

**Begleitpersonen in der
stationären Kinderrehabilitation:
Bedarf für psychologische Interventionen und
Evaluation eines Betreuungsmodells
(am Beispiel „Triple-P- Programm“)**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)
im Fachbereich Humanwissenschaften
der Universität Kassel

vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Svenja Hoyer
Ludwigsburg

Kassel / Witzenhausen im März 2012

Disputation: 4.7.2012

Gutachter:
Prof. Dr. H. Möller
Prof. Dr. D. Kiosz

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

Ludwigsburg, den 22.03.2012

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mich bei meinem Forschungsvorhaben unterstützt haben.

Ich danke Frau Prof. Dr. Heidi Möller von der Universität Kassel für die engagierte und motivierende Betreuung meiner Doktorarbeit, die vielen inhaltlichen Anregungen und konstruktive Kritik.

Der Grundstein für diese Arbeit wurde in der Fachklinik Satteldüne auf Amrum gelegt.

Besonderer Dank gebührt hier Herrn Prof. Dr. Dieter Kiosz (ehem. Ärztlicher Direktor), der mein Dissertationsprojekt mit großem zeitlichen Engagement unterstützt und dessen Fortgang stets durch kritische wie inspirierende Fachdiskussionen bereichert hat.

Weiterhin danke ich meinen KollegInnen für ihre aktive Teilnahme an der Begleitpersonenstudie; insbesondere Martina Richter, Susanne Petsch und Dr. med.Christian Falkenberg für organisatorische Unterstützung und fachlichen Rat bei der Befragung der Stationsmitarbeiter und Stationsärzte.

Besonderer Dank gilt selbstverständlich allen Kindern und Begleitpersonen, die an der Untersuchung teilnahmen.

Darüber hinaus danke ich der LVA Schleswig-Holstein für die Finanzierung meines Forschungsprojektes im Rahmen des „Sonderförderprogramms zur Qualifizierung von Mitarbeitern im wissenschaftlichen Bereich“.

Für die umfassende wissenschaftliche Begleitung in der Anfangsphase meines Dissertationsvorhabens danke ich Frau Prof. Dr. G. Niebel von der Universität Kiel. Weiterhin danke ich den Diplomandinnen Sabine Grasteit und Nicole Hoerschelmann für ihre Unterstützung bei der Durchführung der Vorstudien.

Ein herzlicher Dank geht an meinen Mann Peter Feuerstack, der mein Forschungsvorhaben mit viel Engagement begleitet und mich in jeder Hinsicht dabei ermutigt hat und an unsere drei Kinder, die stets für die nötige Ablenkung gesorgt haben.

Nicht zuletzt danke ich Svenja Taubner, Silke Gericke, Julia Weber, Peggy Hofmann und Petra Lorenz, die mich in vielerlei Hinsicht bei dieser Arbeit unterstützt, aufgebaut und motiviert haben.

Svenja Hoyer

Inhalt:

1.	Einleitung	1
2.	Theoretischer und empirischer Hintergrund.....	3
2.1	Fachgebiete der vorliegenden Arbeit.....	3
2.2	Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	5
2.2.1.	Beschreibung der Krankheitsbilder Asthma bronchiale und Neurodermitis.....	6
2.2.2.	Wechselwirkung zwischen Stress und chronischer Erkrankung	9
2.3	Auswirkungen der chronischen Erkrankung auf das Kind und sein familiäres Umfeld	9
2.3.1.	Belastungsfaktoren des chronisch kranken Kindes	9
2.3.2.	Auswirkungen der chronischen Erkrankung auf das familiäre Umfeld	12
2.3.3.	Psychische Belastung von Eltern chronisch erkrankter Kinder.....	14
2.3.4.	Erziehungsstil und Erziehungsverhalten von Eltern chronisch erkrankter Kinder.....	16
2.4	Stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche: Ziele der Rehabilitation und Rehabilitationserfolg	20
2.5	Qualitätssicherung in der stationären Kinderrehabilitation	23
2.6	Historischer Überblick: Die Entwicklung der Mitaufnahme von Begleitpersonen im Krankenhaus	26
2.6.1.	Mitaufnahme von Begleitpersonen in der stationären Kinder-Rehabilitation bei Kostenübernahme durch die Sozialleistungsträger.....	30
2.7	Weg der Antragstellung und gesetzliche Regelung der Mitaufnahme einer Begleitperson	32
2.7.1.	Grundlage für die Mitaufnahme von Begleitpersonen durch die Kranken- und Rentenversicherung	33
2.7.2.	Regelung der Mitaufnahme von Begleitpersonen für Kinder im Vorschulalter und Schulalter	34
2.8	Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson bei Kindern im Vorschulalter.....	35
2.8.1.	Subjektive Motive für die Begleitung des Kindes und Erwartungen der Begleitpersonen an den Reha-Aufenthalt	36
2.9	Kosten für Anreise, Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson.....	38
2.9.1.	Auswirkungen der Mitaufnahme von Begleitpersonen auf Personalkosten und Personalschlüssel	39
3.	Empirischer Teil I: Begleitpersonenstudie.....	41
3.1	Ableitung der Fragestellung	41
3.2	Fragestellungen der Begleitpersonenstudie	43
3.3	Hypothesen der Begleitpersonenstudie	46
3.4	Planung und Durchführung der Untersuchung.....	48
3.4.1.	Untersuchungsgegenstand	48
3.4.2.	Beschreibung der Instrumente	49
3.4.3.	Versuchsdesign	65
3.4.4.	Operationalisierung der Variablen.....	67
3.4.5.	Ablauf der Untersuchung.....	76
3.4.6.	Beschreibung der Stichproben.....	79
3.4.7.	Drop-out-Analyse	80
3.5	Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen der Begleitpersonenstudie	81
4.	Empirischer Teil II: Experimentelle Therapiestudie „Triple-P“.....	130
4.1	Ableitung der Fragestellung	130
4.2	Hypothesen	131
4.3	Operationalisierung der Variablen.....	134
4.4	Statistische Datenauswertung	135
4.5	Versuchsdesign.....	137
4.6	Untersuchungsinstrumente	139

4.7	Beschreibung der Intervention „Triple-P“	142
4.7.1.	Methodik / Didaktik des Triple-P-Trainings	143
4.7.2.	Evaluation und Effektivität des Erziehungstrainings Triple-P	144
4.8	Durchführung der Therapiestudie „Triple-P“ in der Fk Satteldüne.....	146
4.8.1.	Pilotstudie Triple-P für Begleitpersonen	146
4.8.2.	Hauptstudie „Triple-P“: Rekrutierung der Teilnehmer	148
4.8.3.	Ablauf der Befragung für Interventions- und Kontrollgruppe	148
4.8.4.	Katamnese	149
4.9	Beschreibung der Stichproben.....	149
4.9.1.	Experimentalgruppe.....	149
4.9.2.	Kontrollgruppe.....	149
4.9.3.	Soziodemografische Daten der Stichprobe.....	149
4.9.4.	Drop-Out-Analyse	152
4.9.5.	Teilnahmequote am Erziehungstraining „Triple-P“	153
4.9.6.	Vergleichbarkeit der Gruppen	153
4.10	Untersuchungsergebnisse der Therapiestudie „Triple-P“	154
5.	Diskussion der Untersuchungsergebnisse	182
5.1	Repräsentativität der Stichproben.....	182
5.2	Soziodemografische und psychosoziale Merkmale von Begleitpersonen und deren Kindern zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1)	183
5.2.1.	Kurz- und langfristige Effekte der Reha-Maßnahme auf psychosoziale Merkmale von Begleitpersonen und deren Kindern	188
5.3	Ergebnisse der Evaluation einer stationären Reha-Maßnahme für Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter.....	193
5.3.1.	Gründe der Bezugspersonen für die Begleitung der Kinder.....	193
5.3.2.	Erwartungen von Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme zu t1 und Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen zu t2	194
5.3.3.	Interesse an und Inanspruchnahme von psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme.....	196
5.3.4.	Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem Reha-Angebot.....	197
5.3.5.	Effektivität der Fortbildungsangebote der Reha-Fachklinik für Begleitpersonen und Kinder in der Einschätzung durch die Begleitperson	198
5.3.6.	Gründe für unregelmäßige oder fehlende Teilnahme von Begleitpersonen und deren Kindern an den Fortbildungsangeboten.....	199
5.3.7.	Einschätzung des Reha-Erfolgs der Kinder durch die Begleitpersonen, die Stationsärzte und das Pflegepersonal	201
5.4	Diskussion der Ergebnisse zu den Hypothesen der Begleitpersonenstudie	201
5.4.1.	Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem Reha-Angebot und ihrer Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes (Hypothesen 4 a+4b)	202
5.4.2.	Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha und deren Zufriedenheit mit der Reha (Hypothesen 5a-d).....	202
5.4.3.	Auswirkungen des Ausgangslevels der psychischen Belastung der Begleitpersonen sowie von Veränderungen der psychischen Belastung während der Reha auf die Zufriedenheit mit dem Reha-Angebot (Hypothesen 6a-d)	203
5.4.4.	Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Begleitperson und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen (Hypothese 7a).....	204
5.4.5.	Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an den Schulungsmaßnahmen in Bezug auf das Ausmaß von deren psychischer Belastung (Hypothese 7b)	204
5.4.6.	Zusammenhang zwischen der psychischen (Ausgangs)-Belastung der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 8a)	205

5.4.7.	Veränderungen im Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson während der Reha-Maßnahme und Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 8b)	205
5.4.8.	Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern mit psychisch hoch oder gering belasteten Begleitpersonen (Hypothesen 9a + 9b).....	206
5.4.9.	Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 10)	207
5.5	Diskussion der Ergebnisse der experimentellen Therapiestudie	208
5.5.1.	Kurz- und langfristige Effekte der Reha mit oder ohne Erziehungstraining „Triple-P“ auf die psychischen Belastung und das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen	208
5.5.2.	Effekte der Reha mit oder ohne Erziehungstraining „Triple-P“ auf das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder	209
5.5.3.	Teilnahmequote am Erziehungstraining „Triple-P“ und dessen subjektive Bewertung durch die teilnehmenden Begleitpersonen.....	210
5.5.4.	Unterschiede im Reha-Erfolg der begleiteten Kinder bei Experimental- und Kontrollgruppe.....	212
5.6	Implikationen für die Forschung	212
5.7	Zusammenfassung	215
	Literaturverzeichnis	220
	Anhang	236
	Anhang A: Abkürzungsverzeichnis.....	236
	Anhang B: Abbildungsverzeichnis.....	237
	Anhang C: Tabellenverzeichnis	238
	Anhang D: Teilveröffentlichungen	241
	Anhang E: Ergebnisse der Tests zur Überprüfung der Voraussetzungen der Varianzanalysen (experimentelle Therapiestudie „Triple-P“)	243
	Anhang F: Experimentelle Therapiestudie „Triple-P“: Vergleichbarkeit von EG und KG.....	252
	Anhang G: Zusammenfassende Variablenübersicht Begleitpersonenstudie.....	256
	Anhang H: Instrumentarium.....	258

1. Einleitung

Wenn chronisch kranke Kinder im Vorschulalter eine mehrwöchige stationäre medizinische Reha-Maßnahme absolvieren, wird in den meisten Fällen eine erwachsene Bezugsperson mit aufgenommen, die im Kontext der Kinderrehabilitation als „Begleitperson“ bezeichnet wird. Im Idealfall ist die Begleitperson die Person, die dem Kind im Alltag am nächsten steht. In der Regel handelt es sich hierbei um ein Elternteil, seltener um nahe Verwandte wie z.B. Großmutter oder Tante. Im Gegensatz zur Mutter/Vater-Kind-Maßnahme ist bei dieser „Kind-Mutter/Vater-Rehabilitation“ die medizinische, psychologische und sozialpädagogische Behandlung auf das Kind ausgerichtet. In diesem Fall ist die Begleitperson nicht krank und somit auch nicht behandlungsbedürftig. Anlass und Mittelpunkt der Reha-Maßnahme sind daher die Indikation des Kindes und die Schulung der Begleitperson entsprechend der Erkrankung des Kindes.

Die Idee für die vorliegende Studie ist aus der offenen Fragestellung entstanden, ob und – wenn ja – unter welchen Bedingungen die Mitaufnahme einer Begleitperson in der stationären Kinder-Rehabilitation sinnvoll ist. Eine fundierte psychologische Begründung für das Bewilligungsverhalten der Sozialleistungsträger liegt bislang noch nicht vor. Da von Seiten der Kostenträger keine Daten über Begleitpersonen erhoben werden, ist es schwer, Aussagen über soziodemographische oder psychosoziale Merkmale der Population zu treffen. Diese Daten fehlen bei der Bedarfsplanung für die Leistungen des psychologischen Bereichs, die in den Reha-Einrichtungen für Begleitpersonen in Zukunft erbracht werden sollten.

Im ersten Teil dieser Arbeit wird der theoretische und empirische Hintergrund für die Begleitpersonenstudie erläutert, die in der Fachklinik Satteldüne für Kinder und Jugendliche der DRV Nord auf der Insel Amrum durchgeführt wurde. Es werden die Fachgebiete der vorliegenden Arbeit und das Themengebiet der chronischen Erkrankungen im Kindesalter mitsamt ihren Auswirkungen auf das betroffene Kind und sein familiäres Umfeld dargestellt. Weiterhin werden Ziele stationärer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Determinanten des Rehabilitationserfolgs erläutert und auf das Thema Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation eingegangen. Darüber hinaus erfolgt eine Darstellung der historischen Entwicklung der Mitaufnahme von Begleitpersonen im Allgemeinkrankenhaus und in der stationären Kinderrehabilitation, wobei allgemeine Rahmenbedingungen wie z.B. gesetzliche Grundlagen für die Mitaufnahme von Begleitpersonen und der Weg von der Antragstellung bis zur Kostenübernahme thematisiert werden. Zudem wird ein Überblick über den Forschungsstand zu subjektiven Gründen und Motiven von Bezugspersonen für die Begleitung ihres Kindes und Erwartungen von Begleitpersonen an den Reha-Aufenthalt gegeben. Zuletzt wird dargestellt, welche Herausforderungen die Mitaufnahme von Begleitpersonen für stationäre Reha-Einrichtungen mit sich bringt (z.B. im Hinblick auf bauliche Maßnahmen, den Personalschlüssel, die Finanzierung der Angebote für Begleitpersonen).

