schlecht sind (Luisa, Z.51-54)</i></p>	<p><i>Jona: Ich war ja jetzt nicht grad wütend oder so was, aber es hat irgendwie Spaß gemacht, das da so „baam“, richtig doll gegenzuschmeißen und Wut rausgelassen - Was passiert ist und was nicht</i> <i>I: Und hat dir das geholfen, das zu machen?</i> <i>Jona: Joa</i> <i>I: Ja? Wie denn?</i> <i>Jona: Seelisch hat das so befreit (kichert), also</i> <i>I: Das hat seelisch befreit?</i> <i>Jona: Also, dass so - jetzt - also, die Wut in die Socke rein zu machen und dann so richtig doll gegen die Wand schmeißen und ja- keine Ahnung (Jona, Z.29-41)</i></p>
	<p>Nicht hilfreich</p> <p><i>I: Hilft dir das denn auch zu Hause, die Dinge, die wir hier besprechen?</i> <i>Anna: (Kopf nicken)</i> <i>I: Ja? Wie denn? Kannst du da Beispiele nennen?</i> <i>Anna: Nein</i></p>	<p><i>I: Haben dir manche Übungen geholfen, zu Hause oder so? Schwierig, wenn du dich nicht erinnerst</i> <i>Florian: Nö</i> <i>I: Okay. Und hast du manche</i></p>	<p><i>I: Haben dir die Sachen, die wir hier gemacht haben, die wir gelernt haben, auch weitergeholfen, so zu Hause und so?</i> <i>Kai: Mittel (Kai, Z.89-90)</i></p>

	<p><i>I: Wir machen hier ja zum Beispiel - Haben mal eine Geschichte gelesen zu einer Krankheit oder machen eine Entspannungsübung. Wendest du so was zu Hause auch an?</i></p> <p><i>Anna: Nein (Anna, Z.34-39)</i></p>	<p><i>Übungen zu Hause angewendet?</i></p> <p><i>Florian: Nö, natürlich nicht (Florian, Z.91-94)</i></p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Entwicklung & Veränderung

2.1 Kenntnisse über elterliche Erkrankung

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Erklärungsmodelle von Erkrankungen		<p><i>Kai: Das passiert, wenn man sich zu doll- eine Weile zu doll aufregt. Und es gibt Zellen und es gibt, wenn die Zellen hin und her so begrenzt- und wenn die Zellen-, dann werden die Zellen irre, ja so ganz beknackt und man merkt es nicht und dann passiert das immer öfters und dann wird man- und dann kommen immer mehr von diesen Zellen, immer mehr und die verbreiten sich immer doller und immer größer und dann flippt man hinterher so aus, das man Krebs bekommt.</i></p> <p><i>I: Woher weißt du das denn so genau?</i></p> <p><i>Kai: Mama hatte mal Krebs und einmal, wo ich mal bei ihr im Krankenhaus besucht habe, da hat sie mir zwei Bücher darüber geschenkt.</i></p> <p><i>I: Ah und die Bücher haben das dann erklärt, wie das dann verläuft.</i></p> <p><i>Kai: Ja, mit so einem Radium Robin, der eine</i></p>	<p><i>I: Wie geht es denn jetzt deiner Mama?</i></p> <p><i>Kai: Besser</i></p> <p><i>I: Ist sie wieder gesund?</i></p> <p><i>Kai: Das geht nie weg. Das ist unmöglich.</i></p> <p><i>I: Stimmt, man ist nie wirklich gesund, wenn man mal Krebs hatte</i></p> <p><i>Kai: Irgendwann hat man herausgefunden, dass wenn das passieren würde, dass es 200 oder 300 Jahre dauern würde, damit das weg ist. Und so lange leben Menschen nicht.</i></p> <p><i>I: Richtig. Boa, du weißt ja echt gut Bescheid über die Krankheit.</i></p> <p><i>Kai: Es ist aber nicht die</i></p>	<p><i>Florian: Ja, die hat einen Schiefhals (genervt), das bald wieder vorbei ist. Mein Vater hat nichts, der nimmt dumme Drogen, wie zum Beispiel Zigaretten und trinkt Alkohol. Meine Mutter isst auch ein bisschen Alkohol-Joghurt und trinkt Rum. Mein Vater auch, ja und. Ist ja nicht viel, ist ja keine Krankheit. Bis auf meinen Vater, der hat 'ne Krankheit (macht rauchen nach) (Florian, Z.199)</i></p> <hr/> <p><i>I: Genau, über welche Sa-</i></p>

	<p>und wenn die Haare ausfallen, heißt das, der hat seine Brille verloren und ist gegen die Wand gelaufen (lacht). Und so ein anderer, der frisst also das war ja- Und dann gab's noch so ein Mädchen, das hat das denn weggeschleudert und wenn sie zu doll geschleudert, dann wenn sie an eine liebe Zelle gekommen ist, dann gehen die Haare aus. (Kai, Z.247-251)</p>	<p>schlimmste Krankheit. Es gibt eine Krankheit, gegen die man gar nichts machen kann. I: Ja, welche denn? Kai: Weiß ich nicht, wie die heißt I: Aids? Kai: Mh (bestätigend) I: Die ist noch schlimmer. Kai: Weil die so wenig auftaucht bei den Menschen, kann man gar nicht mehr helfen, weil die erfahren das erst nach drei / vier Monaten, wo man es schon hat und dann- I: Ja, und dann kann man nichts mehr dagegen tun. Das ist dann richtig schlimm. Aber deiner Mama geht es jetzt wieder so weit gut? Kai: Ja besser (Kai, Z.256-271)</p>	<p>chen haben wir noch gesprochen? Was hast du gelernt? Anna: Über- lass mich kurz nachdenken. Pest, Pest, (...) Windpocken I: Und die Krankheit deiner Mama? Deiner Mama geht es ja auch manchmal nicht so gut, ne? Oder deinem Papa. Hast du darüber was gelernt? Anna: Nö, Mama tut nur das Bein weh, aber ich weiß nicht, was sie hat. (Anna, Z.112-115)</p>
<p>Kommunikation Contra</p>	<p>Kinder möchten keine Informationen (z.B. bei Sucht)</p> <p>I: Hättest du denn mal Interesse etwas über die Alkoholkrankheit zu lernen oder zu wissen, wie es dazu kommen kann? Alina: Nö I: Oder wie das so passiert? Alina: Eigentlich weiß ich ja schon, wie das so kommt I: Okay, und dann möchtest du darüber lieber nicht mehr so viel wissen. Hast du denn noch irgendeinen Bedarf oder ist das Thema für dich schon erledigt? So von früher und die Probleme mit deiner Mutter und dass da mal nicht so schöne Situationen - Alina: Nö, eigentlich habe ich darüber auch</p>	<p>I: Okay. Deine Mutter hat eigentlich auch eine Krankheit, kann man ja auch so sagen. Das gehört auch dazu [Alkoholismus] Jona: Das macht sie ja nicht mehr I: Ja, das stimmt. Und würdest du darüber gerne ein bisschen mehr erfahren? Jona: (... ..) Ich weiß ja, wie das ist, also - wie sie sich fühlt. Also lieber würde ich da nichts drüber erfahren, wie ich weiß - Also wenn ich schon mal weiß,</p>	<p>I: Möchtest du hier denn was über bestimmte Krankheiten lernen, wissen? Luisa: Mh (ablehnend) I: Ne? Luisa: Mh (ablehnend) I: Warum denn nicht? Luisa: Weiß nicht I: Interessiert dich das gar nicht so? Luisa: Ne I: Interessieren dich andere Sachen mehr? Luisa: Ja (Luisa, Z.191-201)</p>

	<p><i>schon mit ihr geredet (Alina, Z.202-208)</i></p> <hr/> <p><i>Alina: Ja oder da war auch mal das andere Mal. Dort war sie auch bei der Polizei, weil sie besoffen durch Bad Bramstedt gegangen ist. Was sie da genau gemacht hat, weiß ich aber auch nicht. I: Warst du nicht dabei? Alina: Nö und ehrlich gesagt, will ich das auch nicht so genau wissen (Alina, Z.160-162)</i></p>	<p><i>dass meine Mutter das gemacht hat, dann - ja, würde ich das niemals machen und erfahren würde ich lieber auch nichts mehr I: Möchtest darüber auch nicht so gerne reden? Oder was darüber wissen, wie das so funktioniert oder was Gründe sind oder so? Jona: Die Gründe weiß ich ja I: Du weißt das schon Jona: Ja (Jona, Z.105-113)</i></p>
<p>Kinder möchten nicht darüber sprechen</p>	<p><i>I: Pia, wie fandest du denn die Geschichte? Pia: Scheiße I: Du fandest sie auch scheiße? Pia lacht: Ja I: Ist okay, warum fandest du die denn blöd? Pia: Weil ich solche Geschichte nicht gern mag I: Ja, das ist völlig okay, was magst du denn an den Geschichten nicht? Pia: Ich hasse Geschichten I: Generell Geschichten oder diese Geschichte? Pia: Beides I: Warum magst du denn diese Geschichte nicht? Pia: Weil die scheiße ist I: Jetzt erklär mal bisschen genauer Pia: Weil da so viele Krankheiten vorkamen I: Ich habe dich nicht verstanden Pia: Weil die so viel mit Krankheiten zu tun hat. I: Weil das so viel mit Krankheiten zu tun hat. Das magst du nicht so? Pia: Nö</i></p>	<p><i>Kai: Das fand ich nicht gut, dass wir über Krankheiten gesprochen haben I: Okay, Krankheiten fandest du nicht so gut? Kai: Nö I: Magst du darüber nicht so gerne reden? Oder was fandest du daran nicht - Kai: Krankheiten sind einfach bescheuert I: Und ich meine, ja, Krankheiten an sich sind blöd. Wir haben ja darüber gesprochen, wie das funktioniert, warum jemand krank ist K. Find ich einfach blöd (Kai, Z.48-56)</i></p> <p><i>I: Brauchst du also nicht nochmal. Würdest du darüber mit den Kindern in der Gruppe auch mal reden? Alina: Ich glaube eher nicht. I: Eher nicht, warum denn nicht? Alina: Weil ich das einfach nicht mache. Ich weiß eigentlich genau, auch nicht warum. Ich mache es einfach eben nicht (Alina, Z.208-212)</i></p>