Im empirischen Teil I der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der Bedarfsermittlung für psychologische Interventionen für Begleitpersonen sowie auf der Evaluation der

Reha-Maßnahme für Begleitpersonen. Hierfür wurde eine Studie mit n=134 Begleitpersonen durchgeführt. Mithilfe der Ergebnisse dieser Studie soll eine qualitative Verbesserung des Angebotes des psychologischen Bereichs für Begleitpersonen herbeigeführt werden. Im empirischen Teil II wird ein theoretischer und empirischer Überblick über das evidenzbasierte Erziehungstraining „Triple-P“ gegeben, welches auf der Basis der Untersuchungsergebnisse aus dem empirischen Teil I dieser Arbeit als neue psychologische Intervention für Begleitpersonen ausgewählt wurde. Es werden die Inhalte dieses Erziehungstrainings und dessen Umsetzung in der Fachklinik Satteldüne dargestellt, die Untersuchungsergebnisse der quasiexperimentellen Therapiestudie „Triple-P“ mit n=64 Teilnehmern¹ präsentiert und diskutiert, ob sich „Triple-P“ als neues psychologisches Betreuungsmodell für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation eignet.

¹ Anmerkung: Wird in dieser Arbeit die männliche Sprachform verwendet, so gilt die weibliche Sprachform als mit erfasst.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der theoretische und empirische Hintergrund der vorliegenden Dissertation dargestellt.

2.1 Fachgebiete der vorliegenden Arbeit

An erster Stelle lässt sich diese Arbeit in das Fachgebiet der „Rehabilitationsforschung“ einordnen. Weiterhin werden die Sachgebiete „Verhaltensmedizin“, „Klinische Psychologie“ und „Gesundheitspsychologie“ berührt.

Der Begriff **„Rehabilitation“** (lat: „rehabilitatio“) bedeutet „Wiederherstellung“. In der medizinischen Rehabilitation wird hiermit das Bestreben oder der Erfolg bezeichnet, einen Menschen wieder in seinen vormals existierenden körperlichen Zustand zu versetzen.

Die allgemeine gesetzliche Grundlage fasst die Definition von Rehabilitation sehr weit. Sie erstreckt sich auf alle Leistungen und/oder andere Hilfen, wenn sie der Eingliederung von Behinderten oder von Behinderung Bedrohten ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt dienen. Im Sozialgesetzbuch I § 10 wird das Recht eines jeden Mitglieds unserer Gesellschaft auf Rehabilitation verankert.² Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten haben einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, da auch Krankheitsfolgen unter die vom Gesetzgeber definierte „Behinderung“ fallen. Zu den Rehabilitationsleistungen zählen ambulante und stationäre Maßnahmen. Im Gesetz ist darüber hinaus auch an eine psychische und soziale Rehabilitation im Sinne der gesellschaftlichen Eingliederung gedacht. Übereinstimmung zeigt sich demnach mit der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“³ der WHO, wo Behinderungen bzw. Krankheitsfolgen nach drei Ebenen differenziert sind.

1. Die Ebene der „Impairments“ (= Schäden, einschließlich Funktionsstörungen). Ein Impairment ist ein Verlust oder eine Abnormalität seelischer, geistiger oder körperlicher (physiologischer oder anatomischer) Strukturen oder Funktionen.
2. Die Ebene der „Disabilities“ (=funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben). Eine Disability ist jede Folge eines Impairments, die die Fähigkeit des Kranken begrenzt oder aufhebt, eine (seelische, geistige oder körperliche) Aktivität in der Weise oder dem Umfang auszuführen, die als normal für den Menschen angesehen wird.
3. Die Ebene der „Handicaps“ (= soziale Beeinträchtigungen). Ein Handicap ist jede Folge eines Impairments oder einer Disability, die die Fähigkeit des Kranken begrenzt oder aufhebt, bestimmte soziale Rollen im Leben aufrecht zu erhalten oder einzunehmen.

„Rehabilitationsforschung“ verfolgt als übergeordnetes Ziel die Weiterentwicklung und wissenschaftliche Begründung der rehabilitativen Praxis. Im Zentrum dieser Arbeit steht die

² Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um (I) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, (2) ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern. (SGB I § 10)

³ WHO (1998): Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation, Genf: Weltgesundheitsorganisation.

stationäre medizinische Rehabilitation, welche in Deutschland den Schwerpunkt der rehabilitativen Leistungen bildet. Hier soll die Rolle der Bezugspersonen näher beleuchtet werden, die ihre chronisch erkrankten Kinder im Vorschulalter während der Reha-Maßnahme begleiten.

Die „**Verhaltensmedizin**“ ist aus der Verhaltenstherapie hervorgegangen und setzt sich empirisch bzw. experimentell mit Gesundheitsverhalten auseinander. So werden verhaltenstherapeutische Erkenntnisse auf allgemeine medizinische Sachverhalte angewandt – z.B. durch die ergänzende Behandlung einer körperlichen Erkrankung mit psychologischen Mitteln. Die Verhaltensmedizin betrachtet den Menschen in seinem biopsychosozialen Kontext und versucht möglichst umfassend die komplexen, an der Entstehung oder Aufrechterhaltung von Krankheit beteiligten Faktoren zu erfassen und in ihrer jeweiligen Ausprägung zu beschreiben. Nach Ehlert (2003) umfasst die Verhaltensmedizin „erstens die klinische Anwendung von Techniken, die aus der experimentellen Analyse von Verhalten abgeleitet und zur Evaluation, Prävention und Behandlung körperlicher Erkrankungen oder physiologischer Funktionsstörungen eingesetzt werden, und zweitens die empirische Erforschung der Zusammenhänge zwischen Verhalten, somatischen Erkrankungen und Problemen der Gesundheitsversorgung.“ In der vorliegenden Arbeit werden die Zusammenhänge zwischen dem Verhalten bzw. der Befindlichkeit der Begleitperson und der Erkrankung des Kindes untersucht. Hier interessiert beispielsweise, wie sich das Erziehungsverhalten und das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson auf die Erkrankung des Kindes auswirkt.

Die **Klinische Psychologie** ist eine Teildisziplin der Psychologie, die sich mit den biologischen, sozialen, entwicklungs- und verhaltensbezogenen sowie kognitiven und emotionalen Grundlagen psychischer Störungen befasst. Es werden die Auswirkungen dieser Störungen und anderer (körperlicher) Erkrankungen auf das Erleben und Verhalten wissenschaftlich untersucht. Die Klinische Psychologie stellt mit wissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf, die z.B. in Form von Diagnosen formuliert werden. Darüber hinaus werden Möglichkeiten zur Beeinflussung (Intervention) entwickelt und angewandt (z.B. im Rahmen von psychotherapeutischer Behandlung, Prävention, Rehabilitation), die dann wiederum Forschungsgegenstand der Klinischen Psychologie sein können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden geeignete therapeutische Möglichkeiten für Begleitpersonen entwickelt und angewandt (Erziehungstraining) und der Effekt dieser Maßnahmen auf Befindlichkeit und Verhalten der Begleitpersonen und deren Kinder wissenschaftlich evaluiert.

„**Gesundheitspsychologie**“ befasst sich mit gesellschaftlichen Fragen nach wirksamer Prävention, gesundheitsförderlichem Verhalten (auch in Bezug auf die psychische Gesundheit) und den sozialen Faktoren von Krankheit sowie von Stress. Bezogen auf die vorliegende Arbeit steht hier z.B. die Frage im Raum, ob es sinnvoll bzw. gesundheitsförderlich ist, wenn chronisch erkrankte Kinder von einem Elternteil zu einer stationären Reha-Maßnahme begleitet werden.

2.2 Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Das aus der griechischen Sprache stammende Wort „chronisch“ bedeutet „langwierig“. Bezogen auf ein Gesundheitsproblem handelt es sich hierbei in Abgrenzung zu einer akuten Erkrankung um einen länger andauernden Prozess, der nicht in unmittelbar absehbarer Zeit abgeschlossen ist. Eine umfassende biopsychosoziale Definition chronischer Erkrankungen wurde von Stein et al. (1993) vorgelegt:

„1. Es liegt eine biologische, psychologische oder kognitive Basis für die Erkrankung vor **und**

2. die Krankheit dauert seit mindestens einem Jahr an⁴ oder ist seit diesem Zeitraum so gut wie sicher **und**

3. sie führt zu mindestens einer der genannten Folgen:

* Einschränkung der Funktionen, Aktivitäten oder der schulischen Rolle im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen in der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung (**funktionelle Einschränkung**).

* Abhängigkeit von einem der folgenden Dinge, um die funktionellen, aktivitätsbezogenen oder sozialen Einschränkungen zu kompensieren oder zu minimieren: Medikation, spezielle Diät, medizinische Technologie, unterstützende Gerätschaften oder persönliche Anleitung (**kompensatorische Maßnahmen**)

* Bedarf an medizinischer Versorgung oder verwandter Leistungen, psychologisch erzieherischen Dienstleistungen, die über das Altersmaß hinausgehen, oder nach speziellen überdauernden Behandlungen oder Unterbringungen (zu Hause oder in der Schule; **Service**nutzung).“

Warschburger (2000) merkt hierzu an:

„Demnach ist die konkrete Diagnose nicht entscheidend dafür, ob man von einer chronischen Erkrankung spricht, sondern die damit verbundenen Folgen für die Betroffenen, deren Familien und die Gesellschaft.“ .

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und in anderen Ländern mit vergleichbarem medizinischen Standard verändert: Es hat eine Verschiebung hin zu den chronischen Krankheiten stattgefunden, obwohl sich die gesamte Inzidenz der meisten Kinderkrankheiten in den letzten Jahren nicht signifikant verändert hat (vgl. Michels, 1996). In epidemiologischen Studien wird der Anteil der chronisch kranken Kinder häufig auf 10-20% geschätzt (vgl. Newacheck & Halfon, 1998; Weiland, Pless & Roghmann, 1992). Als Begründung für die gestiegene Prävalenz chronischer Erkrankungen wird diskutiert, dass aufgrund der Fortschritte in der Medizin die Überlebensraten von chronisch kranken Kindern erheblich gestiegen sind, eine insgesamt höhere Sensibilität gegenüber diesen Erkrankungsbildern vorliegt und eine genauere Diagnostik möglich ist. Diese Faktoren reichen jedoch nicht aus, um den hohen Anstieg bei den allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu erklären (vgl. Neumann, 1996; Petermann, 1999).

Hermanns (2001) fasst chronische Erkrankungen zu drei Gruppen zusammen:

⁴ In der aktuell gültigen Fassung des SGB 9 vom 19.6.2001 wurde der Zeitraum für die Dauer der Erkrankung auf „länger als sechs Monate“ verringert (Kapitel 1, § 2).

1. chronisch-progrediente Erkrankungen mit eindeutig identifizierbaren organischen Krankheitsursachen, einem fortschreitenden Verlauf und dem Risiko von sekundären Folgeschäden (z.B. Diabetes mellitus)
2. chronische, nicht-progrediente Erkrankungen mit weniger eindeutigen organischen Krankheitsursachen und einer zumeist episodischen Symptommanifestation (z.B. Neurodermitis)
3. chronische, funktionelle Störungen mit einem episodischen Auftreten, bei denen eine organisch-medizinische Ursache per definitionem auszuschließen ist (z.B. Kopfschmerzen, rezidivierende Bauchschmerzen).

Erkrankt ein Patient, wird er mit hohen und neuartigen Anforderungen konfrontiert.

„Die Lebensgewohnheiten der Patienten, ihr Verhalten und auch ihr Verhältnis zu Bezugspersonen verändern sich häufig massiv“ (Lauth, Brack, Linderkamp, 2001).

Betroffen sind somit nicht nur die Patienten selbst, sondern auch das Umfeld – wie z.B. Familie, Schule, Ausbildungsinstitutionen – wird vor neue Aufgaben gestellt.

„Stets trifft die chronische Erkrankung das Kind als ganze Person und beeinflusst sein Fühlen, Denken, seine Wünsche und schließlich seine ganze Lebensgestaltung; gleichzeitig ist aber auch die Familie betroffen und das über Jahre und Jahrzehnte. Eine chronische, körperliche Erkrankung ist ein komplexes Wechselwirkungsgeschehen organischer, psychischer und sozialer Einflußgrößen.“ (Schmitt & Kammerer, 1996).

2.2.1. Beschreibung der Krankheitsbilder Asthma bronchiale und Neurodermitis

Die Krankheitsbilder Asthma bronchiale und Neurodermitis sowie die Auswirkungen dieser Erkrankungen auf das familiäre Umfeld sollen im folgenden kurz beschrieben werden, da die chronisch erkrankten Kinder aus den Stichproben der vorliegenden Studie hauptsächlich von diesen Diagnosen betroffen waren.

Das **Asthma bronchiale** (Asthma griech. = „Atemnot“) ist in den westlichen Industrieländern die häufigste chronische Erkrankung im Kindes und Jugendalter und bildet die Hauptindikation im Rahmen der Kinderrehabilitation. Im Kindesalter tritt diese Erkrankung bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen. Das Asthma bronchiale ist eine Erkrankung der Atemwege bzw. des Bronchialsystems der Lunge. Die Bronchien, die die einzelnen Elemente des Bronchialsystems darstellen, sind Röhren, deren Wand aus einer Muskelschicht, der Schleimhaut und einer dünnen Schleimschicht besteht, die von der Schleimhaut hergestellt wird. Charakteristisch für das Asthma ist die gesteigerte Reaktionsbereitschaft der Atemwege (des Bronchialsystems) auf die unterschiedlichsten Reize. Diese gesteigerte Reaktionsbereitschaft wird auch Überempfindlichkeit oder "Hyperreagibilität" genannt. Reize, die die Überempfindlichkeit verstärken oder zu Symptomen des Asthmas führen, werden Auslöser genannt. Hierzu zählen: Infekte, Allergien, körperliche oder psychische Belastungen, bestimmte klimatische Bedingungen oder Umweltreize wie Tabakrauch oder Smog. An den Atemwegen führt der Kontakt mit den Auslösern zur Freisetzung von Vermittlersubstanzen (z.B. Histamin), die eine Verengung der Atemwege („Obstruktion“) bewirken. Es kommt zu

einer entzündlichen Verdickung der Schleimhaut, der Produktion von vermehrtem zähem Schleim und einer Verkrampfung der Bronchialmuskulatur. Obwohl diese Reaktionen wieder rückgängig zu machen sind, unterstützen die Vermittlerstoffe eine chronische Reizung und Entzündung der Schleimhaut und dadurch eine zunehmende Empfindlichkeit der Bronchien. Die Symptome des Asthma bronchiale sind vielfältig und reichen von häufigem „Hüsteln“ oder Räuspern bei körperlicher Anstrengung über heftige Hustenanfälle bis zu einem Asthmaanfall. Letzterer ist gekennzeichnet durch stark verengte Atemwege. Die Patienten empfinden Atemnot, und leiden an erschwerter und keuchender Atmung (besonders bei der Ausatmung) sowie einem beängstigenden Engegefühl in der Brust. Asthmaanfälle treten intermittierend, meist plötzlich auf und beeinträchtigen sowohl die Lungenventilation als auch die Herz-Kreislauf-Funktion (vgl. Steinhausen, 2000).

Bei den Patienten liegt zumeist eine genetische Prädisposition vor, die eine Sensibilisierung für das Asthma bronchiale fördert. Zugleich liegt ein Allergenkontakt vor. Da nicht jeder sensibilisierte Mensch eine Allergie entwickelt, spielen unterstützende Faktoren wie z.B. passives Rauchen oder eine Häufung frühkindlicher Infekte eine wichtige Rolle für die Entwicklung eines überempfindlichen Bronchialsystems.

Nach Kaiser et al. (1997) ist aufgrund der engen Verknüpfung von Psyche, vegetativem Nervensystem und glatter Bronchialmuskulatur das autonome Nervensystem – insbesondere über den Vagus – ein wichtiges pathogenes Bindeglied, über das psychische Faktoren eine Erhöhung des Bronchialmuskeltonus (=Verengung der Atemwege) auslösen können. Dieser Befund wird durch Untersuchungen gestützt, die zeigen, dass emotionale Erregung häufig einem Asthmaanfall vorausgeht. Darüber hinaus wird in anderen Studien berichtet, dass im Alter zwischen sechs und sechzehn Jahren zwar immer noch Infektionen als Auslöser vorherrschen, jedoch psychische Faktoren zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Davison & Neale, 2002). Auch die familiäre Belastung – vor allem die Belastung der Mutter – steht im Zusammenhang mit dem kindlichen Asthma bronchiale. So wurde in einer Untersuchung von Klinnert, Mrazek und Mrazek (1994) festgestellt, dass bei Kindern, deren Mütter starker Belastung ausgesetzt waren und deren Familien als „Problemfälle“ angesehen wurden, die Asthma-Rate signifikant erhöht war. Weil psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Asthma bronchiale eine große Rolle spielen, kommt ihnen auch bei der Therapie dieser Erkrankung eine besondere Bedeutung zu.

Die Erkrankung **Neurodermitis** stellt die zweithäufigste Indikation für eine stationäre Rehabilitation von Kindern im Alter bis zu neun Jahren dar, wobei es im Gegensatz zum Asthma bronchiale keine eindeutige Geschlechtsbevorzugung gibt (Heidelberger & Abeck, 2001). Es handelt sich hierbei um eine chronische, nicht ansteckende Hautkrankheit. Die Bezeichnung „Neurodermitis“ stammt aus dem 19. Jahrhundert. Damals meinte man, die Ursache dieser Hauterkrankung sei eine Nervenentzündung. Obwohl diese Ansicht später widerlegt wurde, ist der Begriff noch weiterhin geläufig. Neurodermitis wird auch als „atopische Dermatitis“ bezeichnet. „Atopia“ bedeutet im Wortsinne (griech.) „Ortlosigkeit“

bzw. „nicht zuzuordnen“, während mit „Dermatitis“ eine entzündliche Reaktion der Haut bezeichnet wird.

Das klinische Bild der Neurodermitis ist je nach Stadium und Lebensalter verschieden. Die Erkrankung verläuft schubweise und kann in jeder Altersphase auftreten oder abheilen (vgl. Niebel, 1995). Die Hauptsymptome der Erkrankung sind Hautentzündungen, die häufig an den Beugeseiten von Armen und Beinen sowie Hals und Händen auftreten. Es treten rote, schuppige, manchmal auch nässende Ekzeme auf der Haut auf, die von einem starken Juckreiz begleitet werden, der häufig als quälend erlebt wird. Hierbei fällt das betroffene Kind in einen Circulus vitiosus von Juckreiz, exzessivem Kratzen und dadurch hervorgerufenen weiteren Hautläsionen. Durch die chronische Entzündung und das starke Kratzen kann es auf Dauer zu einer Verdickung der Haut kommen, die als „Lichenifikation“ bezeichnet wird. Betroffene Kinder im Alter von drei bis elf Jahren weisen häufig auch Verhaltensauffälligkeiten auf, wie z.B. intensives Kratzen, Ruhelosigkeit, Ängstlichkeit und Hyperaktivität (vgl. Niebel, 1995). Die atopische Dermatitis ist keine rein allergische Erkrankung. Ihr liegt eine komplexe Interaktion verschiedener Pathomechanismen zugrunde. Hierzu zählen z.B. Störungen der humoralen und zellulären Immunität, Störungen des vegetativen Nervensystems, eine verminderte Talgdrüsenproduktion (was eine trockene Haut zur Folge hat) sowie Störungen der Schweißabgabe. Weitere wichtige Einflussgrößen sind: klimatische Faktoren, Ernährung und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien, chemische Irritationen, Schweiß, Infektionen und psychische Belastungsfaktoren, insbesondere alltägliche Stressoren (vgl. Stangier, 2003). In zahlreichen Studien (vgl. Marzelli-Paintner, 1997; Warschburger, 1996; Münzel, 1994) finden sich Hinweise darauf, dass psychosoziale Belastungsfaktoren wie z.B. als stressreich erlebte Situationen den Hautzustand verschlechtern und zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen können.

Die Therapie der atopischen Dermatitis besteht hauptsächlich aus einer Basistherapie zur Vorbeugung und Pflege der Haut sowie aus der Akuttherapie mit entzündungshemmenden Wirkstoffen. Es gibt weitere Behandlungsmöglichkeiten, deren Wirksamkeit sich im Einzelfall erweisen muss (z.B. Lichttherapie, Klimatherapie, psychologische Interventionen). Die Auslöser der Erkrankung müssen identifiziert und soweit möglich gemieden werden. Weiterhin können Verhaltensänderungen wie die sogenannte „nichtschädigende Stimulation der Haut“ (z.B. durch drücken oder kneifen anstelle des Kratzens) zu einer entscheidenden Verbesserung des Hautzustandes beitragen. Ebenso wie bei der Asthmaschulung gehören deshalb Psychologen zum interdisziplinären Team der Trainer. Ihre Aufgabe besteht in der Schulung der Eltern im Umgang mit der Erkrankung im Alltag, wobei hier besonders der Zusammenhang zwischen Stress, Juckreiz und Kratzen erläutert wird und Raum für Erfahrungsaustausch gegeben wird.

Aus der heutigen Sicht der medizinischen Literatur handelt es sich bei atopischen Erkrankungen wie dem Asthma bronchiale oder der Neurodermitis um somatische Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren als aufrechterhaltende und auslösende Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Die Suche nach einer „Asthma“- oder „Neurodermitispersönlichkeit“

beim Kind bzw. nach einem signifikanten Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsstruktur des Kindes und der chronischen Erkrankung Asthma oder Neurodermitis blieb bislang erfolglos (vgl. Walter, 1996; Fegert, 1995).

2.2.2. Wechselwirkung zwischen Stress und chronischer Erkrankung

Im folgenden werden zwei Erklärungsmodelle herangezogen, die die Wechselwirkungen zwischen Stress und der chronischen Erkrankung näher erläutern:

Das „**Diathese-Stress-Modell**“, welches auch als „**Vulnerabilitäts-Stress-Modell**“ bezeichnet wird, verbindet biologische, psychologische und Umweltfaktoren. „Diathese“ bedeutet hier: Disposition für eine bestimmte Krankheit bzw. die Tendenz eines Menschen, auf eine bestimmte Weise auf Belastungen zu reagieren. Unter „Stress“ werden belastende Umweltereignisse oder Lebenssituationen verstanden. Im Sinne dieses Modells bestehen bei einem Individuum bestimmte Vulnerabilitätsfaktoren, die für die krankheitsinduzierende oder symptomspezifische Wirkung von Stressoren anfällig machen. Stressereignisse oder eine bestehende physische Disposition alleine haben hiernach noch keinen Krankheitseffekt. Erst ihr Zusammentreffen erzeugt das entsprechende Symptom. Bei den atopischen Erkrankungen stellt dieses Modell eine Erklärung für die Aufrechterhaltung der Symptomatik dar. Hingegen wird in dem **Modell des „krankheitsrelevanten Verhaltens“** angenommen, dass Stress einen indirekten Effekt auf den Gesundheitszustand einer Person hat, indem er die Ausübung gesundheitsschädlichen Verhaltens begünstigt (z.B. eine Verringerung der körperlichen Bewegung, ungünstiges Essverhalten).

Verhaltensweisen, die die Gesundheit beeinträchtigen, spielen somit eine wichtige Rolle sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung einer Erkrankung.

2.3 Auswirkungen der chronischen Erkrankung auf das Kind und sein familiäres Umfeld

2.3.1. Belastungsfaktoren des chronisch kranken Kindes

Bei chronisch kranken Kindern sind häufiger als bei gesunden Kindern psychische Probleme wie Verhaltensstörungen, Probleme in schulischen Belangen, Entwicklungsverzögerungen oder eine unangemessene Krankheitsbewältigung zu beobachten (vgl. Petermann, 2000). Verschiedene epidemiologische und klinische Untersuchungen zeigen, dass das Risiko für ein vermehrtes Auftreten von psychischen Auffälligkeiten bei chronisch erkrankten Kindern um das zwei- bis dreifache erhöht ist, wobei chronisch kranke Kinder keine spezifischen Verteilungsmuster der Psychopathologie aufweisen, sondern zumeist das ganze Spektrum kinderpsychiatrischer Störungen vertreten ist (vgl. Blanz, 1996; Steinhausen, 1996). Diverse kontrollierte Studien konnten nachweisen, dass Kinder mit den Krankheitsbildern Neurodermitis oder Asthma bronchiale im Vergleich zu gesunden Kindern häufiger emotionale oder verhaltensbezogene Probleme zeigen und ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und dem Ausmaß der psychischen Auffälligkeiten besteht.

Eichhorn et al. (1995) kamen in ihrer multizentrischen Längsschnittuntersuchung zu Allergien an 1314 Kindern zu dem Schluss, dass Mütter von 12 Monate alten Kindern mit Neurodermitis deren Verhalten als signifikant „schwieriger“ beurteilten als Mütter gesunder Kinder. Dieser Unterschied trat jedoch nur bei Kindern zutage, deren Erkrankung bereits einen chronischen Verlauf zeigte und bei denen die Erkrankung bereits im Alter von sechs Monaten gestellt wurde. Weiterhin zeigte sich: Je stärker die Erkrankung des Kindes ausgeprägt war, desto stärker waren dessen Verhaltensprobleme aus Sicht der Mutter. Dieser Zusammenhang fand sich auch bei einer Wiederholungsmessung an dieser Stichprobe. 20 % der an stark ausgeprägter Neurodermitis erkrankten Kinder im Alter von 2,5 Jahren zeigten klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten, gemessen durch die *CBCL*, im Vergleich zu nur 10 % in der Normalpopulation.

In der epidemiologischen Isle-of-Wight-Studie in Großbritannien wurde ein Prozentsatz von 13,6 % für die Komorbidität von Asthma und psychiatrischer Störung gefunden, wobei sich besonders die Variable „Schwere der Erkrankung“ als prädisponierender Faktor für psychische Störungen zeigte (vgl. Graham, Rutter, Yule & Pless, 1967).

In stationären Rehabilitationseinrichtungen für chronisch erkrankte Kinder spielt aufgrund von deren erhöhter Prävalenzrate für psychische Auffälligkeiten nicht nur die medizinische Behandlung, sondern auch die psychologische Begleitung und Therapie eine wichtige Rolle. Hierfür ist ein interdisziplinäres Vorgehen des im Reha-Bereich tätigen Reha-Teams erforderlich.

Zur Genese von psychischen Störungen im Kindesalter

Unabhängig vom Vorliegen einer chronischen Erkrankung gilt die psychische Entwicklung von Kindern allgemein als gefährdet, wenn sie in ihrer frühen Kindheit erhöhten Belastungen ausgesetzt waren. Zur Genese von früh einsetzenden Verhaltensauffälligkeiten führen Webster-Stratton & Taylor (2001) drei Faktoren an: **Erziehungsfaktoren** (z.B. ineffektive Erziehungspraktiken, geringe kognitive Anregung), **Kindfaktoren** (z.B. soziale Fertigkeiten, schwieriges Temperament) und **Kontextfaktoren** (z.B. Armut, psychische Störungen und Eheprobleme der Eltern). Hinzu kommen Kindergarten und Peerefaktoren wie z.B. Aggression in der Gruppe oder Ablehnung durch Gleichaltrige.

Laut Rutter & Quinton (1977) erhöht sich das Risiko für das Auftreten einer psychischen Erkrankung durch eine **Addition verschiedener Risikofaktoren**. Hierzu zählen subjektive Merkmale von Familien wie z.B. Partnerschaftskonflikte, niedriger sozialer Status, beengte Wohnverhältnisse, Kinderreichtum, Kriminalität des Vaters, psychische Erkrankung der Mutter und außerhäusliche Unterbringung des Kindes. Im Ergebnis diverser Studien erhöhte keiner dieser Faktoren allein das Risiko für eine psychische Erkrankung des Kindes. Bei zwei Faktoren vervierfachte sich das Risiko, bei vier oder mehr waren bereits 25 % der untersuchten Kinder psychisch krank. Hieraus wurde geschlossen, dass die Anzahl der risikoh erhöhenden Faktoren entscheidend sei für den Beginn einer psychischen Erkrankung (im Gegensatz zur Spezifität eines Risikofaktors). Darüber hinaus zeigen diverse wissenschaftliche Arbeiten, dass chronische familiäre oder soziale Belastungsfaktoren im Gegensatz zu

akuten, negativen Lebensereignissen einen besonders Risiko erhöhenden Effekt haben (vgl. Goodyer, 1990). Bei chronisch kranken Kindern im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation werden häufig schwierige soziale Bezüge und chronische familiäre Belastungsfaktoren wie z.B. eine ungünstige Wohnsituation oder Suchtprobleme der Eltern vorgefunden, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Erkrankung erhöhen (vgl. Petermann, 2000).

Eine weitere These in der Literatur ist, dass die Risikofaktoren auf eine bestimmte Phase der Vulnerabilität treffen müssen, um sich krankheitsbildend auszuwirken. Hier zeigte sich, dass besonders in den ersten Lebensjahren eines Kindes die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion als Risikofaktor eingeschätzt werden muss (vgl. Laucht et al., 1996).