	<p><i>I: Okay, das kann ich verstehen. Das ist ein blödes Thema</i> <i>Antonia: Ja (FG2b, Z.46-65)</i></p> <p><i>I: Aber du hast schon mitbekommen, dass da irgendwas nicht so richtig stimmt mit deiner Mutter, dass irgendwas anders ist. Hast du darüber mal mit jemandem geredet, über das Alkoholproblem?</i> <i>Alina: Nein, ich hab`s immer für mich behalten. Weil meine Mutter hat auch gesagt, ich soll niemandem davon erzählen, weil es ihr auch ein bisschen peinlich wäre. Und deswegen habe ich auch niemandem davon erzählt (ausatmen) (Alina, Z. 167-168)</i></p> <p><i>I: Und habt ihr darüber auch mal gesprochen, dass deine Mama mal alkoholkrank war?</i> <i>Alina: Mh (verneinend)</i> <i>I: Darüber habt ihr noch nicht gesprochen</i> <i>Alina: Mh (verneinend) Na ja, ich weiß ja, wie das war und für mich war das eigentlich auch keine schöne Zeit, als sie - Bevor sie in Therapie gegangen ist (Alina, Z. 149-152)</i></p> <p><i>I: Sprichst du manchmal mit jemandem darüber?</i> <i>Anna: (Kopf schütteln)</i> <i>I: Nein? Warum denn nicht?</i> <i>Anna: Keine Ahnung. Vielleicht ja auch, weil die anderen sagen: Meine Mutter ist zu fett. Und das ist sie gar nicht (Anna, Z.116-119)</i></p>
<p>Kommunikation Pro</p>	<p><i>I: Finde ich auch, wenn man sich das so anhört. Du hast ja auch schon mal über deinen Papa erzählt, als du hier warst. Der hatte ja früher auch bisschen Probleme, hast du ja mal erzählt, mit dem Herzen oder?</i> <i>Alina: Nein, das war mit der Hauptschlagader</i> <i>I: Genau, die ist ja am Herzen dran. Und da wäre es eine Idee, dass man darüber reden kann, wie es so passieren kann, so dass man das besser versteht. Wäre das was für dich?</i> <i>Alina: Ja, eigentlich schon, denn ich würde gerne wissen, wie das so - Also ich meine, wie man das eben - Wie soll ich sagen? Wie das ist eben.</i> <i>I: Wie so etwas passieren kann?</i> <i>Alina: Weil mein Onkel hatte das auch mal, aber er wurde deswegen operiert und dann kam da so ein Ding rein</i> <i>I: So ein Stent</i></p> <p><i>Jona: Krankheiten, hatten wir das schon mal?</i> <i>I: Ich weiß nicht genau. Kannst du dich da an etwas erinnern?</i> <i>Jona: (Kopfschütteln)</i> <i>I: Ne? Vielleicht war das auch in einer anderen Gruppe. Wie findest du denn das Thema Krankheiten? Wenn man darüber was lernt, was interessiert?</i> <i>Jona: (... ..) Na gut. Weiß man ja, was bei dieser Krankheit passiert, oder?</i> <i>I: Ja, wenn man sich jetzt eine Sache aussucht zum Beispiel und darüber spricht. Würdest du das gerne mal machen?</i> <i>Jona: (...) Joa, wenn man 'ne bestimmte Krankheit wissen möchte, ist das eigentlich ganz okay, das mal zu erfahren, wie das so ist</i> <i>I: Gibt es da was, was dich besonders interessieren würde?</i> <i>Jona: So schlimme Krankheiten oder -</i> <i>Jona: Joa</i> <i>I: Was denn?</i> <i>Jona: Die Krankheit, die mein Opa hatte</i></p> <p>Wunsch nach mehr Informationen und Wissensvermittlung (krankheits-spezifisch)</p>

	<p><i>Alina: Ja genau</i> <i>I: Und dein Papa hatte das auch. Und machst du dir auch manchmal Gedanken, ob du so was auch mal bekommen könntest?</i> <i>Alina: Nö, eigentlich nicht</i> <i>I: Das ist gut. Aber du möchtest trotzdem gerne wissen, wie das so funktioniert</i> <i>Alina: Ja, weil - Damit ich es später vielleicht vermeiden kann, falls ich mal so was bekommen sollte</i> <i>I: Das ist ganz schlau. Damit du vielleicht auch nachvollziehen kannst, was da passiert ist. Ich frag mal so genau: Möchtest du das wirklich, wirklich wissen, oder möchtest du das vielleicht auch manchmal gar nicht wissen?</i> <i>Alina: Doch ich möchte das schon gerne wissen (Alina, Z.81-99)</i></p>	<p><i>I: Wie heißt die denn?</i> <i>Jona: Ich glaube, er hatte Krebs, also - ja</i> <i>I: Und darüber würdest du gern ein bisschen mehr erfahren?</i> <i>Jona (nickt): Weil es kann ja sein, dass ich die auch mal bekomme, weil ich stamme ja von meinem Vater ab und ja -</i> <i>I: Weißt du, was der für ein Krebs hatte? Es gibt ja verschiedene</i> <i>Jona: Mh (...) Ich glaube Leber oder irgendwie so. Es wurde schon mal weggemacht, aber dann hat sich das noch mehr verbreitet und - Mein Opa wollte auch nicht mehr, weil die Freundin von ihm, die heißt (...), die ist ja vor ihm gestorben, ein paar Tage später ist Opa dann gestorben (Jona, Z.84-103)</i></p> <hr/> <p><i>I: Ah, so. Welche Themen gefallen dir denn gut?</i> <i>Anna: Gefühle, Krankheiten (Anna, Z.30-31)</i></p>
<p>Wunsch nach Austausch (in Gruppe oder mit Erwachsenen)</p>	<p><i>I: Es fühlt sich einfach so an, als ob du es nicht machen möchtest, okay. Und wenn jemand anderes aus der Gruppe jetzt damit anfangen würde zu erzählen, wie würdest du damit umgehen?</i> <i>Alina: Also, ich (...) weiß jetzt auch nicht ganz genau, wie ich reagieren würde. Wahrscheinlich würde ich dann sagen, ja mir geht es genauso. Und ich würde auch ein paar Tipps geben, wenn das noch irgendwie im Moment so ist.</i> <i>I: Hättest du da ein paar Tipps vielleicht, was man machen kann?</i> <i>Alina: Ja, zum Beispiel mit seiner- mit dem Elternteil darüber reden (Alina, Z.212-216)</i></p>	
<p>Soziale Unterstützung (zu Hause) vorhanden</p>	<p><i>I: Aber das ist halt manchmal sehr schwierig mit jemandem zu reden über die Probleme, die man hat. Redest du manchmal mit jemandem über deine Probleme?</i> <i>Alina: Ja, meistens mit meiner Mutter</i> <i>I: Ja, das ist doch gut. Das heißt, ihr könnt miteinander auch reden, wenn es dir mal nicht so gut geht?</i> <i>Alina: Ja (Alina, Z.191-194)</i></p>	<p><i>I: Und was machst du, wenn du Probleme mit deiner Mutter hast?</i> <i>Alina: Äh, also ich erzähle es dann meinen Freunden</i> <i>I: Das ist gut. Das machst du auch?</i> <i>Alina: Ja, allerdings nur meiner allerbesten Freundin (Alina, Z.195-198)</i></p> <p><i>I: Mit wem hast du denn darüber gesprochen eigentlich über die Krankheit?</i> <i>Kai: Mit Papa</i> <i>I: Hat er dir das so erzählt, wie das läuft?</i> <i>Kai: Ja</i> <i>I: Und mit noch jemandem?</i> <i>Kai: Nein (Kai, Z.272-278)</i></p>

2.2 Stressverarbeitung

Hauptkategorie	Unterkategorie	Zitat 1	Zitat 2	Zitat 3
Strategien	Soziale Unterstützung	<p><i>I: Und was machst du, wenn du Probleme mit deiner Mutter hast?</i> <i>Alina: Äh, also ich erzähle es dann meinen Freunden</i> <i>I: Das ist gut. Das machst du auch?</i> <i>Alina: Ja, allerdings nur meiner allerbesten Freundin</i> <i>I: Das ist völlig okay, also nur eine</i> <i>Alina: L., sie war auch schon in der Grundschule in meiner Klasse und daher meine Freundin (Alina, Z. 195-200)</i></p> <hr/> <p><i>I: Was hilft euch denn am meisten, wenn ihr sauer seid?</i> <i>Jaqueline: Zu meiner Freundin gehen (FG2b, Z. 126-127)</i></p>	<p><i>I: Kannst du denn auch mal mit jemandem reden, wenn du mal sauer bist?</i> <i>Anna: Ich habe eine Schwester</i> <i>I: Ja</i> <i>Anna: An meinem Geburtstag konnte ich mal mit zwei Kindern reden, L. und A. und draußen kann ich auch mit denen reden (Anna, Z. 142-145)</i></p> <hr/> <p><i>I: Mit wem hast du denn darüber gesprochen eigentlich über die Krankheit?</i> <i>Kai: Mit Papa</i> <i>I: Hat er dir das so erzählt, wie das läuft?</i> <i>Kai: Ja</i> <i>I: Und mit noch jemandem?</i> <i>Kai: Nein (Kai, Z. 272-278)</i></p>	
	Kognitive Umstrukturierung	<p><i>Alina: Wenn ich an die guten Sachen denke, geht's mir eigentlich gut</i> <i>I: Das ist ja gut zu wissen. Also ist es ja eigentlich was Gutes, wenn du dich dran erinnerst. Und wann geht es dir nicht so gut?</i> <i>Alina: Wenn ich daran denke, dass so, wie ich ihn kenne, wahrscheinlich nie wieder sehen werde</i> <i>I: Also dir geht es nicht gut, nicht wenn du an die Sachen denkst, sondern wenn du denkst, dass es halt nicht wieder so sein kann. Was machst du denn dann in den Momenten, wenn du dann traurig bist?</i> <i>Alina: Dann denke ich immer an die guten Sachen</i> <i>I: Du denkst einfach an was anderes? Geht das?</i> <i>Alina: Ja also an die guten Sachen von meinem Vater, das funktioniert also bei mir</i> <i>I: Also, wenn du halt merkst, jetzt werde ich wieder traurig, dann suchst du dir halt</i></p>		<p><i>I: Hast du noch Ideen, was du machen kannst, wenn du mal so richtig gestresst bist?</i> <i>Alina: Also, dann sage ich mir meistens immer: Okay, jetzt ist es Zeit fürs Chillen</i> <i>I: Ach cool und das geht?</i> <i>Alina: Ja, meistens</i> <i>I: Sagst du dir es einfach in deinem Kopf oder sagst du es dir laut?</i> <i>Alina: Ich sage es mir in mei-</i></p>