Krankheitsspezifische Folgebelastrungen als Risikofaktor

Eine chronisch-organische Erkrankung gilt generell betrachtet als Risiko erhöhender Faktor in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Bei chronisch erkrankten Kindern bestehen eine Reihe von erkrankungs- und behandlungsbedingten Belastungen sowie krankheitsspezifische Folgebelastrungen. Noecker (1991) benennt sechs Kategorien von **psychosozialen Folgebelastrungen** eines chronisch an Asthma erkrankten Kindes oder Jugendlichen:

1. Alltagsbewältigung (z.B. Disziplin im Rahmen der Therapiemitarbeit, Sonderrolle in der Familie, Einschränkungen des Freizeitbereichs, sportliche Einschränkungen)
2. Krankenhausaufenthalte (z.B. Angst vor unerwarteten Hospitalisierungen, plötzliche Trennung von Bezugspersonen bei einem klinisch behandlungsbedürftigen Asthmaanfall)
3. Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und Integrität (z.B. angstbesetzte Selbstbeobachtung des eigenen Gesundheitszustandes, psychovegetative Begleitscheinungen der Erkrankung, Nebenwirkungen der Medikamente)
4. Identitätsentwicklung und Zukunftsperspektive (z.B. Einschränkung in der schulischen oder beruflichen Perspektive, Unsicherheit über die individuelle Prognose)
5. Selbstbild und Selbstwert (z.B. Auseinandersetzung mit dem veränderten Körperkonzept, Angst und Scham wegen der Erkrankungssymptome, Stigmatisierung als chronisch Kranker und Behinderter, Frustration des kindlichen Bedürfnisses nach zunehmender Kontrolle der Körperfunktionen)
6. Existentielle Konfrontation mit Krankheit und Sterben (z.B. Fragen nach der Ursache bzw. dem Sinn der Erkrankung, quälende Erfahrung der Angst vor dem Erstickten bei Asthmaanfällen, Gefühl von Unsicherheit, sich auf den eigenen Körper verlassen zu können).

Krankheitsunspezifische Belastungsfaktoren als Risikofaktor

Zu den krankheitsunspezifischen Belastungsfaktoren, die als Risikofaktor in der Entwicklung von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gelten, zählen alltägliche Stressfaktoren und kritische Lebensereignisse. Prospektive Studien, in denen der alltägliche Stress

oder kritische Lebensereignisse protokolliert und parallel die Symptomschwere des Patienten untersucht wird, bestätigen hierfür einen positiven Zusammenhang (vgl. Helmbold et al., 1996).

Weiterhin kann zu den krankheitsunspezifischen Belastungsfaktoren die Interaktion zwischen dem erkrankten Kind und seinen Eltern / Bezugspersonen gezählt werden, die unter anderem durch das Ausmaß der psychischen Belastung der Eltern und das Familienklima (z.B. Erziehungsstil / Erziehungsverhalten der Eltern) beeinflusst wird. In wissenschaftlichen Studien zeigte sich, dass der Schweregrad der chronischen Erkrankung eines Kindes mit dem Ausmaß der psychischen Belastung der Bezugspersonen zusammenhängt. So wurde bei Müttern von an Neurodermitis erkrankten Kindern festgestellt, dass die Chronizität eines atopischen Ekzems des Kindes mit einer höheren psychischen Belastung der Eltern – besonders der Mütter – korreliert. (vgl. Niebel et al., 2000). Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der chronischen Erkrankung des Kindes und dem Erziehungsstil der Eltern nachgewiesen. Gil et al. (1987) konnten in einer Studie mit 44 an Neurodermitis erkrankten Kindern belegen, dass ein rigides und strenges Familienklima mit einer stärkeren Symptomschwere bei den betroffenen Kindern einhergeht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wenn zusätzlich zu den krankheitsspezifischen chronischen Belastungen durch die Erkrankung krankheitsunspezifische Belastungsfaktoren auf das Familiensystem einwirken, kann es durch Auslösung negativer Emotionen bei dem betroffenen Kind zu einer Exazerbation oder einer Aufrechterhaltung der Symptomatik der chronischen Erkrankung kommen und das Risiko für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten steigt (vgl. Hofer, Klein-Altermann & Noack, 1992; Petermann, 2000).

2.3.2. Auswirkungen der chronischen Erkrankung auf das familiäre Umfeld

Durch eine chronische Erkrankung kann sich das kindliche Verhalten und das Verhältnis des Kindes zu seinen Bezugspersonen stark verändern (vgl. Michels, 1996). Gleichzeitig ist ebenfalls das gesamte Familiensystem des Erkrankten betroffen, da die Erkrankung von allen Familienmitgliedern eine drastische Änderung ihrer Lebensweise und –einstellung verlangt. In Bezug auf die Auswirkungen der chronischen Erkrankungen des Kindes auf seine Eltern wird in krankheitsspezifische und krankheitsunspezifische psychosoziale Belastungsfaktoren unterschieden.

Krankheitsspezifische psychosoziale Belastungsfaktoren können nach Petermann, Noecker & Bode (1987) fünf Kategorien zugeordnet werden:

(1) Alltagsbewältigung, soziale Rollen und Bindungen

Hierzu zählt z.B. der Mehraufwand durch die besondere Pflege des Kindes sowie familiäre Arrangements, um eine Betreuung zu gewährleisten.

(2) Krankenhausaufenthalte

Hier werden Belastungen wie das Erleben von Abhängigkeit gegenüber dem Klinikpersonal und die durch einen veränderten Tagesablauf bedingte Minimierung der „Zeit für sich selbst“ subsumiert.

(3) Emotionale Probleme während des Behandlungsverlaufs

Hierzu zählt die Sorge um das kranke Kind und die Angst, falsche Entscheidungen zu treffen. Zudem können Eltern eines chronisch kranken Kindes in ihrem Selbstwertgefühl verletzt sein oder sich Gefühle der Ambivalenz zwischen Liebe und aus Überforderung entstandener Ablehnung entwickeln (vgl. Schmitt & Kammerer, 1996).

(4) Zukunftsperspektive der Eltern

Zur dieser Kategorie zählen Belastungen, die aus dem Zwang, eigene Zukunftspläne aufgrund der Erkrankung des Kindes revidieren zu müssen, resultieren (z.B. Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson, Freizeitbedürfnisse).

(5) Existentielle Konfrontation mit Krankheit (und Tod)

Die Frage nach Gründen für die Erkrankung des Kindes und möglicherweise daraus sich entwickelnden Schuldgefühlen der Eltern (weil sie ihr Kind nicht haben schützen können), werden dieser Kategorie zugeordnet.

Die krankheitsspezifischen psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung werden von den Betroffenen häufig subjektiv als belastender als die körperlichen Aspekte der Erkrankung erlebt und sind besonders durch ihre Einflussmöglichkeit auf die somatische Behandlung von Bedeutung (vgl. Blanz, 1994).

Krankheitsunspezifische psychosoziale Belastungsfaktoren sind von der Erkrankung des Kindes unabhängig. Hierzu zählen subjektive Merkmale von Familien wie z.B. Partnerschaftskonflikte der Eltern, finanzielle oder gesundheitliche Probleme der Eltern. Auch die vielfältigen, und zum Teil widersprüchlichen Verhaltens- und Rollenanforderungen denen die Eltern – besonders die Mütter – in unserer heutigen Gesellschaft ausgesetzt sind, werden als von der Erkrankung des Kindes unabhängige psychosoziale Belastungsfaktoren aufgeführt. Vor allem Mütter sind durch die zahlreichen Aufgaben und Pflichten gegenüber den Kindern, ihrem Partner, Haushalt, Familie und Beruf mehrfach belastet und häufig überfordert (vgl. Strittmatter et al., 1997).

Am Beispiel der Erkrankung Neurodermitis soll dargestellt werden, wie sich die oben aufgeführten Belastungsfaktoren zu einem „**psychosozialen Teufelskreislauf**“ aufschaukeln können, der die Eltern-Kind-Interaktion erheblich belastet: Die Eltern eines an Neurodermitis erkrankten Kindes leiden an belastenden Gefühlen wie Hilflosigkeit, Schuldgefühlen und Aggressionen. Aufgrund ihrer negativen Reaktionen auf krankheitsbedingte Symptome (z.B. Verbot zu kratzen) verstärken sich die Symptome (vgl. Warschburger, 1996; Stangier, 2003). Erfährt ein Kind bei Erkrankungsschüben mehr Aufmerksamkeit als in symptomfreien Intervallen, kann eine weitere Steigerung des Kratzverhaltens die Folge sein. Falls nun zusätzlich allgemeine (krankheitsunabhängige) Stressfaktoren auf das Familiensystem einwirken, verstärkt sich ebenfalls der Teufelskreislauf.

Insgesamt betrachtet lassen sich die vielfältigen krankheitsspezifischen und krankheitsunspezifischen Belastungsfaktoren von Kindern und Jugendlichen sowie von deren Familien

kaum voneinander trennen. Sie interagieren miteinander, können sich gegenseitig aufschaukeln oder einfach nur aufsummieren (vgl. Eiser & Berrenberg, 1995). Es wird immer wieder betont, dass die psychosoziale Situation der Eltern den Krankheitsverlauf des Kindes negativ beeinflussen kann. In der Forschung wird aus diesem Grund angeregt, den von psychosozial belastenden Lebensverhältnissen der Familie ausgehenden Gefährdungen der kindlichen Entwicklung vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Nach Laucht et al. (1998) sollte dies besonders dann gelten, wenn ein Kind bereits durch andere (organische und / oder psychosoziale) Risiken in seiner Entwicklung bedroht ist und zusätzlicher Unterstützung und Förderung durch seine Betreuungsumwelt bedarf. Ziel solcher Angebote, die präventiv oder als Frühintervention eingesetzt werden könnten, sollte eine Stärkung der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind sein, um sie vor Beeinträchtigungen und Störungen zu schützen.

In der Rehabilitationsforschung kommt der Untersuchung von **Ressourcen bzw. Schutzfaktoren** eine große Bedeutung zu. Hierzu zählt die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung für die Bezugsperson (vgl. Krohne, 1997; Walter et al., 1996). Der sozialen Unterstützung wird eine stresshemmende Wirkung zugesprochen, die die negativen Auswirkungen der Belastung auf die Eltern abmildern kann. Empirische Untersuchungen konnten nachweisen, dass Mütter von chronisch kranken Kindern und Jugendlicher sich um so weniger belastet fühlen, je mehr soziale Unterstützung sie erhielten (vgl. Beckmann, 1991, Dunst, Trivette & Cross, 1986). Grasteit (2003) fand in ihrer Untersuchung zum Thema „Begleitpersonen“ folgenden Trend: Je geringer die Verfügbarkeit an sozialer Unterstützung durch die Mutter beschrieben wurde, desto geringer fiel der Rehabilitationserfolg des Kindes aus. Dieser Umstand sollte bei der Konzeption von Begleitpersonenangeboten während der stationären Maßnahme und bei der wohnortnahen, ambulanten Weiterversorgung stärker berücksichtigt werden. Durch die soziale Unterstützung kann der Krankheitsverlauf des Kindes auf direktem Wege beeinflusst werden, indem durch die konkrete Unterstützung der Bezugsperson die notwendigen Anpassungsprozesse (z.B. eine Veränderung der Lebensgewohnheiten) vollzogen und die emotionale Stabilität auf diesem Wege wieder gewonnen werden kann. Gleichzeitig kann der Krankheitsverlauf auf indirektem Weg positiv beeinflusst werden, indem das Belastungserleben der Bezugs- und Betreuungsperson reduziert wird (vgl. Schulz & Hellhammer, 1998).

2.3.3. Psychische Belastung von Eltern chronisch erkrankter Kinder

Für den Begriff „**Psychische Belastung**“ gibt es noch kein einheitliches Erklärungsmodell. Gemäß der Norm EN ISO 10075 wird „psychische Belastung“ als die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ definiert. In diesem Zusammenhang wird auch von „psychomentaler Belastung“ gesprochen (ebenda). Somit beschreibt der Begriff Situationen und nicht Eigenschaften von Personen. Beanspruchung bzw. „Stress“ wird in diesem Erklärungsmodell als unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Form von Belastung bezeichnet. In Abhängigkeit von der Art der Belastung und den individuellen psychischen Voraussetzungen kann eine psychi-

sche Belastung – und Stress als Reaktion darauf – sowohl schädlich wie auch anregend wirken. In der krankheitsspezifischen Literatur wird der Begriff „psychische Belastung“ hingegen mit dem Begriff „Stress“ gleichgesetzt. So wird davon gesprochen, dass eine Person eine „hohe psychische Belastung aufweist“ bzw. „gestresst“ ist. Die Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, werden als „Belastungsfaktoren“ oder „Stressoren“ bezeichnet. In diesem Sinne wird der Begriff „psychische Belastung“ auch in der vorliegenden Arbeit verwendet.

In einem Text der DRV zur „Rolle der Angehörigen im Krankheitsprozess“ wird eine mögliche Begründung für eine hohe psychische Belastung von Angehörigen chronisch erkrankter Patienten vorgelegt.

„Es besteht eine hohe physische und psychische Belastung, die nicht selten zu psychosomatischen Reaktionen wie Schlaf-, Ess- und Verdauungsstörungen, zu Erschöpfungs- und Schmerzzuständen sowie zu erhöhter Ängstlichkeit und Depressivität führen kann.“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007).

Dies erkläre sich aus der „Doppelrolle“ der Angehörigen, die einerseits physisch und insbesondere emotional „Betroffene“ und andererseits „Mitarbeiter im Genesungsprozess“ sind.

„Die Bewältigung dieser „Doppelrolle“ ist nicht zuletzt abhängig von der psychophysischen Konstitution des Angehörigen, seinen subjektiven Krankheitstheorien und den vorhandenen sozialen Ressourcen“ (ebenda).

Es wird diskutiert, dass die Eltern bzw. in den meisten Fällen die Mütter chronisch erkrankter Kinder im Vorschulalter gezwungen sind, Hilfs- und Assistenzaufgaben wahrzunehmen. Sie müssen die Einhaltung der therapeutischen Maßnahmen kontrollieren, bei Krisen intervenieren und gegenüber dem medizinischen System dolmetschen und auch trösten. Dabei werden die ganz normalen elterlichen Funktionen, insbesondere die Kontrollfunktion, überbewertet. Dies kann zu einer erheblichen Belastung für die Mutter-Kind-Interaktion werden (vgl. Grasteit, 2003). Studien aus dem klinischen Bereich zeigen, dass sich Mütter von chronisch erkrankten Kindern im Vergleich zu Müttern gesunder Kinder weniger angemessen sozial unterstützt fühlen und in Bezug auf das Ausmaß der alltäglichen Stresssymptome und der durch die Krankheit hervorgerufenen Alltagsbelastungen als signifikant belasteter empfinden (vgl. Hamlet et al., 1992; Rossius, 1991). Eltern chronisch erkrankter Kinder berichten häufig über emotionale Belastungen in Form von Angst (z.B. Angst um das kranke Kind, Angst vor falschen Entscheidungen) sowie in Form von Ärger-, Hilflosigkeits- und Unsicherheitsgefühlen (vgl. Neumann, 1996; Petermann, 2000).

Aus diesem Grund werden von Seiten der stationären Rehabilitationseinrichtungen für chronisch erkrankte Kinder psychologische Interventionen für deren Bezugspersonen angeboten, die auf einen Abbau der psychischen Belastung abzielen (z.B. Entspannungstraining, psychologische Einzelgespräche, Erziehungsberatung).

2.3.4. Erziehungsstil und Erziehungsverhalten von Eltern chronisch erkrankter Kinder

Um beobachtbare Erziehungshandlungen und -vorstellungen zu kennzeichnen, werden verschiedene Begriffe – wie z.B. Erziehungsstil, Führungsstil, Erziehungsverhalten, Elternverhalten – verwendet. Als übergeordneter Begriff wird der „**Erziehungsstil**“ genannt, der nach Roth (1976) aus einem Komplex zusammen auftretender und relativ stabiler (überdauernder) Erziehungspraktiken und Erziehungseinstellungen besteht, welche von soziokulturellen Normen und persönlichen Eigenschaften des jeweiligen Verhaltensträgers abhängig sind und auf definierte Adressaten im allgemeinen spezifische Auswirkungen hat.

Tewes & Wildgrube (1999) definieren den Begriff „Erziehungsstil“ folgendermaßen:

„...eine Gruppe theoretischer Konstruktionen in der Psychologie, mit denen interindividuell variable, aber intraindividuell vergleichsweise stabile (d.h. zeit- und situationsübergreifende) Tendenzen von Erziehungspersonen (Eltern, Lehrer) beschrieben werden, spezifische kindbezogene Verhaltensweisen zu zeigen“.

Der Begriff Erziehungsstil hebt beim Wechselbezug der pädagogischen Interaktion vorwiegend die Seite des Erziehenden hervor (vgl. Weber, 1976.).

Die wissenschaftliche Erforschung des Erziehungsstils, die sich mit der Untersuchung des Erziehungsverhaltens und seiner Auswirkungen auf die (Persönlichkeits)-Entwicklung des Kindes beschäftigt, begann im 20. Jahrhundert. Alfred Adler (1930) wandte individualpsychologische Konzepte auf die kindliche Entwicklung und auf die Erziehung in Schule und Elternhaus an und hob besonders die überstrenge, die verwöhnend-verzärtelnde und die vernachlässigende Erziehung als störend bei der Charakterbildung hervor. Stark beeinflusst wurde die Erziehungsstilforschung von dem Sozialpsychologen Lewin. Dieser führte Ende der 1930er-Jahre in den USA gemeinsam mit seinen Mitarbeitern Feldexperimente zu den Wirkungen unterschiedlicher Führungsstile auf die Atmosphäre und das Verhalten in Jugendgruppen durch. Von Lewin stammt die Unterteilung in den „autoritären“, „laissez-faire“ und „demokratischen“ Erziehungsstil. Obwohl diese Forschungsergebnisse zu wichtigen Erkenntnissen über die Erziehungspraxis beigetragen haben, gelten sie heute als veraltet, unter anderem deshalb, weil solche Typisierungen zu sehr vereinfachen und nicht klar abgrenzbar sind. In der Praxis ist die Unterscheidung eines Erziehungsstils und der damit verbundenen Erziehungsmethoden nicht eindeutig, da zum einen nicht immer eine klare Trennung möglich ist, zum anderen weil häufig Mischformen auftreten. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass Erzieher mit überwiegend demokratischem Stil in einigen Situationen autoritäre Methoden anwenden. Neuere Forschungsansätze zum Erziehungsstil beschäftigen sich stärker mit den komplexen Wechselbeziehungen zwischen Erziehern und zu Erziehenden sowie den Einflüssen des sozialen Umfeldes auf das Erziehungsverhalten. Baldwin (1945) entwickelte Untersuchungsmethoden zur Analyse von Eltern-Kind-Interaktionen mittels Fragebögen und langfristigen Beobachtungen. Diese bildeten die Grundlage für die Arbeiten von Baumrind in den 1960er Jahren. Sie unterschied zwischen zwei verschiedenen Ebenen von Erziehungsstilen, die sie als Kontrolle (Lenkung) und Responsivität (Akzeptanz) bezeichnete. Aus diesen zwei Ebenen ergeben sich vier Felder,

die unterschiedliche Erziehungsstile enthalten: den autoritativen, den autoritären, den permissiven und den vernachlässigenden Erziehungsstil. Diese Haupterziehungsstile können noch weiter unterteilt werden, so fügt Elder (1962) noch autokratische, egalitäre, negierende und flexible Erziehungsstile hinzu.

In Abgrenzung zum überdauernden Erziehungsstil kennzeichnet das „**Erziehungsverhalten**“ die konkret beobachtbaren Maßnahmen, die Erzieher einsetzen (z.B. Erziehungsmittel, -praktiken, Regeln, -Strategien) sowie das Gesamtverhalten bei der Erziehung, welches dem Zweck dienen kann, ein bestimmtes Erziehungsziel zu erreichen. Unter elterlichem Erziehungsverhalten sind alle kindbezogenen Verhaltensweisen einer Elternperson zu verstehen. Bei der Datengewinnung zur Erforschung des Erziehungsverhaltens unterscheidet man zwischen dem selbst- und dem fremd wahrgenommenen Erziehungsverhalten.

Zum **Erziehungsstil und Erziehungsverhalten von Eltern chronisch erkrankter Kinder** liegen eine Vielzahl von Studien vor.

Psychodynamische Erklärungsmodelle sehen eine Persönlichkeitsstörung der Mutter als Ursache für die chronische Erkrankung des Kindes an bzw. betonen, dass eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion die Erkrankung auslösen kann. French & Alexander (1941) bezeichnen den Asthmaanfall als „unterdrückten Schrei nach der Mutter“. Demzufolge löst ein ungelöster seelischer Grundkonflikt mit der ambivalenten Haltung der Mutter – die die Anlehnungsbedürfnisse des Kindes aus latenter Feindseligkeit ablehnt – die asthmatischen Symptome des Kindes aus. Laut Dührssen (1962) verhalten sich Eltern von asthma- oder neurodermitiskranken Kindern affektiv abweisend. Es sei auffällig, dass durch solche Familien „ein kühler Wind“ wehe. Hygiene und Sauberkeit würden groß geschrieben und das Bekunden von Zärtlichkeitsgefühlen falle außerordentlich aus dem Rahmen. Dührssens Theorie wurde auch von Rechenberger (1981) geteilt. Letzterer beschreibt die chronische Erkrankung Neurodermitis als ein Sichtbarwerden einer Störung in der Mutter-Kind-Interaktion.

Die psychodynamischen Erklärungsmodelle beruhen zum großen Teil auf Fallberichten oder ausgewählten Stichproben. Kritisiert werden methodische Schwächen dieser Untersuchungen sowie die Tatsache, dass solche Interpretationsmodelle vor allem bei den Müttern der erkrankten Kinder Schuldgefühle auslösen könnten (Freeman et al., 1964). Die These einer psychischen Störung bei der Mutter als Ursache für eine chronische Erkrankung beim Kind wird jedoch nach wie vor diskutiert. Viele Autoren sehen einen Zusammenhang zwischen einem erlebten Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge bei gleichzeitiger Überprotektion durch die Eltern während der Kindheit und Jugend (sog. „affectionless control“) und der späteren Manifestation psychischer Störungen (vgl. Parker, 1983; Perris et al.; 1994; Gerlsma et al., 1990). Laut einer Studie von Aronsson und Koivunen (1985) zeigten sich Eltern von Kindern mit der Diagnose Asthma bronchiale im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zurückweisender, hatten mehr Schuldgefühle und zeigten ein überbehütenderes Verhalten. Dies Verhalten der Eltern wird als Ausdruck eines Mutter-Kind-Konfliktes gewertet, der in seiner Tiefe auf einer unbewussten Ablehnung und Aggression gegen das Kind beruhe. Diese Zurückweisung führe zu Schuldgefühlen der Mutter und in Form einer Kompensa-

tion oder eines Schutzmechanismus zu einem überkontrollierenden und überbehütendem Verhalten.

Familiendynamische Konzepte betonen die familiären Kommunikationsmuster, die in Familien mit einem chronisch erkrankten Kind vorherrschen. In Familien mit einem asthmapatienten Kind wurde beispielsweise festgestellt, dass sich die Familienmitglieder zudringlich und intensiv in die gegenseitigen Angelegenheiten einmischen und sich überverständnisvoll zueinander verhielten. Nach außen präsentierten sich die Familien besonders unauffällig und konfliktfrei, mit Ausnahme der medizinischen Verfassung des Indexpatienten. Insgesamt vermieden die Familien Veränderungen sowie das offene Austragen von Konflikten und die Konfrontation mit verschiedenen Meinungen. Durch die völlige Konzentration auf die Krankheitssymptome des Kindes konnten eigene oder auch partnerschaftliche Konflikte umgangen werden (vgl. Minuchin et al., 1975). Andere Autoren bezeichnen die familiäre Interaktion als „restriktiv“, womit die Spärlichkeit der Kommunikation und die verminderte emotionale Mitbeteiligung gemeint ist (Jackson, 1974). Laut Titchener et al. (1974) führt eine mangelhafte Fähigkeit zum Austragen von Konflikten und eine affektive Rigidität in Familien mit einem asthmapatienten Kind zu verstärkter emotionaler Spannung, in deren Verlauf es zu einem Asthmaanfall kommen kann. Auch eine Studie von Wirkan et al. (1978) ergab, dass die Kommunikation in Familien mit asthmapatienten Kindern wenig effizient ist und sich durch mangelhaftes Hinhören und Eingehen auf den anderen, Vortäuschen gegenseitigen Verständnisses, Pseudoübereinstimmung und ausgeprägte Konfliktvermeidung auszeichnet. Dies galt besonders für die Väter der asthmapatienten Kinder. Eine kontrollierte Studie von Bovensiepen et al. (1980) ergab, dass die Rolle der Väter in Asthmafamilien und die Vater-Kind-Beziehung bedeutsamer und differenzierter ist, als bis dahin angenommen wurde:

„Die Rolle der Väter kann als extrem konfliktvermeidend, harmonisierend und weiblich-mütterlich charakterisiert werden, was familiendynamisch in Zusammenhang mit einer mangelhaften Geschlechtsrollendifferenzierung der Eltern und dem Problem der Machtausübung asthmapatienter Kinder über ihre Eltern eine besondere Bedeutung erlangt.“

Overbeck & Overbeck (1978) sehen im Asthma bronchiale eine psychosoziale Abwehrform, die eine entscheidende Bedeutung für das Gleichgewicht der emotionalen Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und für das ganze Familiensystem gewinnt.

In einem familiendynamischen Modell von Stierlin (1976) könnten asthmapatienten Kinder als „gebundene Delegierte“ eingeordnet werden. Dieser Bindungsmodus scheint in Asthmafamilien der vorherrschende Interaktionsmodus zu sein.

Zusammenfassend betrachtet lässt sich mit den psychodynamischen und familiendynamischen Studien nicht belegen, ob das festgestellte Erziehungsverhalten der Eltern schon vor dem Ausbruch der Erkrankung des Kindes bestanden hat oder in deren Folge entstanden ist. Diese Tatsache wird immer wieder diskutiert und gefordert, statt der Interpretation retrospektiver Daten vermehrt Studien im prospektiven Design durchzuführen.

Innerhalb der vergangenen 20 Jahre wurden diverse kontrollierte und zum Teil prospektive Studien zum Erziehungsverhalten von Eltern chronisch kranker Kinder durchgeführt, die die oben aufgeführten psychodynamischen und familiendynamischen Konzepte untermauern:

Untersuchungen mit Kontrollgruppendesign zeigten, dass Eltern von Kindern mit Asthma bronchiale eine höhere Anzahl an kritischen Einstellungen gegenüber ihren Kindern zeigen und äußern (Hermanns et al., 1989; Schübinger et al., 1992).

In einer Studie von Liedtke (1990) fand sich bei Familien mit einem chronisch erkrankten Kind (Asthma oder Neurodermitis) eine ausgeprägtere Rigidität und Abgrenzung gegenüber der Außenwelt bei gleichzeitig hoher Fürsorglichkeit und verwöhnendem Erziehungsstil.

Langfeldt und Luys (1993) analysierten den Erziehungsstil von Müttern chronisch kranker Kinder, wobei sie feststellten, dass die Belastung und Erschöpfung der Mutter ein entscheidender Faktor im Familienalltag ist. Mütter von chronisch an Neurodermitis erkrankten Kindern zeigten im Unterschied zu Müttern von neu an Neurodermitis erkrankten Kindern in ihrem Erziehungsstil feindseliger und ablehnender. Die genaue Analyse der Itemformulierungen der Skala „feindselig-ablehnend“ aus dem „Fragebogen zur Diagnostik elterlicher Erziehungseinstellungen“ von Lukesch & Tischler (1975) zeigte jedoch, dass die Eltern chronisch erkrankter Kinder eher die Formulierungen angekreuzt hatten, die Belastungen und Abgrenzungen beschreiben. Aus diesem Grund wurde die betreffende Skala in „Distanziertheit durch Belastung und Erschöpfung“ umbenannt und die scheinbar feindselig-ablehnendere Haltung der Mütter chronisch kranker Kinder als Folge der lebenseinschränkenden Bedingungen in der Familie interpretiert.

Lecheler & Walter (1997) kommen zu dem Schluss, dass die Problematik von Eltern asthmakranker Kinder in einer ständigen Gratwanderung zwischen Über- und Unterforderung ihrer Kinder besteht. Sie beobachteten in Familien mit asthmakranken Kindern häufig ein überbehütendes und verwöhnendes Verhalten, das eine Verhaltenskette von sozialem Rückzug, Reduktion von Anforderungen an das Kind, einem langfristig negativen Selbstwertgefühl und geringer Selbstverantwortung beim Kind nach sich ziehen kann. Das Kind falle hierdurch in eine „Krankenrolle“ und versuche, Vergünstigungen in Schule und Familie zu erzwingen. Verstärkt würde dieser Teufelskreislauf durch die Bedrohung eines möglichen Todes des Kindes durch die Erkrankung. Aufgrund dieser Tatsache fühlten sich die Eltern häufig hilflos, verzweifelt und resigniert und zeigten ein von Schuldgefühlen geprägtes überbehütendes Erziehungsverhalten, wodurch das Kind langfristig unselbständig werde.