	<p>einen anderen Gedanken Alina: Dann suche ich mir immer die lustigen Sprüche von - I: Welche denn so? Alina: Zum Beispiel: was wäre eigentlich, wenn die Erde sich anders herum drehen würde? Das hat mein Bruder mal gefragt (lacht) und dann hat er halt gelacht und gesagt: ‚Ja, dann würde sie sich halt anders herum drehen, ne‘ I: Ja, verstehe. Das ist lustig Alina: Oder wie auch einmal gesagt hat: ‚Mach mal ein dummes Gesicht‘ und er dann: ‚Danke, danke, das reicht schon‘ (lacht) und dann hat er noch gesagt: ‚So ein Gesicht, wie du habe ich auch, nur da sitze ich drauf‘ (lacht) I: (Lacht) Okay, ich merke schon, der hatte gute Sprüche parat Alina: Das habe ich irgendwie von ihm geerbt (Alina, Z.407-422)</p>	<p>nem Kopf I: Und dann bist du nicht mehr gestresst? Alina: Doch, manchmal schon, aber meistens nicht mehr (Alina, Z.256-263)</p>
Rückzug	<p>Jona: Und wenn ich jetzt irgendwie traurig bin oder so was, fresse ich das auch einfach in mich hinein, ich kenne das nicht anders I: Was machst du? Jona: Ich verdaue es I: Du verdaust das? Jona: Ja also, wenn jetzt keiner da ist und ich grad traurig bin, dann gehe ich in mein Zimmer und weine oder so was oder - Es war auch letztens, da fand ich das doof, dass M. immer gesagt hat, dass ich faul bin und so was. Und ja - Da hatte ich das unbewusst dann an Mama rausgelassen. Dann hat Mama mich nachher dann gefragt, was ist. Ich so: ‚Gar nichts‘. Und dann bin ich zur Küche gegangen, habe meine Sache weggeräumt, weil wir grad was gegessen haben und dann hat sie mich noch mal gefragt und ich so: ‚Gar nichts‘. Dann wollte ich an ihr vorbeigehen und dann wollte sie mich nicht vorbei lassen. Und dann ist es nachher so hochgekommen und dann habe ich ihr das so erzählt und habe dabei dann voll geweint. Und das ist schon ein Wunder, wenn ich schon mal vor meiner Mutter weine I: Ja? Machst du das sonst nicht so? Jona: Mh (verneinend). Weil ich finde, das sollte irgendwie keiner wissen, dass ich jetzt traurig bin. Das ist nur wegen einer kleinen Sache oder so was I: Das ist dir dann unangenehm, dass jemand anderes das sieht Jona: Ja, also sehen darf das schon jemand, dass ich weine, aber ich möchte nicht, dass jemand weiß, dass ich traurig bin, dass ich dann unglücklich bin oder so was I: Also dann gehst du lieber in dein Zimmer und machst die Tür zu und bist da ein</p>	<p>I: Was machst du denn, wenn du mal einen Streit hast mit deinen Eltern? Wie verhältst du dich dann? Florian: Entweder ich haue ab oder ich haue ab I: Du haust hab. Und was machst du, wenn du abhaust? Florian: Ja, ich packe meine Sachen. Das letzte Mal habe ich mir sogar aus diesen kleinen Müslischachteln - Habe ich mir so gekauft, das sind ja diese Minidinger für die Schule, habe ich mir davon drei eingepackt und einfach auf so einen Spielplatz gelaufen. Dann habe ich so ein paar Decken gehabt, habe mir die so gemacht. Das war richtig schön gemüt-</p>

	<p>bisschen traurig und lässt das raus. Verstehe, okay Jona: Ja, ja, ich bin nicht so ein Kuschetyp, deswegen I: Mehr so für dich alleine Jona: Das war auch, als mein Kaninchen gestorben ist, war mein Vater irgendwie da. Beide haben dann irgendwie gesagt, dass sie mir was sagen wollen oder so. Und ja - Dann haben sie gesagt, dass mein Kaninchen gestorben ist. Und dann hat Mama mich in den Arm genommen und dann habe ich sozusagen meine Tränen versteckt und wollte nicht, dass irgendwie - Papa war ja auch dabei, ich wollte nicht, dass sie das sehen. Und mein Papa hat so gesagt irgendwie, dass es im Himmel ist oder so was und dann haben die irgendwas angesprochen und er hat dann gesagt, ihm tut das auch leid, also mit Mama, dass er das getan hat (Jona, Z.361-374)</p> <hr/> <p>I: Ah, dann sagst du das Mama. Das ist gut. Und was machst du, wenn bei euch zu Hause jemand krank ist oder sich nicht gut fühlt? Luisa: Weiß nicht. Dann lasse ich denjenigen in Ruhe (Luisa, Z.234-235)</p>	<p>lich (Florian, Z.272-275)</p> <hr/> <p>Anna: Und meine Decke, die mache ich auch kaputt und boxe sie, aber ich mache sie nicht richtig kaputt, sonst kann ich gar nicht mehr mich so schön einkuscheln (Anna, Z.141)</p>
Ablenken	<p>I: Was machst du denn zu Hause, wenn du Stress oder wenn du mal Streit hast? Luisa: Ich hab `ne Freundin, wenn man - Also ich habe eine Freundin, die hat `nen Hund und `ne Katze. Die Katze heißt S. und der Hund heißt B. Und wenn meine Mutter mich dann anmeckert, höre ich ja eigentlich gar nicht zu, weil ich in meinem Kopf einfach immer sage: ‚lulibadi lulibadi lulibadi lulibadi lulibadi lulibadi lulibadi‘. Dann höre ich einfach gar nicht zu und genauso mache ich das auch bei meiner Lehrerin. Weil einmal hat sie mich angemotzt und da habe ich gesagt: doofe Schnepfe I: Was machst du denn, wenn sie motzt? Luisa: Dann sage ich das einfach in meinem Kopf I: Dann sagst du einfach die ganze Zeit ‚lulibadi lulibadi lulibadi‘?</p> <p>I: Was würdest du denn einem Freund sagen, wenn der jetzt sagt: Meine Mama hat Krebs und ich weiß gar nicht, was ich machen soll? Kai: Dann sage ich ihm, wie ich das gemacht habe I: Wie hast du das denn gemacht? Kai: Ich habe so getan, als ob alles normal wär. Ich hab so getan, als ob das gar nicht da wäre und das hat Mama dann auch ein bisschen geholfen I: Das ist ja gut Kai: Weil dann hat Mama auch manchmal vergessen, dass sie überhaupt Krebs hatte (Kai, Z.278-284)</p>	<p>Alina: Also, ich bin hier, weil ich wollte mich einfach davon ablenken, dass mein Vater nicht mehr lebt und (...) ja. Außerdem wollte ich noch andere Mädchen kennen lernen I: Das ist so der Hauptgrund. Alina: Ja (Alina, Z.368-370)</p> <hr/> <p>I: Und du Antonia, was machst du, wenn Jaqueline zu dir kommt? Antonia: Mit ihr chillen, Fernsehen gucken (lacht), ablenken und Lachen, Lachen spielen (FG2b, Z.140-141)</p>

	<p>Luisa: Genau I: Und dann musst du nicht mehr zuhören Luisa: Ne, dann höre ich nicht I: Du denkst dich einfach woanders hin Luisa: Genau (Luisa, Z.206-216)</p>
<p>Aggression</p>	<p>I: Okay. Was machst du denn dann jetzt, wenn du mal richtig sauer bist und Stress hast? Anna: Du meinst zum Beispiel, wenn ich nicht in die Gruppe kann? I: Zum Beispiel Anna: Dann heule ich zu Hause rum I: Bist du so traurig, wenn du nicht kommst? Warum denn das? Anna: Weil das doof ist I: Und dann weinst du? Und was machst du noch? Anna: Äh (...) ich mache alles zu Hause kaputt, manche Sachen zumindest. Nur die Stoffsachen, wie mein Kissen, das boxe ich I: Ah, okay Anna: Und meine Decke, die mache ich auch kaputt und boxe sie, aber ich mache sie nicht richtig kaputt, sonst kann ich gar nicht mehr mich so schön einkuscheln (Anna, Z.232-141)</p> <p>Florian: Ja, den habe ich schon drei Mal in die Eier geschlagen. Ey, das tut gut, wenn man richtig mal „disch“ macht, tut richtig gut. Deswegen sag ich manchmal, ich will einen Box Sack, ich will mich richtig auskämpfen oder einen Menschen, der sich das traut, geschlagen zu werden, richtig mal ‚waaa‘. I: Du hast also richtig viel Energie in dir drin Florian: Ja, was ich nicht freisetzen kann I: Hast du denn eine Idee, wie du die freisetzen kannst? Florian: Ja, indem ich iwas habe, an dem ich schlagen kann, soviel ich will, am besten eine Heizung, die geht ja nicht so schnell kaputt (Florian, Z.229-237)</p> <p>I: Was machst du denn jetzt, wenn du mal Streit oder Stress hast? Kai: Dann prügeln ich mich I: Du prügeln dich? Erzähl mal Kai: Die Jungs in der Schule machen das immer so. Wenn wir streiten, dann gehen wir immer auf den Schulhof und klären das mit den Fäusten (Kai, Z.303-307)</p>
<p>Übungen (Kenntnis davon)</p>	<p>Stresswaage</p> <p>Luisa: Ja, also meine Mutter - denn wir haben auch zu Hause eine Waage und da haben wir das auch schon ganz oft so gemacht I: Was habt ihr denn da so gemacht mit der Waage? Luisa: Also wir haben das nicht Stresswaage genannt, sondern Glückswaage haben wir das</p> <p>Kai: Die Stresswaage fand ich mittel I: Kannst du dich daran noch erinnern an die Stresswaage? Kai: Ja, da mussten wir immer auf einen Zettel schreiben, was Stress macht und was nicht so viel Stress macht I: Und hast du davon was gelernt? Kai: Nö I: Weißt du noch, was wir da besprochen haben?</p>