In einer prospektiven Allergiestudie in Norwegen fanden Askildsen et al. (1993) bei Familien mit asthmakranken Kindern ein geringeres Maß an gegenseitiger Interaktion zwischen Mutter und Kind im Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Die Mütter gingen aktiver auf ihre Kinder zu, wohingegen sich die Kinder eher passiv verhielten. Die Mütter der asthmakranken Kinder hätten stärker versucht, das Kind zu kontrollieren und an den Rhythmus der Mutter anzupassen als die Mütter in der Kontrollgruppe.

Pauli-Pott et al. (1997) stellten in einer prospektiven Studie zur Mutter-Kind-Beziehung bei Säuglingen mit atopischer Dermatitis fest, dass Mütter von erkrankten Kindern ihre Kinder

als „schwieriger“, „seltener positiv in der Emotionalität“ und „schwerer tröstbar“ erlebten als die Mütter gesunder Kinder. In dieser Studie konnte darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und dem Schweregrad des Krankheitsbildes der Neurodermitis festgestellt werden. Die Ausprägung der Elternmerkmale wie Depressivität, eine erhöhte Ängstlichkeit und eine Überfürsorglichkeit der Mütter stand mit dem Ausprägungsgrad der Neurodermitis der Kinder im Zusammenhang.

Insgesamt betrachtet sind die Untersuchungsergebnisse zum Erziehungsstil und zum Erziehungsverhalten von Eltern chronisch kranker Kinder uneindeutig, da sehr unterschiedliche Methoden verwendet werden und häufig eine fehlende Kontrolle von Alterseffekten oder des sozioökonomischen Status vorliegt. Es liegen nur wenige Studien mit prospektivem Untersuchungsdesign vor.

Ein emotional warmes, aber auch klar strukturiertes Erziehungsverhalten (sogenannter „autoritativer Erziehungsstil“) gilt aus heutiger Sicht als entwicklungsfördernd (vgl. Wustmann, 2004).

Im Rahmenkonzept des VDR wird empfohlen, Begleitpersonen von chronisch kranken Kindern in der stationären Kinderrehabilitation im Hinblick auf ihr Erziehungsverhalten zu schulen:

„Die Therapieziele müssen individuell erarbeitet werden und es muss eine Anleitung der Eltern / Bezugspersonen im Umgang mit der jeweiligen Erkrankung einschließlich konsequenter Erziehung erfolgen“ (1998, S. 26/27).

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen tragen dieser Tatsache Rechnung, indem psychologische Interventionen wie z.B. Erziehungsberatung für Begleitpersonen angeboten werden. Diese psychologischen Angebote können präventiv oder therapeutisch ausgerichtet sein. So heißt es im Jahr 2012 auf der Homepage der Reha-Fachklinik Sylt (DRV Nord) unter der Rubrik „Eltern als Begleitung“:

„Es wird angestrebt, dass die Begleitpersonen das eigene Erziehungsverhalten kritisch reflektieren und sie für einen entwicklungsfördernden, alters- und situationsangemessenen Umgang zu sensibilisieren“ .

2.4 Stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche: Ziele der Rehabilitation und Rehabilitationserfolg

Aufgrund der hohen Prävalenz chronischer Erkrankungen wächst der Bedarf an spezifischen und qualifizierten Rehabilitationsprogrammen für Kinder und Jugendliche. Chronische Krankheiten bilden die medizinische Hauptindikation für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Auswertungen der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder im Alter von fünf bis neun Jahren durch die Rentenversicherungsträger (VDR, 2001) zeigen folgende Hauptindikationsgruppen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und alimentäre Adipositas.

Petermann (2001) merkt hierzu an:

„Die Bedeutung der Kinderrehabilitation wird noch dadurch unterstrichen, dass die Kindheit als optimale Entwicklungsphase betrachtet wird, um die gesundheitlichen Pro-

bleme bereits im Vorfeld zu verhindern oder zu minimieren und einer sekundären Chronifizierung entgegenzuwirken.“

Deshalb bestünde eine große Chance, dass die in dieser Altersspanne während der Reha-Maßnahme eingeübten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beibehalten werden.

Da sich Krankheitsfolgen auf verschiedenen Ebenen manifestieren können, kann es nicht nur ein **Rehabilitationsziel** geben. Bei stationären medizinischen Reha-Maßnahmen werden Reha-Ziele von Therapiezielen unterschieden. Reha-Ziele sind übergreifender, da sie sich auf den komplexen Behandlungsansatz beziehen, während sich Therapieziele mehr auf die differenzierten und konkreten Aspekte der einzelnen Behandlungselemente beziehen.

„Zu Beginn der Rehabilitation werden vom behandelnden Arzt auf der Basis der diagnostischen Befunde die Therapieziele festgelegt. Dies erfolgt sowohl in Abstimmung mit den übrigen Mitgliedern des Reha-Teams als auch mit dem Kind/Jugendlichen sowie gegebenenfalls auch den Bezugspersonen“ (Petermann & Warschburger, 2001).

Während der Reha-Maßnahme sollen durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Risikofaktoren vermindert und Schutzfaktoren aufgebaut werden, die eine angemessene Krankheitsbewältigung des chronisch erkrankten Kindes unterstützen und fördern. Zu den Risikofaktoren zählen kindheitsbezogene Faktoren (Vulnerabilität) und umgebungsbezogene Faktoren (z.B. Stressoren), die in ihrer Summe als „Belastungen“ bezeichnet werden. Zu den Schutzfaktoren zählen kindbezogene Faktoren (Widerstandsfähigkeit, Resilienz) und umgebungsbezogene Faktoren wie z.B. soziale Unterstützung, die „Ressourcen“ genannt werden. Laut Petermann (2001) ist die Bilanz aus Risiko- und Schutzfaktoren entscheidend für die Gesamt-Belastbarkeit des Kindes und seiner Familie, die Anstrengungen zur Belastungsbewältigung sowie für die Entwicklungsprognose des Kindes.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat 1998 in einem „Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ die medizinischen Ziele der Rehabilitationsmaßnahme aus dem Blickwinkel der verschiedenen Kostenträger ausführlich dargestellt.

Die **Rentenversicherungsträger** erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen, wenn hierdurch a) voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann, und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann (§ 31, Abs. 1, Satz 1, Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlung) und b) günstige Voraussetzungen für die spätere Erwerbsfähigkeit geschaffen werden. Die medizinischen Ziele reichen vom Aufbau einer besseren physischen Konstitution über eine Verminderung von Risikofaktoren mit gesundheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Abwehr von krankmachenden Faktoren, Anregung des Prozesses zu einer gesundheitsgemäßen Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt) bis zur Vermittlung von Fähigkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der persönlichen Gesundheit bzw. Lebensqualität durch aktive Einflussnahme.

Die Vorsorgemaßnahmen der **Krankenkassen** im Rahmen stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen zielen aus medizinischer Sicht darauf ab:

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- die alters- und entwicklungsentsprechende Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern,
- die Abwehr- und Heilungskräfte zu steigern und
- zur Veränderung der individuellen Lebensführung zu befähigen, um gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermindern und damit Erkrankungen vorzubeugen.

Darüber hinaus werden im Rahmenkonzept (VDR 1998) die **Rehabilitationsziele aus psychosozialer Sicht** formuliert. Hierzu zählt:

- Aufbau einer besseren psychischen Konstitution,
- Aufbau stabiler sozialer Beziehungen, Förderung von Freundschaften,
- Altersgemäße Informiertheit über Risikofaktoren, Krankheiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen,
- Verhaltenstraining zur Einstimmung auf neue Anforderungen,
- Ausbildung und Bewahren eines positiven Selbstbildes,
- Stärkung der Fähigkeiten zur Risikobewältigung,
- Erweiterung und Erprobung neuer Kompetenzen, die auf neue Anforderungen bezogen werden können,
- Förderung von Freude und Spaß („Sich-Wohlfühlen“) in einer entwicklungsfördernden Atmosphäre,
- Stärkung der sozialen Fähigkeiten / Kompetenzen,
- Hilfen zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um eigene Entscheidungen zu fällen und zu vertreten,
- Einübung von Konfliktlösungsmustern (mit konflikthafter Situationen in Bezug auf das gesundheitliche Verhalten umgehen lernen),
- Stärkung / Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins,
- Unterstützung in der Entwicklung der persönlichen Kompetenz,
- Förderung des altersgemäßen Verantwortungsbewusstseins bezogen auf die Gesundheit,
- Förderung der Reflexion über Lebensstrategien,
- Unterstützung bei der Entwicklung der Persönlichkeit,
- Minimierung von psychischen Auswirkungen der Erkrankung,
- Aufbau von Verhaltensweisen, die im Alltag nach der Reha gelebt werden sollen (verbessertes Körper- und Gesundheitsbewusstsein durch bewusste Bewegung und Entspannung),
- Förderung der Stressbewältigungskompetenz und
- Minimierung von erzieherischen Problemen in der Familie, die ihrerseits eine (psycho-)somatische Erkrankung auslösen, verstärken oder unterhalten können.

Der **Erfolg der stationären Reha-Maßnahme** wird daran gemessen, ob die zuvor definierten individuellen Therapie- bzw. übergreifenden Reha-Ziele erreicht wurden. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, einen allgemeingültigen Reha-Erfolg zu definieren. Eine langfristige Stabilisierung des Reha-Erfolges hängt davon ab, ob das Kind das während der Rehabilitation erlernte gesundheitsfördernde Verhalten in den Alltag übertragen kann. Dies gelingt besonders,

- wenn im Rahmen von Schulungsprogrammen auf eine kindgerechte und verständliche Vermittlung der Wirkungsweise der einzelnen Therapieelemente geachtet wird,
- die Eltern/Bezugspersonen während der Reha-Maßnahme ebenfalls an speziellen Schulungsprogrammen teilnehmen und dort befähigt werden, ihr Kind bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und
- den Eltern ein Erfahrungsaustausch untereinander und mit den Mitarbeitern des Schulungsteams ermöglicht wird (vgl. Petermann, 2001).

Abschließend stellt sich die Frage, wie ein Rehabilitationserfolg im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit der verschiedenen Therapiemaßnahmen der stationären Kinderrehabilitation gemessen werden kann. Die Messung des **medizinischen Rehabilitationserfolgs** erfolgt z.B., indem der behandelnde Arzt eine fachliche Einschätzung vornimmt. Weiterhin können medizinische Parameter (wie z.B. Messwerte der Lungenfunktionsprüfung) herangezogen werden. Die Einschätzung des **Rehabilitationserfolgs aus psychologischer Sicht** kann durch subjektive Befragungen der Patienten bzw. ihrer Begleitpersonen und durch standardisierte Fragebögen / Interviews erfolgen. Häufig wird hier das Konstrukt „**gesundheitsbezogene Lebensqualität**“ als Bewertungskriterium für den Therapieerfolg herangezogen, welches die Auswirkungen medizinischer Maßnahmen unter Berücksichtigung der Patientenperspektive erfasst (vgl. Bullinger, 1996). Die Lebensqualität des Kindes gilt auch im offiziellen Rahmenkonzept des VDR als ein Kriterium für den Rehabilitationserfolg.

2.5 Qualitätssicherung in der stationären Kinderrehabilitation

Unter **Qualitätsmanagement** werden alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die der Schaffung und Erhaltung der Konzept- und Ausführungsqualität dienen, verstanden. Die **Qualitätssicherung** umfasst als Bestandteil hiervon alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen (vgl. Gabler-Verlag, 2012). Für den Bereich der stationären Kinderrehabilitation legte der VDR mit dem Rahmenkonzept (1998) die Grundlage für die Qualitätssicherung. Hier werden drei Bereiche unterschieden:

Die **Strukturqualität** beinhaltet Merkmale wie personelle und räumliche Ausstattung der Reha-Einrichtung, das fachlich begründete Behandlungskonzept, Interdisziplinarität und die Kooperationsbeziehungen mit weiteren Versorgungsbereichen. Sie bildet die Grundlage für die Prozess- und Ergebnisqualität.

Die **Prozessqualität** wird durch die individuellen Therapie- bzw. Rehabilitationspläne des Patienten beeinflusst. Hier wird hinterfragt, wie die therapeutischen Elemente konkret umgesetzt und angewandt wurden. Durch externe Supervision oder Protokollierung einzelner Therapiesitzungen kann erfasst werden, ob Schwierigkeiten auftraten, welche Themen angesprochen werden konnten und ob die Ziele erreicht wurden. Auf diesem Weg ist eine Optimierung der Interventionen möglich (vgl. Petermann, 2001). Die Einbeziehung von Eltern / Bezugspersonen und dem familiären Umfeld in den Therapie- bzw. Rehabilitationsplan sowie die Beratungsgespräche für Eltern bzw. die Elternseminare gelten als Faktoren, die die Prozessqualität fördern können.

Die **Ergebnisqualität** ist die zentrale Dimension der Qualitätssicherung. Sie bezieht sich hauptsächlich darauf, in welchem Ausmaß die individuellen, indikationsspezifischen und generellen Ziele der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998) wird gefordert, die Ergebnisqualität nicht nur auf der Basis von objektiven Qualitätskriterien zu ermitteln, sondern die subjektive Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen mit dem Reha-Aufenthalt und den Behandlungsergebnissen mit einzubeziehen, um dem Aspekt einer human und medizinisch qualitativ hochwertigen Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen Rechnung zu tragen. Es wird kontrovers diskutiert, ob Kinder zuverlässige Berichtersteller ihrer eigenen Befindlichkeit und Zufriedenheit sind (vgl. Petermann, 2001). Gerade bei jüngeren Kindern werden stattdessen häufig deren Begleitpersonen zu ihrer Zufriedenheit mit der Reha-Einrichtung und den Behandlungsergebnissen befragt.

In den Jahren 2008-2009 wurde ein gemeinsames Projekt der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema „Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ durchgeführt (Farin et al., 2011). Es wurden indikationsspezifische Behandlungsergebnisse definiert und operationalisiert sowie Instrumente zu deren Messung erarbeitet. Hier wurde in eine direkte (kindbezogene) Messung von Behandlungsergebnissen und eine indirekte Messung über Angehörige oder das Reha-Team unterschieden. Bei Kindern bis zu einem Alter von 12 Jahren wurden stellvertretend die Angehörigen befragt. Zur Ermittlung der Ergebnisqualität wurden in dem Forschungsprojekt die Konstrukte Lebensqualität, wahrgenommene Veränderung bezüglich Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Körperfunktionen sowie Rehabilitanden- und Elternzufriedenheit erfasst. Die Datenerhebung fand im Rahmen einer längsschnittlichen Fragebogenerhebung mit den drei Messzeitpunkten Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende und sechs Wochen nach Rehabilitationsende statt. Aus 24 Piloteneinrichtungen liegen Ergebnisse einer Gesamtpopulation von 3495 Rehabilitanden im Alter von sieben Monaten bis 22 Jahren vor.