	<p>genannt und da packen wir immer Steine rein, wenn man über was glücklich ist und wenn wir viele Steine für gut für schlecht sind I: Das ist ja toll (Luisa, Z.52-55)</p>	<p>Kai: Ja, wenn man Stress hat, dass man das ausgleicht I: Ja, dass man das ausgleicht mit anderen Sachen. Fallen dir noch Sachen ein, womit man das ausgleichen kann? Kai: Mh (verneinend). Ist schon zu lange her (Kai, Z.59-68)</p>	
<p>Stressabbau (Indianerschrei und Wutball)</p>	<p>Alina: (...) Ja, wir haben da noch solche Wut-Bälle gebastelt. Daran kann ich mich auch noch erinnern, aber sonst I: Wie geht denn das noch mal? Alina: Also einen Luftballon aufhalten und dann irgendwie, ich glaube das war Mehl, haben wir darein gefüllt. Und dann eben zumachen I: Und dann? Alina: Luftballon noch drum machen und ja - Wenn man will, kann man dann auch ein Gesicht drauf malen I: Und was hast du gemacht mit deinem Wut-Ball? Alina: Ich habe da ein Gesicht drauf gemalt und ein bisschen Watte draufgeklebt als Haare I: Ah, okay und was kann man dann noch machen mit dem Wut-Ball? Alina: Man kann ihn sehr doll drücken, wenn man wütend ist eben I: Stimmt, hast du das mal gemacht? Alina: Nö. Ich fand dafür sah er viel zu lustig aus. I: Also wolltest du ihn nicht zerdrücken Alina: Ja (Alina, Z.17-30)</p> <hr/> <p>I: Ah verstehe Kai: Indianerschrei fand ich cool, kann ich I: Was ist denn der Indianerschrei überhaupt?</p>	<p>Jona: Aber ich weiß, dass wir 'ne Wutprobe - Ne Wutsocken oder irgend so was gemacht haben I: Ja genau, was haben wir denn da gemacht? Jona: Zuerst haben wir, also auf einen Zettel was raufgeschrieben, also oben stand dann Wut und dann sollte man drauf schreiben, wie man sich dann fühlt. Dann hat man geschrieben traurig oder wütend und so - ja noch verschiedene Sachen und dann haben wir nachher so Socken gemacht. Da haben wir dann was eingemacht, Reis oder so was, und das haben wir dann gegen die Wand geschmissen I: Und wie fandest du das? Jona: Ich fand das eigentlich ganz lustig I: Wie hat sich das angefühlt? Jona: Ich war ja jetzt nicht grad wütend oder so was, aber es hat irgendwie Spaß gemacht, dass da so „baam“, richtig doll gegenzuschmeißen und Wut raus gelassen - Was passiert ist und was nicht I: Und hat dir das geholfen, das</p>	<p>I: Außer Ich bin stolz-Rundblitz, Rausgehen und den Indianerschrei Luisa: Den habe ich doch gesagt I: Ach so, den findest du gut Luisa: Ja I: Hast du den schon mal zu Hause benutzt? Luisa: Ja I: Erzähl mal Luisa: Also, ich habe den meinen Freundinnen gezeigt und die mögen den auch I: Und macht ihr das manchmal? Luisa: (nickt) I: Ja? In welcher Situation denn? Luisa: Also, wenn mein Vater zum Beispiel was hoch holt, was meine Mutter mir nicht hochholt, zum Beispiel Barbie oder so was. Das holt meine Mutter mir ja nie hoch und mein Vater holt es dann immer. Und meine Freundinnen und ich, wir uns immer freuen, wenn meine Mutter oder meine Oma schläft,</p>

	<p><i>Kai (macht den Indianerschrei nach: reißt den Mund auf und schreit mit viel Kraft ohne einen Laut): Das</i></p> <p><i>I: Genau, hast du gut vorgemacht. Und hilft dir der Indianerschrei manchmal?</i></p> <p><i>Kai: Wenn ich wütend bin und Mama sagt: ‚Jetzt sollst du nicht schreien‘ und dann schreie ich immer so</i></p> <p><i>I: Das ist ja richtig gut. Sieht sie das denn, dass du das machst?</i></p> <p><i>Kai: Nein, weil sie nicht da ist</i></p> <p><i>I: Muss sie ja auch nicht. Aber dir hilft das in der Situation?</i></p> <p><i>Kai: mh (bestätigend) (Kai, Z.111-121)</i></p>	<p><i>zu machen?</i></p> <p><i>Jona: Joa</i></p> <p><i>I: Ja? Wie denn?</i></p> <p><i>Jona: Seelisch hat das so befreit (kichert), also</i></p> <p><i>I: Das hat seelisch befreit?</i></p> <p><i>Jona: Also, dass so - jetzt - also, die Wut in die Socke rein zumachen und dann so richtig doll gegen die Wand schmeißen und - ja - keine Ahnung (Jona, Z.29-41)</i></p>	<p><i>dann schreien wir immer so einen Schrei laut (Luisa, Z.66-78)</i></p>
<p>Entspannung (Wärme, Phantasiereise)</p>	<p><i>Jona: Entspannen, mit K. [Gruppenbetreuerin]</i></p> <p><i>I: Was habt ihr denn gemacht?</i></p> <p><i>Jona: Ich glaube, wir haben zuerst irgendwie einen Tee getrunken oder so was und dann lagen wir auf diesen Sitzplätzen oder wie das heißt</i></p> <p><i>I: Sitzsäcke</i></p> <p><i>Jona: Ja und da sollten wir uns drauflegen und da hat sie - ich glaub das war genau der Tag, wo wir die Wutsocken gemacht haben - und da sollten wir uns dann so hinlegen und dann hat sie die Socken warm gemacht und die hat sie dann überall hingelegt, also auf die Füße, auf die Arme, auf den Bauch und einer lag dann so auf dem Kopf und dann sollten wir die Augen zu machen und das war eigentlich ganz schön. Dann war das so schön warm</i></p> <p><i>I: Schön entspannend</i></p> <p><i>Jona: Mh (bestätigend)</i></p> <p><i>I: Und das hat dir gut gefallen?</i></p> <p><i>Jona: Mh (bestätigend) Ja. Zuerst wollte ich nicht die Augen zu machen, aber dann fand ich es doch gut</i></p> <p><i>I: Okay. Konntest du dich dabei entspannen?</i></p> <p><i>Jona: Ja (Jona, Z.58-68)</i></p>		<p><i>Aber was ich sehr interessant fände, wäre Entspannung, dieses Thema</i></p> <p><i>I: Würdest du da gerne mal was machen?</i></p> <p><i>Alina: Ja (Alina, Z.33-35)</i></p> <hr/> <p><i>Kai: Phantasiereise und Entspannung war ich da da?</i></p> <p><i>I: Da haben wir uns alle hingelegt und ich habe etwas vorgelesen?</i></p> <p><i>Kai: Da war ich da, das fand ich gut (Kai, Z.43-45)</i></p>

H) Themeninhalte der Fragebögen zur Prozessqualität

Kindergruppe 6-9 Jahre

Gruppenstunde	Thema
1) 27.11.12	Trauer, Sterben & Tod
2) 04.12.12	Weihnachtsbasteln
3) 09.01.13	Wortspiele
4) 22.01.13	Stolz-Rundblitz
5) 29.01.13	Ich bin stolz
6) 05.02.13	Evaluation 1
7) 19.02.13	Außergewöhnliche Fragen
8) 26.02.13	Evaluation 2
9) 05.03.13	1. Geheimsprache 2. Enten füttern
10) 12.03.13	Haustiere
11) 9.03.13	1. Ostereier bemalen 2. Basteln
12) 16.04.13	n.d. (erste Vertretung)
13) 23.04.13	n.d.
14) 30.04.13	n.d.
15) 07.05.13	n.d.
16) 14.05.13	n.d.
17) 28.05.13	n.d.
18) 04.06.13	n.d.
19) 11.06.13	n.d.
20) 18.06.13	n.d.

Kindergruppe 10-14 Jahre

Gruppenstunde	Thema
1) 21.11.12	Gruseln
2) 28.11.12	Sterben/Tod
3) 16.01.13	Rezepte
4) 23.01.13	Kochen
5) 30.01.13	1. Konflikte lösen 2. Salat zubereiten
6) 06.02.13	Massage
7) 13.02.13	1. Evaluation 1 2. Kung Fu
8) 20.02.13	1. Evaluation 2 2. Tabu Spiel
9) 27.02.13	1. Wortspiele 2. Enten füttern
10) 06.03.13	1. Haustiere 2. Ostergras sähen
11) 13.03.13	Ostern
12) 20.03.13	1. Ostereier bemalen 2. Rührei zubereiten
13) 10.04.13	n.d. (erste Vertretung)
14) 17.04.13	n.d.
15) 08.05.13	n.d.
16) 15.05.13	n.d.
17) 22.05.13	n.d.
18) 29.05.13	n.d.
19) 05.06.13	n.d.
20) 12.06.13	n.d.

I) Stimuli der Evaluation

Bewerte die **Themen**

in den Kuchenecken:

Ganz außen = 😊

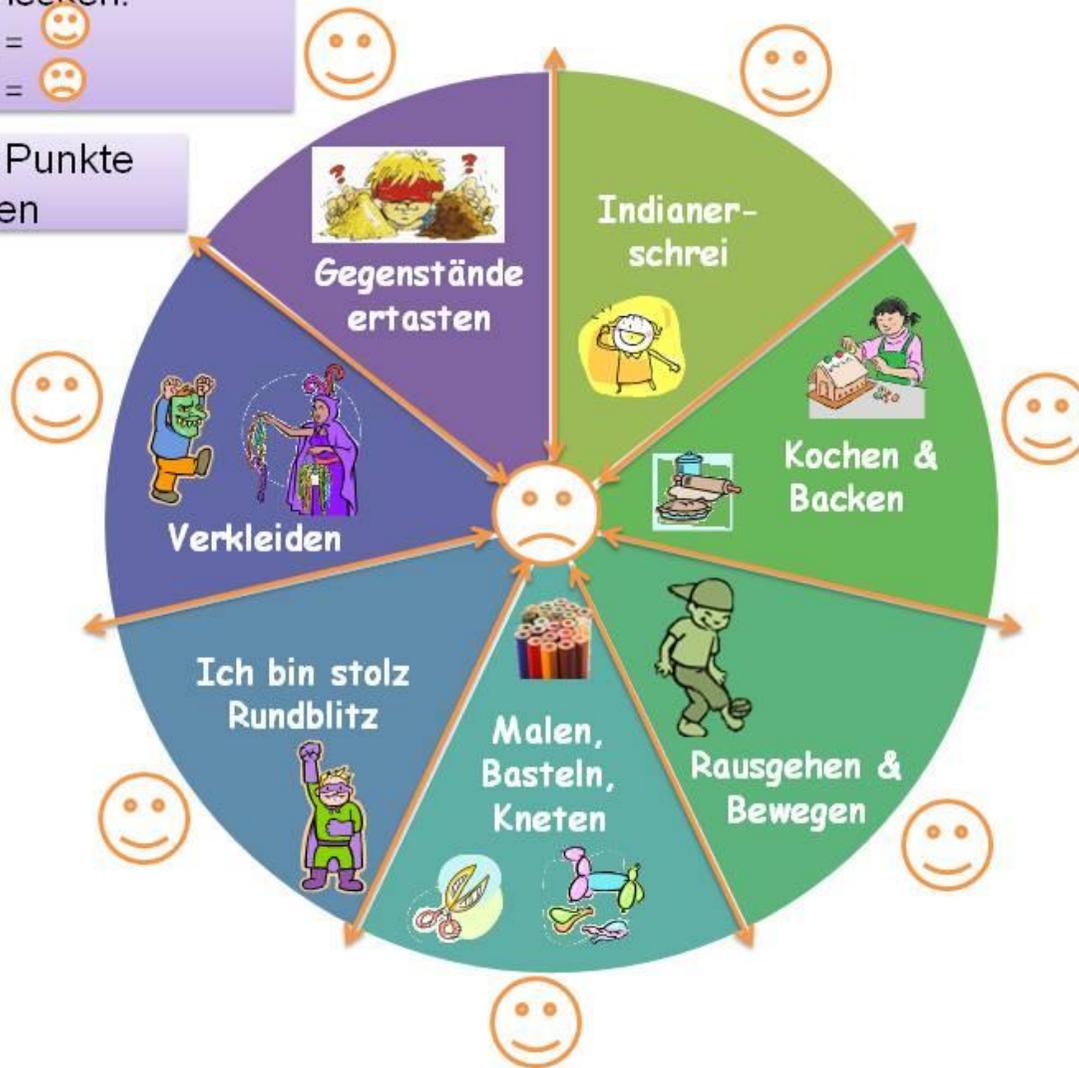
Ganz innen = ☹️

☞ einfach Punkte
aufkleben



Bewerte die **Spiele** in
den Kuchenecken:
Ganz außen = 😊
Ganz innen = ☹️

☞ einfach Punkte
aufkleben



Anhang: Projektmaterialien

J) Young Carers Spiele-Reader

Einleitung

Dieser Reader beinhaltet eine Auswahl von Spielen für die Gruppenarbeit von *Young Carers Deutschland*. Der Reader versteht sich als Angebot von Ideen, die zur spielerischen Vermittlung von Themen innerhalb der Kindergruppe genutzt werden können. Je nach Gruppenthema können die Spiele flexibel gewählt werden.

Spiel	Beschreibung	Material	Ziele
Alltagsbewegungsprotokoll	In einem ersten Schritt wird in der Baustellen-Teamarbeit das Protokoll als Selbstbeobachtungshausaufgabe mitgegeben, um die aktuellen Bewegungsgewohnheiten zu erfassen. In der Nachbesprechung wird herausgearbeitet, welche alltägliche Bewegung am leichtesten zu steigern ist und als Veränderungshausaufgabe formuliert.	AB Alltagsbewegungsprotokoll	Alltägliche Bewegungsgewohnheiten beobachten und differenziert erfassen, um die Aktivität schrittweise steigern zu können.
Babeluga-Baustellen AB		AB Babeluga-Baustellen	
Bärentatze	Jedes Kind braucht einen Tennisball, einen Flummi oder Schaumstoffball. Mit den nackten Füßen versuchen die Kinder den Ball zu fassen, denn ihr Fuß ist eine Bärentatze. Die Bärentatze rollt den Ball rauf und runter. Besonders begabte ‚Bären‘ können den Ball (wenn er klein genug ist) mit der Tatze etwas anheben oder in der Fußwölbung verstecken, ohne ihn zu verlieren.		Wahrnehmungsübung

Bewegungsprotokoll	Bewegungsgewohnheiten differenziert nach den Bereichen «Bewegungen im Alltag» und «Sport» beobachten und erfassen.	AB Bewegungsprotokoll	
Bewegungsrally	Die Kinder erhalten Bewegungsaufgaben, wie Seilspringen, Purzelbaum schlagen, und balancieren, die sie nacheinander abarbeiten.	AB Bewegungsrally 1+2	
Brainstorming	Ideensammlung und Wissensvermittlung in der Gesamtgruppe		Ideensammlung und Wissensvermittlung in der Gesamtgruppe
Bücher für Kinder	Gemeinsames Vorlesen von Kapitel aus Büchern, bei dem sich die Kinder abwechseln. Anschließend wird darüber gesprochen und es werden eigene Erfahrungen benannt.	Bücher für Kinder	
Cool-Man	Sammeln von individuellen Erholungsaktivitäten Fragen: Was kann man in Stresspausen machen, um sich zu erholen?	AB Cool-Man	Differenzierte Wahrnehmung: Erholungsaktivitäten
Das bin ich!	Von jedem Kind wird mit einer Sofortbildkamera ein Bild gemacht. Dieses klebt jedes Kind auf ein weißes Blatt Papier. Nun schreibt oder malt jedes Kind Informationen zu sich selbst auf dieses Blatt (z.B. Name, Alter, Wohnort, Hobbies, was es mag oder nicht mag). Anschließend stellt jedes Kind sich und sein Bild vor. Schön ist es, wenn die Bilder einen Platz im Raum finden.	Sofortbildkamera, Papier, Stifte, alte Illustrierte, Schere und Klebstoff	Kennen lernen
Den Rhythmus weitergeben	In einem Körperwahrnehmungsspiel sollen die „Stresskiller“ rhythmisch geklatscht und von den anderen erraten werden.		Erkennen von Mustern, auditive Wahrnehmung schulen

Dr. Beat	<p>Instruktion: „Ich habe nun eine Aufgabe, bei der ihr ganz genau in euren Körper hören müsst. Wenn ihr nämlich mal versucht, auf euer Herzklopfen zu achten, hört oder fühlt ihr euren Herzschlag. Wir machen jetzt erst mal eine ganz kleine Aufgabe: Versucht jetzt mal <u>eine</u> Minute, ganz still zu sitzen und ganz genau euer Herzklopfen zu spüren. Eine Minute abwarten. Na, schlug es schnell? Oder langsam? Nun macht jeder ganz schnell einen Sprint auf der Stelle und danach hört ihr wieder eine Minute in euren Körper. Sind alle soweit? Und los! So, nun habt ihr schon mal gemerkt, dass euer Herzschlag sich verändert. Seid ihr ruhig und entspannt, schlägt euer Herz auch ruhig. Seid ihr aber aufgeregt oder habt euch gerade körperlich angestrengt, dann kann euer Herz ganz stark klopfen. Mit dem Atmen ist es genauso: In Ruhe atmen wir ganz ruhig, aber wenn wir uns unter Druck gesetzt fühlen, dann atmen wir viel schneller.</p>		Differenzierte Wahrnehmung: Diskrimination von körperlichen Stressreaktionen
Eigene Krankheitserklärung	Mit dem Arbeitsblatt werden die Kinder angeregt, aufzumalen, was sie unter der Erkrankung des Angehörigen verstehen. Das zweite Arbeitsblatt bietet Platz für Ursachen. Im Anschluss sollte über das Gemalte gesprochen werden und Erklärungen gebracht werden.	AB Eigene Krankheitserklärung	Auseinandersetzung und Erklärung der elterlichen Erkrankung
Endlos-geschichte	<p>Die Kinder sitzen im Stuhlkreis. Es soll eine endlose Geschichte erzählt werden, wobei jeweils ein Kind ein Wort nennt, das zum vorherigen passt und einen korrekten Satzbau ermöglicht. Die vorher genannten Wörter sollten ebenfalls wiederholt werden. Zum Beispiel: Kind 1: „Ich“ Kind 2: „Ich ging“ Kind 3: „Ich ging zum“ So haben die Kinder Spaß beim Kreieren einer Geschichte und vergessen, dass es sich um eine Konzentrationsübung handelt.</p>		Konzentrationsübung

Energiebilanz-Waage	Es wird gemeinsam erarbeitet, was Energie liefert (+ Einnahmen) und was Energie verbraucht (– Ausgaben) und welcher Zusammenhang mit dem Gewicht besteht. Die Gewohnheiten und Tätigkeiten werden auf dem Protokollbogen auf die jeweilige Waagschale «gelegt» (bzw. geschrieben, gezeichnet), und so wird anschaulich geklärt, ob ein Gleichgewicht besteht oder sich die Waage ungünstig zu einer Seite neigt.	AB Energie--Bilanzwaage	Es soll mit Hilfe des Waagemodells eingeschätzt werden, wie viel Energie die Kinder täglich aufnehmen und wie viel Energie sie verbrauchen.
Energiesprung	Im Spiel „Energiesprung“ gehen die Kinder in die Hocke, sammeln ihre Energie und springen hoch und strecken sich.	AB Energiesprung	Abbau körperlicher Anspannungen (Spannungsreduktion)
Entspannungsübung der Progressiven Muskelrelaxation	Der Trainer liest das Arbeitsblatt mit der Entspannungsanleitung vor. Die Kinder legen sich bequem hin und folgen den Instruktionen des Trainers.	Arbeitsblätter Entspannung PMR	Differenzierte Wahrnehmung: Diskrimination von Bewältigungsstrategien
Essen erraten	Die Kinder erhalten Zettel mit einem Nahrungsmittel und kleben es sich auf die Stirn. Anschließend soll erraten werden, welches Nahrungsmittel man selbst darstellt. Dabei darf das Kind nur Fragen stellen, die mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ beantwortet werden. Ist die Antwort ‚nein‘, so ist das nächste Kind an der Reihe.		
Familie - was funktioniert?	Mit diesem Arbeitsblatt können die Kinder verdeutlichen, was es für Potenziale in der Familie gibt.	AB Familie 2	Bewusstwerden von Stärken und Potenzialen der Familie
Familie - was ist schön?	Mit diesem Arbeitsblatt können die Kinder verdeutlichen, was sie an ihrer Familie schätzen.	AB Familie	Bewusstwerden von Stärken und Potenzialen der Familie

Frühstücksprotokoll	Es wird definiert, welches Frühstück protokolliert wird.	AB Frühstücksprotokoll	Die Kinder sollen die Bedeutung eines Frühstücks mit sättigenden Lebensmitteln und dessen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und das Essverhalten im gesamten Tagesverlauf verstehen und erleben lernen.
Gefühle raten		AB Gefühle Karten AB Gefühlsgesichter	Sensibilisierung für die Selbst- und Fremdwahrnehmung und das Ausdrücken emotionaler Stressreaktionen
Gefühlsrat und Gefühlsmemory	Memory mit Gefühlsbegriffen und dazugehörigen Stimmungen	AB Gefühlsrat und Gefühlsmemory	
Gegenstände erfühlen	Die Kinder bekommen reihum einen großen Sack oder eine Tüte mit kleinen Gegenständen vor sich auf den Tisch gelegt. Durch bloßes Fühlen mit den Händen müssen sie nun einen der Gegenstände erkennen und schließlich korrekt benennen.		Wahrnehmung und Tastsinn schärfen
Geld und Gold	Es wird die Geschichte von König Midas erzählt. Der König wünscht sich, dass alles, was er berührt, zu Gold wird. So wird jedoch auch das Essen zu Gold in seinem Mund. → Lassen Sie die Kinder erzählen, was alles zu Gold würde, wenn sie an König Midas Stelle wären. Was hat man von Geld und Gold? Brauchen wir es wirklich? Wie kann man mit wenig Geld durchs Land kommen? Welche Dinge kann man sich für Geld nicht kaufen?	Geschichte von König Midas – Geld und Gold	Reflektion