Für die Gruppe der Rehabilitanden unter einem Alter von 12 Jahren wurden folgende Ergebnisse erzielt:

- im Bereich Lebensqualität ergab sich ein geringer Effekt (0,26)

- die Eltern gaben an, dass sich die Gesundheit ihres Kindes durch die Reha insgesamt verbessert hat (m=1,93; 5-stufige Skala: 1=deutliche Verbesserung bis 5 = deutliche Verschlechterung), die Behandler gaben ebenfalls eine erkennbare Verbesserung der Gesundheit durch die Rehabilitation an (m=2,07).
- Die Zufriedenheit der Eltern mit der Rehabilitationsmaßnahme war hoch (m=1,63; Skala: 1=höchste Zufriedenheit bis 5 = niedrigste Zufriedenheit)

Auf der Basis der in diesem Projekt ermittelten Ergebnisse und Erfahrungswerte ist für die kommenden Jahre eine routinemäßige Erfassung der Ergebnisqualität in Einrichtungen der Kinder-Jugend-Rehabilitation geplant.

Die **Erfassung der Patientenzufriedenheit** steht neben der Messung von objektiven Behandlungsergebnissen im Zentrum der Untersuchung von Ergebnisqualität. Patientenzufriedenheit hängt ab:

- vom therapeutischen Erfolg der Behandlung durch den Arzt und damit zusammenhängend vom Gesundheitszustand des Patienten: Je stärker sich der Gesundheitszustand während der Behandlung subjektiv oder objektiv verbessert und je stärker in Folge dessen die Stimmung des Patienten positiv beeinflusst wird, desto zufriedener ist der Patient (vgl. Arnold & Lang, 1994; Wüthrich-Schneider, 1998; Pock, 2000).
- vom Umgang des Arztes mit dem Patienten, z.B. Information, persönliche Unterstützung des Patienten, zufrieden stellende Kommunikation, Ausmaß der Zeit die sich der Arzt für den Patient nimmt (vgl. Baum, 1994; Klemperer, 2003).
- von sozioökonomische Faktoren: je höher der Bildungsstand, desto unzufriedener sind die Patienten mit der Behandlung; unabhängig davon zeigen sich Privatversicherte zufriedener als gesetzlich Versicherte (vgl. Aust, 1994; Arnold & Lang, 1994).
- von einer Zufriedenheit der Patienten mit anderen Aspekten ihres Lebens. Es wurde festgestellt, dass Personen in schlechter seelischer Verfassung weniger zufrieden mit ihrer Behandlung sein konnten, weil sie entweder Schwierigkeiten hatten, sich von ihrer psychischen Belastung zu lösen, oder sie auf weniger Gegenliebe beim medizinischen Personal stießen (vgl. Greenley et al., 1982, Hall, 1987).
- vom Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen von Patienten an medizinische Leistungen. Donabedian (1980) sah Patientenzufriedenheit als eine Bestimmung des Grades, zu dem medizinische Leistungen auf erfolgreiche Art und Weise die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten befriedigt haben. Studien zeigen, dass Patienten zufriedener mit der Behandlung waren, wenn sich das Krankenhauspersonal ihren Erwartungen entsprechend verhalten hatte (Lochmann, 1983; Like und Zysanski, 1987).

2.6 Historischer Überblick: Die Entwicklung der Mitaufnahme von Begleitpersonen im Krankenhaus

Die Entwicklung der Mitaufnahme von Begleitpersonen in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern beginnt mit der Verbesserung der Besuchsmöglichkeiten und der Schaffung von Mutter-Kind-Einheiten in den Akutkrankenhäusern für Kinder. Bis in die 60iger Jahre galt die Regel, dass im Krankenhaus aufgenommene Kinder nur ein- bis zweimal in der Woche nicht mehr als eine Stunde lang von ihren Angehörigen besucht werden durften. Hinzu kam die Einschränkung, dass nur selten direkter Kontakt von Eltern und Kind am Krankenbett möglich war (sog. „Scheibenbesuch“, d.h. Sichtkontakt durch ein Fenster). Erziehungsberater und Psychologen berichteten zu dieser Zeit von langfristigen Schäden, die bei Kindern durch frühe Krankenhausaufenthalte ohne mütterliche Begleitung hervorgerufen werden können. Hierzu zählten:

- jahrelang anhaltende Schlafstörungen
- kindliche Verhaltensstörungen
- schwere charakter-neurotische Fehlentwicklungen eines autistischen, psychosenahen Verhaltens und Zwangszustände
- psychosomatische Leiden

Aufgrund dieser Forschungsergebnisse kam es in vielen Ländern (z.B. Schweiz, Jugoslawien, England) zu der Forderung nach einer Änderung der Mutter-Kind-Situation im Krankenhaus und daraus folgenden Reformbestrebungen.⁵

Angeregt durch die Reformideen aus dem Ausland, wurde auch in Deutschland mit Vorträgen vor Kinderärzten zunächst in München und Hamburg sowie auf dem Kinderärztekongress 1965 auf Norderney für die Idee der Psychohygiene des Kindes im Krankenhaus gewonnen. Dies stieß zunächst auf erhebliche personelle wie institutionelle Widerstände.

„Der Sturm, der durch die allgemeine wie ärztliche Presse ging, ist noch gut erinnerlich, mit Aussagen von Chefärzten, dass alle Schwestern kündigen würden usw.“ (Biermann, 1978).

Kritisiert wurde unter anderem, dass die Anwesenheit der Mütter eine schulgerechte Pflege behindere, die Kontaktaufnahme der Kinder mit dem Pflegepersonal erschwere, die Beo-

⁵ **Schweiz:** Der Kinderarzt Nef entwickelte psychohygienische Reformideen, zu denen auch die tägliche Besuchszeit sowie die Mitaufnahme von Müttern erkrankter Kinder zählte. Für Väter wurden ebenfalls Besuchsstunden eingerichtet, mit dem Ziel, dass „der Vater doch den häufig aggressiv geprägten und erlebten Vaterrollen in der Kinderklinik, der Autorität von Chefarzt und Stationsarzt wie des Operateurs ausgleichend zur Seite stehen soll.“ (Biermann, 1978).

Jugoslawien: Der Kinderarzt Micic führte in einem Distriktkrankenhaus in Bosnien die Mitaufnahme von Müttern mit ihren kranken Kindern ein. Seine Pioniertätigkeit wurde später von seinen Mitarbeitern am Mutter-Kind-Zentrum in Novi-Beograd fortgesetzt.

England: Basierend auf den Beobachtungen an Heimkindern, die von René Spitz durchgeführt wurden, sowie den klinischen Beobachtungen des Kinderarztes Bowlby (1951) und dem Psychologen Robertson über das Trennungstrauma des im Krankenhaus hospitalisierten Kindes, war in England mit dem sogenannten „Platt-Report“ 1959 regierungsamtlich die – möglichst uneingeschränkte – tägliche Besuchszeit sowie die Mitaufnahme von Müttern erkrankter Kinder eingeführt worden. Der Platt-Report konnte aufzeigen, dass durch die Mitaufnahme der Eltern das seelische Trauma durch den Krankenhausaufenthalt verringert werden konnte und die Eltern zugleich im Krankenhaus ausreichend beruhigt und angeleitet werden konnten.

bachtung der Kinder unmöglich mache und die Durchführung einschneidender Diät- und Behandlungsmaßnahmen problematisch werden lasse. Es bestand zudem die Befürchtung, dass durch die Besuche der Eltern Infektionen eingeschleppt werden könnten.

„Für die weitere Entwicklung in der Bundesrepublik wurde der Münchner Stadtratsbeschluss vom Sommer 1966 zum Signal, der von einem Tag zum anderen die Mitaufnahme von Müttern im Krankenhaus im rooming-in sowie die tägliche Besuchszeit auf allen städtischen Kinderabteilungen forderte.“ (Biermann, 1978).

Für „rooming-in“ wurde damals der Ausdruck „Mutter-Kind-Einheit“ gewählt. In Zusammenhang mit diesem Beschluss wurde das neu errichtete Kinderkrankenhaus München-Harlaching zum Mutter-Kind-Krankenhaus erklärt, was einige bauliche und personelle Veränderungen nach sich zog. Die Erfahrungsberichte des Chefarztes dieser Klinik (Prof. Pache) über die Mitaufnahme von ca. zweitausend Müttern bestätigten die Vorstellungen der Kinderpsychologen, dass das Kleinkind unter fünf Jahren die Anwesenheit der Mutter während eines Krankenhausaufenthaltes brauchte.

„Dies lässt in Gefahrensituationen des Kleinkinddaseins, wie es Kranksein und Krankenhausaufenthalt nun einmal bedeuten, den absoluten Schonraum der Mutter-Kind-Einheit fordern.“ (Biermann, 1978).

Die Erfahrung aus München-Harlaching ergab: über 80 % der Mütter kranker Kinder in der Klinik verhielten sich kooperativ und konnten sogar dazu beitragen, die Kinderkrankenschwestern im Stationsalltag zu entlasten.

Durch die neue Approbationsordnung für Medizinstudenten, in der auch die Fächer Medizin-Soziologie, Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie enthalten waren, wurde die Forschung auf dem Gebiet intensiviert. Der Arbeitskreis an der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder in München veröffentlichte in den Folgejahren diverse Beiträge zum Thema „Das Kind im Krankenhaus“.⁶

Die Universitätskliniken in Deutschland standen diesen ersten Reformbestrebungen zunächst zurückhalten bis ablehnend gegenüber.

„Daß wenig später dennoch diese positive Entwicklung an Kinderkliniken zum Durchbruch gelangte, war Bürgerinitiativen und –aktivitäten zu verdanken, die mit dem Namen der Gründerin des Aktionskomitees „Kind im Krankenhaus“, Irmgard Folkers, verbunden ist.“ (Biermann, 1978).

Im Gegensatz zur englischen Organisation „Mütter helfen im Krankenhaus“ war der Name des Aktionskomitees jedoch nicht auf das Bild einer dienenden, helfenden Mutter fixiert (im Sinne gewohnter Vorstellungen von Frauen-Wohltätigkeitsveranstaltungen). Dem Aktionskomitee „Kind im Krankenhaus“ gelang es, in Frankfurter Kinderkrankenhäusern die Schwestern und Ärzte für die Einführung der täglichen Besuchszeit zu gewinnen.

Im Herbst 1967 wurde auf einer Sitzung des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zum Thema „Kind im Krankenhaus“ sowohl die tägliche Besuchszeit wie Mitauf-

⁶ Hieraus entstand z.B. die Arbeit von Larbig: „Tägliche Besuchszeit und Mutter-Kind-Einheit (rooming-in) im Krankenhaus“ (1973) sowie Arbeiten von Troschkes über „Furcht u. Angst bei Kindern, im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt“ (1973), die sich auf an den Augen operierte Kinder mit und ohne rooming-in bezog. Weiterhin wurde Troschkes Literaturstudie zum Thema „Das Kind als Patient im Krankenhaus“ (1974) herausgegeben.

nahme der Mütter kranker Kinder empfohlen, die letzte Entscheidung und Instanz verblieb aber beim Chefarzt. Der Deutsche Städtetag gab die Empfehlung, bei Neubauten von Kinderkliniken „Mutter-Kind-Einheiten“ architektonisch einzuplanen.

Einige Jahre später war in fast allen Kinderkliniken und –abteilungen in der Bundesrepublik die tägliche Besuchszeit eingeführt, in einer Reihe von Krankenhäusern schon die unbeschränkte Besuchszeit. An vielen Kliniken wurden Mutter-Kind-Einheiten eingerichtet.

Es wurden weitgehende Konzessionen für berufstätige Mütter und Väter gemacht, die sowohl auf Frühgeburtensabteilungen als auch auf Intensivstationen zur Pflege ihrer Kinder zugelassen wurden.

Dennoch gab es zu Beginn der 70er Jahre noch Kritikpunkte. In einigen Kliniken war weiterhin nur der „Scheibenbesuch“ möglich. An Spezialkliniken mit Kinderabteilungen, wie z.B. Augen-, HNO- und Hautkliniken sowie an kinderchirurgischen Abteilungen fehlten zu Beginn der 70er Jahre ausreichend psychologisch geschulte Fachkräfte. Kinderärzte wurden in diesen Kliniken nicht täglich hinzugezogen und die pflegerische Arbeit lag oft in den Händen von Allgemeinkrankenschwestern, die auf dem Gebiet der Kinderkrankenpflege nicht geschult waren.

Die Besuch liberalisierung hatte auch Kehrseiten.

„Durch die neuen Gesetze ist die sog. Privatstation, die es übrigens in vielen Krankenhäusern früher gar nicht gab, aufgehoben. Damit entfiel die Exklusivität des täglichen Besuches für die Patienten. Sofort entstand aber eine neue Schicht Privilegierter, nämlich die Gruppe der Einzelkinder und der Kinder nicht berufstätiger Mütter. Die Kinder aus kinderreichen Familien bzw. die Kinder berufstätiger Mütter erhalten wesentlich weniger Besuch.“ (Rodeck, 1979).

Die bis dahin unbeeinträchtigte Mutter-Kind-Beziehung konnte so eine Belastung erfahren, da das Kind nicht verstand, warum seine Mutter es nicht besuchen kommt, wo doch die anderen Kinder Besuch erhielten.

In anderen Bereichen mangelte es an den finanziellen Ressourcen. Dies traf z.B. auf die Einrichtung eines schrankenlosen Rooming-in-Systems zu. Hervorgehoben wurde, dass zunächst in den Bereichen Reformen durchgeführt werden sollten, wo diese als besonders sinnvoll erachtet wurden. Hierzu zählte die Integration der Elternmitarbeit in der Pflege von Neugeborenen und Frühgeborenen sowie der Bereich der Intensivpflege.

„Das ergibt sich nicht nur aus der Einsicht, Eltern und Kind aufeinander zu beziehen, sondern auch aus der Notwendigkeit, die Eltern in der Betreuung der Kinder richtig anzuleiten, damit der Übergang auf die häusliche Pflege reibungslos vonstatten geht“ (Rodeck, in: Biermann, 1978).

Weiterhin wichtig erschien die Integration elterlicher stationärer Mitarbeit bei behinderten Kindern, damit die Eltern den engen Kontakt zu ihrem Kind behalten und ausbauen und Informationen über die Behinderung und über Behandlungsmöglichkeiten erhalten konnten. Dies sollte die Eltern am besten für die ambulante Nachbehandlung motivieren und aktivieren.