Genau zuhören	Ein Erwachsener liest einen Text vor. In diesem Text werden vorher bewusst Fehler eingebaut. Beispielsweise: „Das gelbe Krokodil schwimmt im Fluss.“ Die Kinder müssen genau zuhören und sobald sie einen Fehler entdecken, dürfen sie laut „Fehler!“ rufen. Für jeden entdeckten Fehler erhält das Kind einen Punkt. Das Kind mit den meisten Punkten gewinnt schließlich.		Konzentrationsübung
Getränkeprotokoll	Das aktuelle Trinkverhalten mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen besprechen und protokollieren.	AB Getränkeprotokoll	Die Auswahl der Getränke soll beeinflusst (weniger gesüßte, mehr ungesüßte) und die Trinkmenge erhöht werden.
Ha-Hi-Ho-Ha Lachspiel	Ein Kind liegt auf dem Rücken, das Zweite legt seinen Kopf auf den Bauch des dritten Kindes und so fort – wie überdimensionale Dominosteine. Nun sagt das erste „Ha!“ und darf dabei nicht lachen. Das zweite sagt „Ha-Hi!“. Lachen bleibt verboten. Das dritte sagt „Ha-Hi-Ho!“, das vierte „Ha-Hi-Ho-Ha!“. Alle sollen immer schön ernst bleiben. So kommt jedes Kind an die Reihe und das „Ha-Hi-Ho!“ wird immer länger – theoretisch jedenfalls, denn erfahrungsgemäß gibt es bald ein wildes und befreiendes Gelächter.		Auflockerung, Erzeugung einer positiven Stimmung
Ich bin top fit	Im Spiel „Ich bin top fit“ gehen die Kinder leicht in die Knie, klatschen bei „Ich“ auf die Waden, bei „bin“ auf die Oberschenkel, bei „top“ auf den Brustkorb und bei „fit“ gehen sie auf die Zehenspitzen und strecken die Arme nach oben.		Abbau körperlicher Anspannungen, (Spannungsreduktion), Erzeugung einer positiven Stimmung
Inaktivitätsprotokoll	In einem ersten Schritt wird das Protokoll als Selbstbeobachtungsaufgabe mitgegeben, um die aktuellen Bewegungsgewohnheiten differenziert nach den Bereichen «Bewegung im Alltag» und «Sport» zu erfassen. In der Nachbesprechung werden realistische Veränderungsansätze besprochen.	AB Inaktivitätsprotokoll	Sie sollen ihre Bewegungsgewohnheiten differenziert nach Alltagsbewegungen und Sport beobachten und erfassen und mit ihrem Medienkonsum in Beziehung setzen.

Katzen- geschichte	Geschichte lesen und bearbeiten: Die kleine Katze wird gezwungen, Geld zu verdienen. Die Freundin Löwin bringt ihr bei, dass sie fauchen muss, wenn sie sich bedroht fühlt. ➔ Es wird gemeinsam überlegt, wie die Geschichte weitergehen könnte.	Katzengeschichte (Herbstelinchen)	Grenzen setzen lernen
Kennenlern- Bingo	Alle Kinder bekommen eine Kopie des „Kennen lern-Bingo“- Arbeitsblattes und gehen damit im Raum herum. Dabei versuchen sie, jemanden zu finden, auf den die Beschreibung in einem der Kästchen zutrifft. Derjenige unterschreibt dann im entsprechenden Kästchen. Wer vier Kästchen in einer Reihe ausgefüllt hat – vertikal, horizontal oder diagonal – hat ein Bingo und ruft laut: „BINGO“. Das Spiel geht trotzdem noch weiter, bis es von der Spielleitung nach 10–15 Minuten beendet wird.	AB Kennen lern- Bingo	Gemeinsamkeiten finden und Kennen- lernen der Gruppenkinder
Klammerkette	Diese Konzentrationsübung erfordert Fingerspitzengefühl und schult die Motorik. Alle Kinder bekommen die Augen verbunden und 10 Büroklammern vor sich auf den Tisch gelegt. Ziel ist es, die Büroklammern blind aneinanderzureihen und so schließlich eine Kette aus Klammern zu erhalten.		Konzentrationsübung
Lauffeuer	Das Lauffeuer ist ein Körperwahrnehmungsspiel, bei dem sich die Kinder Körperpositionen einnehmen und weitergeben.		Eigene Bewegungen differenziert wahr- nehmen und Beobachtungsvermögen trainieren
Lebendiges Memory	Für das „Lebendige Memory“ nehmen vier Personen (3 Kinder und ein Co-Trainer) Körperhaltungen ein, die paarweise abgesprochen wurden und von einem vierten Kind erraten werden sollen.		Eigene Bewegungen differenziert wahr- nehmen, Beobachtungs- und Erinne- rungsvermögen trainieren
Loben und Kom- plimente machen	Die Kinder erhalten das Arbeitsblatt: Loben und Komplimente machen. Anschließend bewegen sich alle Kinder frei im Raum. Wenn der Trainer ‚stopp‘ ruft, müssen sich alle Kinder schnell einen Partner suchen und gegenüber	AB Loben und Kom- plimente machen	

	<p>stehen bleiben. Man darf kurz überlegen und sagt dem Gegenüber dann etwas Nettes. Es muss darauf geachtet werden, dass folgende Regeln befolgt werden!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denke, über etwas Nettes nach, was man sagen kann 2. Überlege einen Satz, wie man es sagen kann 3. Schau den anderen an. 4. Sage es dem anderen. <p>Bei jüngeren Kindern macht es Sinn, dass Prozedere zunächst gemeinsam zu üben.</p>		
Medienkonsum	Protokoll als Selbstbeobachtungshausaufgabe mitgegeben	AB Medienkonsum	Die Kinder sollen ihren Medienkonsum differenziert im Hinblick Fernsehen und Spielkonsolen beobachten.
Meine Reise nach Eurion	Die Kinder erhalten ein Arbeitsblatt, auf dem sie eine Stresssituation beschreiben. Spielerisch sollen die Kinder beschreiben, wie sie in einer hypothetischen Zukunft mit dieser Situation umgehen.	AB Meine Reise nach Eurion	Bewusstmachung des Stressgeschehens und eigenständige Problemlösung
Mit jemandem reden	Das Ziel dieses Arbeitsblattes ist die Ermittlung einer Bezugsperson für Notfälle. Aus einer Liste von Menschen sollen sich die Kinder diejenigen aussuchen, die für sie wichtige Bezugspersonen und Ansprechpartner darstellen.	AB Mit wem könntest du sprechen	
Nein sagen!	In der Gruppenmitte liegen eine Reihe von Satzanfängen („Ich wünsche mir..., ich möchte gern...“ „Nein, aber...“ „Ich möchte nicht...“). Ein Kind würfelt den Frage-Würfel (Wunsch / Bitte) und stellt einem beliebigen Kind eine Frage. Dieses Kind würfelt den Antwort-Würfel (Erfüllen / Ablehnen) und muss dem vorgegebenen Satzanfang entsprechend antworten. Unterstützend zu der Frage können auch Bilderkarten ausgelegt werden.	<p>AB Nein sagen!</p> <p>Passender Würfel und Karten</p>	<p>Grenzen setzen</p> <p>Eigene Wünsche und Bedürfnisse äußern</p>

Nur Fliegen ist schöner	Mit dem Handrücken an die Wand drücken	AB Nur Fliegen ist schöner	Diese Übung vermittelt die Erfahrung, dass manchmal etwas bewirkt werden kann, ohne selbst direkt aktiv sein zu müssen. Sie eignet sich sehr, den Kindern die muskuläre Anspannung bewusst zu machen.
Pantomime „Ich fühle ich ganz...“	Instruktion: Damit wir etwas gegen Stress unternehmen können, müssen wir herausfinden, was uns in Stress versetzt und was dann mit uns passiert. Dafür spielen wir heute das Spiel „Ich fühle mich ganz...“ Es müssen immer zwei Spieler zusammen spielen. Dabei ist im Wechsel einer der Darsteller und der andere der Zuschauer. Als Darsteller müsst ihr das Gefühl auf der Karte pantomimisch darstellen. Dabei dürfen keine Worte benutzt werden. Als Zuschauer muss das Gefühl erraten werden.	Gefühle Karten mit Angst, Ärger, Trauer, innere Erregtheit, Freude und Positives Wohlbefinden	Sensibilisierung für die Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie das Ausdrücken emotionaler Stressreaktionen
Partnerinterview	Die Kinder bilden Zweierpaare, die sich eine Weile intensiv miteinander beschäftigen. Dann wird eine große Runde gebildet. Die Paare stellen den jeweils anderen der Gruppe vor. Ein Partner erzählt, wo der andere wohnt, wie er lebt, was er tut und was er gerne mag. Dabei dürfen nur positive Sachen weitergegeben werden. Zum Schluss reichen sich die beiden die Hand und schenken einander etwas – zum Beispiel ein selbst gemaltes Bild.		Kennen lernen und miteinander vertraut werden
Phantasiereisen	Die Kinder legen sich hin, machen es sich gemütlich und wählen eine entspannte Körperhaltung. Der Gruppenleiter liest eine Phantasiereise vor und die Kinder lassen sich von der langsam und gefühlvoll vorgelesenen Geschichte in eine andere Welt leiten.	AB und Geschichten aus einem Buch	Kennen lernen von Entspannungsverfahren als Bewältigungsstrategie und Kraftquelle

Pinocchio-Übung	Die Kinder tun sich zu zweit zusammen. Ein Kind legt sich auf den Boden. Der Partner hebt Arme und Beine des anderen Kindes an. Dann werden Arme und Beine nacheinander angespannt und gelockert.	AB Pinocchio-Übung	Den Zusammenhang zwischen muskulärer Entspannung und körperlicher Schwere erleben, muskuläre Anspannung variieren
Reimen	Ein Erwachsener gibt ein Wort vor: egal, ob Substantiv, Verb oder Adjektiv. Die Kinder sollen nun möglichst viele Wörter nennen, die sich hierauf reimen. Um ein lautes Durcheinander zu vermeiden, sollen sich die Kinder durch Handzeichen melden. Beispiel: Vorgegeben wird ein Hund. Die Kinder könnten nun „rund, bunt, gesund“ und vieles mehr nennen. Fällt niemandem mehr etwas ein, wird ein anderes Wort gewählt.		Konzentrationsübung
Quietschverbrüllt	Man benötigt mehrere Bilder von Tieren, die deutliche Stimmungsunterschiede vorweisen. Jetzt dürfen sich die Kinder ein Tier aussuchen und es mit seinen äußeren und inneren Eigenschaften beschreiben. Da Kinder in jungem Alter noch sehr vermenschlichen, werden sie mit ihrer Auswahl und Beschreibung auch eine Menge über sich selbst aussagen. Die Kinder lernen, dass sich jedes Tier von anderen unterscheidet und wie jeder Mensch auch ganz eigene Charakterzüge und Verhaltensweisen mitbringt. Sie werden dazu angeregt, solche auch bei sich selbst zu entdecken. Nach der Beschreibung sollte jedes Kind sein Tier spielen und seine Laute imitieren: als Elefant trompeten, als Maus piepsen und wispern oder als Esel ganz störrisch sein.		Identitätswahrnehmung
Rallye Monte Carlo	Die Kinder bauen sich aus Utensilien des Raumes einen Hindernislauf – am schönsten ist es draußen. Die Hindernisse können ganz verschiedenartig sein. Der Phantasie der Kinder sind keine Grenzen gesetzt.		Förderung von Selbstwert, Kompetenz und Geschicklichkeit

	<p>Weiterhin kommen hinzu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein hart gekochtes Ei auf einem Löffel zu tragen 2. Etwas Schweres über die Gegenstände zu tragen 3. Etwas zusammensetzen oder aufbauen <p>Jedes Kind muss den Parcours durchqueren und dabei die vorgegebenen Aufgaben erfüllen. Bei diesem Spiel werden die einzelnen Fähigkeiten der Kinder angesprochen. Um die Kinder nicht zu entmutigen, sollte es keinen Gewinner und keinen Verlierer geben.</p>		
Raus aus dem Teufelskreis	Das Arbeitsblatt wird im Dialog mit dem Gruppenleiter bearbeitet. Situationen, Gefühle und Strategien werden mit den Folgen, die sie haben, in die Kästchen geschrieben. Schließlich werden alternative Ideen zur Bewältigung gesammelt. Die Veränderungshausaufgabe für zu Hause ist die Anwendung der neuen Strategien.	AB Raus aus dem Teufelskreis	Stressauslösende Situationen identifizieren, die zugehörige Stimmung und Gefühle benennen können, die bisherige Bewältigungsstrategie und deren Konsequenzen erforschen und Handlungsalternativen entwickeln.
Regentanz	Ein Kind legt sich auf den Bauch, Arme locker zur Seite. Auf jeder Seite hocken sich jeweils zwei andere Kinder. Sie ballen ihre Fäuste und beginnen langsam fallenden Regen sanft auf den Rücken zu trommeln. Überall fällt der Regen: Langsam steigert er sich zum Regenguss. Kreuz und quer prasseln die Regentropfen auf das liegende Kind ein. Schließlich lässt der Regen langsam wieder nach und geht ganz vorsichtig zu ende. Nach einer Ruhepause ist das nächste Kind mit dem Regentanz dran. Das macht den Körper schön warm und entspannt.		Körperwahrnehmung
Ressourcenblume	Die Kinder und Jugendlichen bekommen die Aufgabe, eine Blume zu malen und in den Blütenblättern darzustellen, wie sie sich aktuell fühlen, in der Vergangenheit fühlten und wie sie gerne sein möchten bzw. gar nicht sein möch-	AB Ressourcenblume	Formulierung von Fähigkeiten, Wünschen und Stärken

	ten. Wie ist das Identitätsgefühl des Kindes bzw. des Jugendlichen, wie ist seine Motivations- und Stimmungslage, welche Haltungsziele lassen sich entwickeln und an welche Ressourcen kann angeknüpft werden?		Veränderungswünsche
Rollenspiele, z.B. Klassenarbeit	Den Kindern wird eine Einleitungsgeschichte mit einer Stresssituation vorgelesen. Nachdem diese besprochen wurde, werden die Rollen aus der Geschichte unter den Kindern verteilt, welche die Situation beliebig weiterspielen.	AB Rollenspiele	Erproben von erworbenen Handlungsstrategien, Steigern der Kompetenzerwartung, Modelllernen
Sättigung Selbstbeobachtungsprotokoll	Es sollen verschiedene Methoden ausprobiert werden, die eine verbesserte Sättigung ermöglichen, um so die Nahrungsmenge zu reduzieren.	AB Sättigung Selbstbeobachtungsprotokoll	Reduktion der Nahrungsmenge
Schluck auf	In einer Tabelle können die Kinder eintragen, wie sie in unterschiedlichen Situationen atmen, z.B. in der Schule oder beim Sport.	AB Schluck auf	Selbstbeobachtung von Belastungssituationen, Stressreaktionen, günstigen und ungünstigen Verhaltensstrategien
Schwere, Wärme, Atmung	Die Kinder sollen zunächst schwere und leichte Tiere darstellen. Daraufhin wird eine Partnerübung zur „Wärme“ durchgeführt: Ein Kind beugt sich vor und lässt die Arme locker herunterhängen. Der Partner klopft die Arme leicht ab und das Kind soll auf die Wärme in den Armen achten. Abschließend beobachten die Kinder ihre Herzaktivität und ihren Atemrhythmus in Ruhe. Sie machen zehn Kniebeugen und nehmen danach ihre Herzaktivität und ihren Atemrhythmus (Bauch- und Brustatmung) wieder wahr.		Sensibilisierung für Körperprozesse: Muskelentspannung
Sitznachbar beschreiben	Diese Aufgabe wird im Stuhlkreis gespielt. Die Kinder erhalten ein Blatt Papier und einen Stift. Nun soll jeder eine Beschreibung seines rechten Sitznachbarn aufschreiben. Sobald alle fertig sind, werden die Zettel eingesammelt, gemischt und wieder verteilt. Nacheinander werden nun die Beschreibungen vorgelesen und erraten, um wen es sich handelt.	Papier und Stifte	Kennen lernen und Konzentrationsübung

Sonne, Mond und Sterne	Die Kinder bilden Paare und hocken sich hintereinander hin. Das hintere Kind malt dem Vorderen Motive auf den Rücken. Das muss sich sehr konzentrieren, um herauszufinden, was sich auf seinem Rücken abspielt: z.B. Sonne, Mond und Sterne, Hund, Katze, Maus... Nach fünf Zeichnungen wird gewechselt. Das fördert die Aufmerksamkeit.		Körperwahrnehmung
Spaß-Ideen-Schatzkiste	Das Thema wird im Verlauf immer wieder aufgegriffen (die Schatzkiste soll mit kreativen Ideen aufgefüllt werden). Konkrete Veränderungsaufgabe ist die Anwendung der «Anti-Langeweile-Ideen» im Alltag, z.B. mit Freundinnen telefonieren, lesen, etwas malen, basteln, etwas erfinden, ein Gedicht, eine Geschichte schreiben, Musik hören oder tanzen. Alternativ kann mit den Kindern auch eine Schatzkiste gebastelt werden, die mit den Ideen gefüllt wird.	AB Spaß-Ideen-Schatzkiste	Die Kinder sollen Selbstinstruktionen für alternative Reaktionen auf Langeweile entwickeln, die im Verlauf der Gruppenarbeit immer wieder aufgegriffen und weiter eingeübt werden.
Stolz, wie Oskar	Anhand von Karten mit bekannten Figuren, die positive Eigenschaften innehaben, überlegen die Kinder, auf was sie stolz sind. Die Kinder berichten reihum, worauf sie stolz sind.	AB Stolz, wie Oskar, Stolz-Karten	Lernen positiver Selbstinstruktion als Bewältigungsstrategie
Stresspausen	Ideensammlung an der Tafel, was man alles machen kann, um sich auszuruhen und abzuschalten.	AB Stresspausen	Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Erholungsaktivitäten
Stressquiz	Gefühlskarten werden entsprechend auf der Stresswaage positioniert.	AB Stressquiz Gefühlskarten	
Stresswaage	Anhand eines Arbeitsblattes und ggf. einer alten Küchenwaage wird das Stressgeschehen erklärt.	AB Stresswaage, alte Küchenwaage	Wissensvermittlung und Differenzierte Wahrnehmung von Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien

Teilen	Man braucht einige Dinge, von denen man weiß, dass sie die Kinder gerne haben (z.B. Kekse, Apfel, Luftballons). Nun erzählt man den Kindern, dass man ihnen etwas schenken möchte, aber dass es da ein Problem gibt. Dann wird den Kindern das Geschenk gezeigt und die Kinder raten, wo das Problem liegt. Es geht das Teilen. Nun sollen die Kinder Vorschläge für mögliche Lösungen machen. Die sollen gemeinsam hin und her überlegen. Von dem Teamleiter darf kein Vorschlag kommen! Es darf aber auf mögliche Konsequenzen hingewiesen werden (z.B. beim Zerschneiden eines Keks' bleiben nur Krümel übrig). Am Ende soll eine gemeinsame Lösung gefunden werden (z.B. Wettspiel veranstalten, dessen Sieger den Keks bekommt oder bis morgen warten und passend viele Kekse mitbringen). Nur wenn Kindern nichts einfällt, darf geholfen werden.		
Teilen und Helfen	Gemeinsame Erörterung der fünf Fallbeispiele. Die Fallbeispiele werden vorgelesen und die Kinder denken sich mögliche Lösungen aus.	AB Teilen und Helfen_S.2	
Tod oder Sterben	Unterrichtseinheit (für eine 4.Klasse): Eine Geschichte wird zum Teil vorgelesen (Vermutungen über den Fortgang werden von den Kindern gestellt) und anschließend bearbeitet: Fragen: Was denkt Michael? Was macht ihn so traurig? Aufgaben: Hilfe der Satzteile in den Wolken. Bilder zur Geschichte malen.	AB Unterrichtseinheit Tod_Sterben	Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben von nahen Angehörigen (oder Freunden)
Verzauberte Steine	Es wird ein Zauberer ausgewählt, der mit einem Zauberstab die anderen Kinder zu Steinen verzaubert. Die verzauberten Steinkinder bleiben stehen. Nun kommen die kleinen Kobolde: Anderer Kinder, die versuchen, die verzauberten Steine zum Lachen zu bringen, ohne sie zu berühren. Wer lacht, scheidet aus und verwandelt zu einem Kobold. Mit dem Wort „Abrakadabra“ erlöst der Zauberer die Steine und die Kinder dürfen wieder herumlaufen, bis der Zauberer sie erneut versteinert. Am Ende gibt es einen Rollentausch.		Auflockerung und Spannungsabbau

Wahrheit oder Lüge	Die Kinder denken sich eine wahre und eine Lügengeschichte aus. Sie notieren diese auf dem Arbeitsblatt. Anschließend liest jeder seine Geschichten vor und die übrigen Kinder erraten, welche Geschichte wahr oder ausgedacht ist. Alternative: Alle Geschichten werden in die Mitte gelegt. Jedes Kind sucht sich ein ausgefülltes Arbeitsblatt aus und liest es vor. Anschließend wird geraten, zu wem die Geschichten gehören.	AB Wahrheit oder Lüge	
Wanted!	Die Namen aller Gruppenmitglieder werden auf Zettel geschrieben, jeder zieht einen davon. Jeweils zwei Spieler tun sich zusammen und gestalten Steckbriefe zu den beiden gezogenen „Ganovennamen“, einer „Tat“ mit „Tathergang“ und der Beschreibung des „Täters“ (mit besonderen Merkmalen). Ferner setzen sie eine „Belohnung für dessen „Ergreifung“ aus. Es kann auch eine Portraitskizze angefertigt werden. Die „Steckbriefe“ werden aufgehängt und die Gruppe erörtert, wer im Einzelnen gemeint sein könnte.	Papier, Stifte, alte Illustrierte, Schere, Klebstoff	Kennen lernen und Spaß
Was ich bei Problemen Mache	Es geht um die Erkrankung der Mutter oder des Vaters. Wie gehen die Kinder damit um und was können sie machen? Auf dem Arbeitszettel werden Punkte eingetragen, die Lösungen bieten können. Die Kinder werden angeregt, darüber nachzudenken, was sie für sich selbst machen können, wenn ein Elternteil erkrankt ist.	AB Was ich bei Problemen mache 1+2	Stärkung des Selbst. Umgang mit der elterlichen Erkrankung
Was kann ich Gutes für mich tun	Die Kinder sollen alles aufschreiben, was ihnen zur Frage einfällt. In der Gruppenarbeit wird mit ihnen diskutiert, was Wohlfühl, Spaß und Entspannung sind und wie man sie erreichen kann. Positive Strategien werden hervorgehoben, überwiegen ungünstige, werden Alternativen erarbeitet.	AB Was kann ich Gutes für mich tun?	Nachdenken und Spüren, was ein Wohlfühl verschafft; dabei sollen ungünstige Strategien entdeckt und neue, günstige Annäherungsziele aufgebaut werden
Zeig her deine Hände	Die Kinder kreisen einen Arm und schauen, wie er sich anschließend vom anderen unterscheidet.		Vor einer Entspannungsübung das Gefühl der Wärme und Schwere vermitteln

Zeitstrahl Alltagsprotokoll Mein Tag	Die Kinder sollen ihre alltäglichen Gewohnheiten und Tätigkeiten (z.B. Schule, Hausaufgaben, Bewegung im Alltag, Sport, Ausruhen, Medienkonsum, Essen oder Schlafen) auf einen typischen Tag bezogen entlang einem Zeitstrahl benennen, um einen Überblick und eine Einschätzung bezüglich des eigenen Rhythmus' zu gewinnen und mögliche Zeiten für mehr Bewegung herauszufinden.	AB Zeitstrahl Alltagsprotokoll Mein Tag	
Ziele formulieren	Zu Beginn der Gruppe werden Ziele formuliert und Wünsche geäußert, was die Kinder lernen möchten.		Ziele und Teilziele formulieren

Quellen

Beck, N., Cäsar, S. & Leonhardt, B. (2005). Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren. Tübingen: dgvt-Verlag.

Eder, S., Rebhandl, P. & Gasser, E. (2011). Annikas andere Welt Hilfe für psychisch kranke Kinder. Salzburg: Edition Riedenburg.

Hampel, P. & Petermann, F. (2003). Anti-Stress-Training für Kinder. Weinheim: Beltz.

Heidenberger, B. (2012). Konzentrationsübungen für 50 Kinder. Verfügbar unter: http://www.zeitblueten.com/wp-content/uploads/2012/06/50_konzentrationsuebungen_fuer_kinder.pdf [30.01.2013].

Klee, O. (2006). Spiele und Methoden für Workshops, Seminare, Erstsemestereinführungen oder einfach so zum Spaß. Verfügbar unter: www.spielereader.org [11.09.2012].

Schneider, S. (2006). Das STARK mach Buch. Wie Kinder selbstbewusst und sicher werden. Freiburg: Urania.

Wiegand, S. & Ernst, M. (2010). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders Die Babeluga-Methode, Prävention, Therapie, Selbstmanagement. Bern: Huber.

K) Informationsmaterial für Young Carers

Thema	Buchtitel	Autoren	Alter
Alkohol	Der Schal, der immer länger wurde	Klaus Peter Wolf	5 - 7 Jahre
Alkohol & Drogen	Fluffi	Hanna Grubhofer & Bärbel Weingartshofer	5 - 8 Jahre
Aids	Jenseits der Lügen	Paula Vox	Ab 12 Jahre
Gefühle	Wieso? Weshalb? Warum? Ängstlich, wütend, fröhlich sein	Junior Doris Rübél	Ab 2 Jahre
Gefühle	Ich und meine Gefühle	Holde Kreut	Ab 5 Jahre
Gefühle (Trauer)	Und wenn ich falle	Marie-Thérès Schins	Ab 12 Jahre
Hirntumor	Tina und der Teddybär	Birgitta Hogger	Ab 12 Jahre
Krebs (Leukämie)	Hannah, du schaffst es	Eva Morent-Gran & Danielle Willert	Ab 3 Jahre
Krebs	Als der Mond vor die Sonne trat	Gerhard Trabert	Ab 5 Jahre
Krebs	Wann kommst du wieder, Mama?	Martine Hennuy, Sophie Buyse & Lisbeth Renardy	Ab 5 Jahre
Krebs	Mein wunderschöner Schutzengel	Kerstin Hermelink	Ab 6 Jahre
Krebs	Ein Stern namens Mama	Karen-Susan Fessel	Ab 12 Jahre
Krebs	Auf Wiedersehen, Mama	Elisabeth Zöller	Ab 12 Jahre
Krebs	Für Isabel war es Liebe	Mirjam Pressler	Ab 12 Jahre
Krebs	Das Orangenmädchen	Jostein Gaarder	Ab 12 Jahre
Psychische Erkrankung	Mamas Monster	Erdmute & Mosch	Ab 3 Jahre
Psychische Erkrankung	Sonnige Traurigtage	Schirin Homeier	Ab 6 Jahre
Psychische Erkrankung	Annikas andere Welt	Eder Sigrun, Rebhandl Petra & Gasser Evi	Ab 6 Jahre
Psychische Erkrankung	Flaschenpost nach nirgendwo	Schirin Homeier	Ab 8 Jahre

Psychische Erkrankung	Eichhörnchenzeit oder der Zoo in Mama Kopf	Brigitte Minne	Ab 8 Jahre	
Psychische Erkrankung	Die Bettelkönigin	Irene Stratenwerth & Thomas Bock	9 - 12 Jahre	
Psychische Erkrankung	Ausgeflippt hoch drei	Jacqueline Wilson	12 - 15 Jahre	
Tod / Abschied nehmen	Hat Opa einen Anzug an?	Amelie Freid	Bis 12 Jahre	
Tod / Abschied nehmen	Da war es auf einmal so still	Birgitta Hogger	Bis 12 Jahre	
Tod / Abschied nehmen	Jakob hinter der blauen Tür	Peter Härtling	Ab 12 Jahre	
Tod / Krankheit	Die Brüder Löwenherz	Astrid Lindgren	Ab 12 Jahre	
Tod & Leben	Die Fragen des Lebens	Fernando Savater	Ab 12 Jahre	
Tod des Vaters	Lockruf	Brigitte Blobel	Ab 12 Jahre	
Tod der Mutter	Starker Sohn und Schwester	Kirkpatrick Hill	Ab 8 Jahre	
Tod der Mutter	Solange die Zikaden schlafen	Jutta Treiber	Ab 12 Jahre	
Tod der Großmutter	Das Zeichen in meiner Hand	Kevin Henkes	Ab 12 Jahre	
Tod der Mutter	Maries Geheimnis	Torill Eide	Ab 12 Jahre	
Tod beider Eltern	Wenn Kevin bleibt	Marie-Thérès Schins	Ab 12 Jahre	
Sons- tiges	Identität	Irgendwie Anders	Kathryn Cave & Cris Ridell	Ab 4 Jahre
	Auf der Suche nach den Eltern	Indianerjunge kleiner Mond	Winfried Wolf	Ab 4 Jahre
	Anders sein	Der Drache mit den roten Augen	Astrid Lindgren	Bis 12 Jahre
	Phantasiewelt für Kinder	Im Land der Dämmerung	Astrid Lindgren	Bis 12 Jahre

L) Beispiel eines Arbeitsblattes

Wenn du mit der Erkrankung deiner Mutter oder deines Vaters Probleme hast - Was machst du dann?

Dein Vater, deine Mutter oder jemand, den du magst, haben Probleme. Das ist für sie natürlich schlimm. Aber manchmal ist es auch für dich schlimm. Du könntest dir Möglichkeiten überlegen, damit es dir besser geht.

Was kommt dir in den Sinn?

- 🕒 Ich erzähle es meinem Freund oder meiner Freundin
- 🕒 Ich gehe mit dem Hund spazieren
- 🕒 Ich gehe Fußball spielen oder schwimmen
- 🕒 Ich male oder schreibe eine Geschichte



Schreibe auf, was du machst, wenn du Probleme hast:

Kommt dir noch etwas anderes in den Sinn?

M) Vertrag für die Teilnahme



VERTRAG

zwischen

und

.....

Unter der Leitung von wird ein Training durchgeführt, an dem ich teilnehmen darf. An dieser Gruppe nehmen auch andere Kinder teil. Die Gruppe soll mir helfen, mit schwierigen und stressigen Situationen besser umzugehen und über Probleme zu sprechen.

Damit ich bei der Gruppe viel lerne,

☺ versuche ich, jede Woche teilzunehmen

☺ probiere ich die Aufgaben und Spiele aus

Ich erkläre mich dazu bereit, zu den Treffen zu kommen und bei allen Spielen und Aufgaben mitzumachen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes

Unterschrift der Leitung

Anhang: Interviews

N) Digitalisierte Interviews auf beigefügter CD Rom

Abschließende Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt habe, die benutzten Hilfsmittel vollständig angegeben und sämtliche dem Wortlaut oder Inhalt nach aus anderen Schriften übernommenen Stellen unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 16. Februar 2015

Nora Großmann