Im Zuge der Besuch liberalisierung in den Akutkrankenhäusern wurde auch die Forderung gestellt, in Kurheimen für Kinder die Mutter als Begleitperson mit aufzunehmen.

„Wenn Kleinkinder von einem Kuraufenthalt profitieren sollen, ohne einer Deprivation ausgesetzt zu sein, muss man sie in Heime schicken, die auch die Mutter aufnehmen“ (Bowlby, 1953, S. 150).

Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Akutkliniken, die die Bedeutung der Mitnahme von Eltern bei Klinikaufhalten des Kindes hervorheben, lassen sich jedoch nicht einfach auf den stationären Reha-Bereich übertragen, da die Bezugspersonen hier andere Gründe und Motive leiten, ihr Kind während eines mehrwöchigen Aufenthaltes zu begleiten (vgl. Hoyer & Kiosz, 2001). Ein Aufenthalt in der Akutklinik geschieht z.B. aufgrund einer plötzlichen medizinischen Notwendigkeit (Operation oder Notfallmaßnahmen) und kann somit nicht langfristig geplant und vorbereitet werden, geht mitunter mit für das Kind als bedrohlich erlebten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen einher und ist häufig von kürzerer Dauer als ein Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für chronisch kranke Kinder.

Für lebensbedrohlich erkrankte Kinder, die z.B. an Krebserkrankungen, Herzfehlern oder Mukoviszidose leiden wurde in den 80er Jahren das „Familienorientierte Reha-Konzept (FOR)“ entwickelt, bei dem nicht nur eine einzelne Begleitperson sondern das gesamte Familiensystem (Eltern, Geschwister) in die Reha-Klinik mit aufgenommen werden kann. Eine schwere (lebensbedrohliche) Erkrankung belastet zwar hauptsächlich das Patientenkind, psychisch wie auch körperlich. Jedoch werden auch die restlichen Familienmitglieder durch die Konfrontation mit der Krankheit psychisch sehr stark belastet und gelten deshalb als rehabilitationsbedürftig. Die familienorientierte Rehabilitation hat zum Ziel, nicht nur das betroffene Kind nach dem Abschluss einer stationären Krankenhausbehandlung sowohl medizinisch als auch psychologisch zu betreuen, sondern der gesamten Familie eine psychologische Betreuung zu gewährleisten. Jedoch soll die Behandlung der Familienmitglieder in erster Linie darauf abzielen, die Rehabilitationsziele für das schwerkranke Kind zu erreichen (vgl. Deutsche Leukämie Forschungshilfe, 2001). Die gesundheitlichen Erfordernisse der Eltern und Geschwister werden in der Zeit der Akuttherapie des krebskranken Kindes zumeist nicht hinreichend berücksichtigt. Bezogen auf alle Teilnehmer der familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme, besonders aber auf die Eltern und Geschwister, ist es ein weiteres wesentliches Ziel der familienorientierten Rehabilitation, durch die Erkrankung des Kindes entstandene oder akut gewordene Symptome zu erkennen, eine Behandlung einzuleiten und eine Chronifizierung zu verhindern. Die Katharinenhöhe (Baden-Württemberg) war die erste Einrichtung, die dieses Rehabilitationskonzept für schwerkranke Kinder und deren Familien anbot. Die Vorgeschichte zur Entstehung dieses Reha-Konzeptes ist auf der Homepage dieser Klinik umfassend dargestellt. Hier wird erwähnt, dass die Behandlung krebskranker Kinder in den 80er Jahren immer mehr Erfolge zeigte. Dabei wurden jedoch die Auswirkungen der hoch aggressiven Therapien zunehmend sichtbar. Ärzte und betroffene Eltern suchten nach neuen Wegen der Nachsorge im Anschluss an eine lange Klinikzeit. Gemeinsam mit den Universitätskliniken wurde das Modell der familienorientierten Rehabilitation entwickelt. Im Jahr 1985 wurden die ersten krebskranken Kinder mitsamt ihren El-

tern und Geschwistern aufgenommen. Im Jahr 1990 wurden erstmalig herzkranke Patienten mitsamt ihren Familien behandelt.

In der Fachklinik Satteldüne auf Amrum, die Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit ist, wird die familienorientierte Rehabilitation seit dem Jahr 2011 für Familien mit an Cystischer Fibrose erkrankten Kindern angeboten.

2.6.1. Mitaufnahme von Begleitpersonen in der stationären Kinder-Rehabilitation bei Kostenübernahme durch die Sozialleistungsträger

Im folgenden wird auf die gesetzlichen Grundlagen für die Mitaufnahme von Begleitpersonen eingegangen. Seit Ende der 1980er Jahre ist aufgrund eines veränderten gesellschaftlichen Bewusstseins und geänderten Rechtsvorschriften eine kontinuierliche Steigerung der stationären Reha-Maßnahmen bei Kindern im Vorschulalter zu verzeichnen.

„Die Zahl der jährlich bewilligten Kinderheilbehandlungen der Rentenversicherungsträger schwankt zwischen 33.000 und 26.000 in den Jahren 1991 bis 1996“ (Schmidt, 1998).

In den letzten 15 Jahren ist es zu einer beträchtlichen Steigerung bei den zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) durchgeführten Kinderheilbehandlungen gekommen, wie in der folgenden Tabelle gezeigt wird (vgl. Hoyer & Kiosz, 2006).

Jahr	Kinder-Reha-Maßnahmen GRV	Steigerung in % (Bezugsjahr 1990)	Steigerung in % zum Vorjahr
1985	15.238		
1990	12.757	0%	
1995	24.392	91%	
2000	26.250	105%	7%
2001	33.751	165%	27%
2002	36.682	187%	11%
2003	37.546	194%	2%
2004	37.845	195%	1%

Tab. 1. Zu Lasten der GRV durchgeführte Kinder-Rehamaßnahmen (im Zeitraum 1985-2004)

Aktuelle Zahlen lassen sich der „Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge“ (DRV Bund, 2009) entnehmen. Die Zahl der abgeschlossenen Kinderrehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ist seit 2004 relativ konstant geblieben.

Jahr	Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kinder-Reha)
2005	36.759
2006	36.443
2007	37.498
2008	37.568

Tab. 2. Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von 2005-2008 in Deutschland

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben leider keine Zahlen für die zu ihren Lasten durchgeführten Rehamaßnahmen herausgegeben.

Seitdem 1997 das Mindestalter von vier Jahren bei stationären Kinder-Rehamaßnahmen aufgehoben wurde, ist die Anzahl der Begleitpersonen bei Rehamaßnahmen für Kinder im Vorschulalter stark angestiegen. Begleitpersonen in der Kinderrehabilitation werden in der Reha-Statistik der GRV jedoch nicht erfasst, weshalb es äußerst schwierig ist, genaue Zahlen über durchgeführte Heilbehandlungen mit Begleitperson in Rehabilitationskliniken zu erhalten. Hoyer & Kiosz (2006) zeigen auf, wie der prozentuale Anteil an Rehamaßnahmen mit Begleitperson aus der Altersverteilung der Kinder ermittelt werden kann.

„Aus der Reha-Statistik der GRV ergibt sich hinsichtlich der Altersverteilung, dass ein besonders starker Anstieg bei den stationären Rehamaßnahmen für Kleinkinder bis zum Alter von 5 Jahren und bei Kindern bis 10 Jahren stattgefunden hat. In der Grafik ist der relative Anstieg bezogen auf alle Kinderheilbehandlungen des Jahres dargestellt: waren 1985 weniger als 4% der Kinder bis 5 Jahre alt, so waren es 2004 16%. Der Anteil der Rehabilitanden aus der Gruppe der 6-10 Jährigen und derjenigen, die wegen der Art oder der Schwere ihrer Erkrankung eine Begleitperson haben, kann nur geschätzt werden, so dass mehr als 20% aller Kinder während der Rehamaßnahme eine Begleitperson haben.“

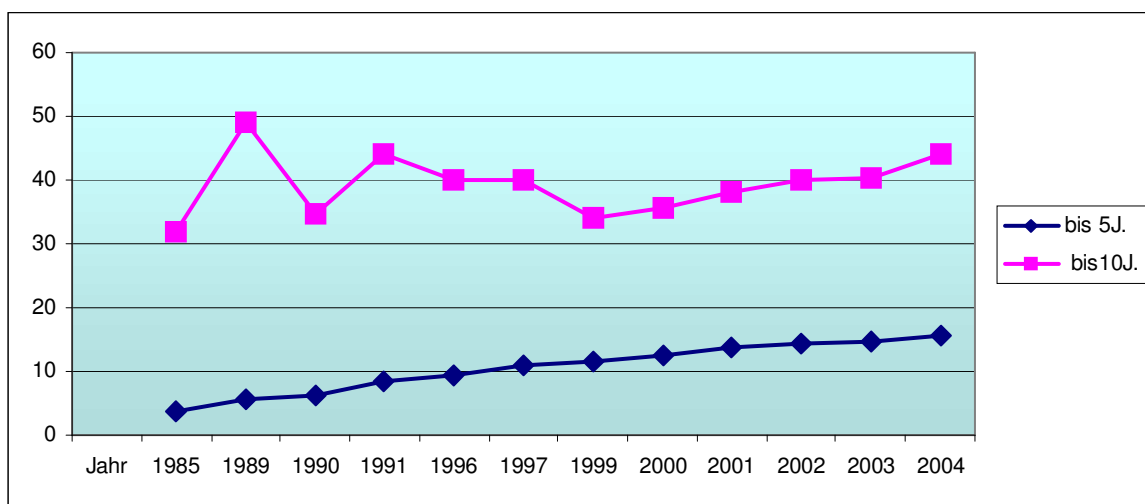


Abb. 1. Prozentualer Anteil der unter 5 und unter 10 jährigen in der stationären Kinderrehabilitation (Zeitreihen)

Am Beispiel der Fachklinik Satteldüne soll der Anstieg der Begleitpersonenzahlen noch einmal verdeutlicht werden. Hier wurde die Entwicklung der Belegungszahlen von Begleitpersonen in den letzten Jahren kontinuierlich erfasst. Jedoch geht aus den Daten nicht hervor, wie alt die begleiteten Kinder waren.

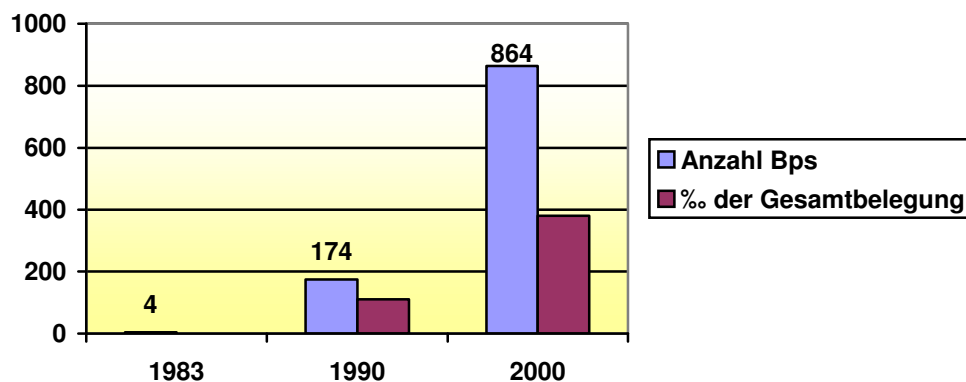


Abb. 2. Mitaufnahme von Bps: Entwicklung der Belegungszahlen am Beispiel der Fachklinik Satteldüne

Aktuelle Daten der Fachklinik Satteldüne aus dem Jahr 2009 zeigen die Entwicklung der Belegungszahlen für Patienten, Begleitpersonen sowie Begleitkinder (d.h. gesunde Geschwisterkinder) aus den Jahren 1999 bis 2008.

Jahr	Fallzahl		
	Patienten	Begleitpersonen	Begleitkinder
1999	1853	854	k.A.
2000	1913	864	k.A.
2001	1911	782	113
2002	1772	753	108
2003	1828	892	153
2004	1740	836	249
2005	1643	849	248
2006	1679	1015	188
2007	1735	1158	206
2008	2114	1321	338

Tab. 3. FK Satteldüne, Fallzahlen 1999-2008

2.7 Weg der Antragstellung und gesetzliche Regelung der Mitaufnahme einer Begleitperson

Das Procedere der Antragstellung läuft folgendermaßen ab: Der Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durch die Rentenversicherungsträger bzw. durch die Krankenkasse muss eine ärztliche Untersuchung des Kindes vorausgehen. Alle Fachärzte können eine entsprechende Reha-Maßnahme beantragen.⁷ Die Eltern müssen zunächst gemeinsam mit dem Arzt einen Antrag auf stationäre Vorsorge (nach § 22 und § 40 SGB V) oder Rehabilitation (nach § 31, SGB VI) für ihr Kind beim Kostenträger einreichen. Diesen Antrag erhalten die Eltern bei ihrem Leistungsträger, z.B. Rentenversicherungen, Krankenkassen oder Beihilfeträger. Nach Eingang des Reha-Antrages klären die Leistungsträger untereinander die Zuständigkeit ab. Ist der zuerst angesprochene Leistungsträger nicht zuständig, muss er den Reha Antrag innerhalb einer Frist von 14 Tagen an den zuständigen Leistungsträger weiterleiten (§ 14 SGB IX). Leitet er den Antrag nicht weiter, ist er kraft Gesetzes zuständig. Leitet er ihn an den falschen Leistungsträger weiter, teilen sich die beiden die Aufwendungen. Der Reha Antrag wird nicht noch einmal weitergeleitet. Der Leistungsträger wählt eine geeignete Reha- oder Vorsorgeklinik aus. Der Arzt kann eine geeignete Klinik empfehlen. Die Eltern erhalten eine schriftliche Bewilligung durch den Leistungsträger. Anschließend wird den Eltern durch die Reha-Klinik ein Termin mitgeteilt. Wenn ein Arzt die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme für das Kind bestätigt, übernehmen Rentenversicherung, Krankenkasse oder Beihilfeträger die Kosten zu 100 %, d.h. es ist keine Zuzahlung nötig. Dies gilt für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

⁷ Seit 2007 müssen allerdings die Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung rehabilitationsspezifische Qualifikationen nachweisen, um Reha-Maßnahmen verordnen zu können.

Bei Aufnahme in einer Reha-Klinik kommt das Kind bzw. der Jugendliche allein und bei gegebener Indikation mit einer Begleitperson. Die Kosten für eine aus ärztlicher Sicht zur Sicherung des Heilerfolges notwendige Begleitperson können übernommen werden.

2.7.1. Grundlage für die Mitaufnahme von Begleitpersonen durch die Kranken- und Rentenversicherung

Die **Krankenkassen** erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche „...um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“ (§ 11, Abs. 2 SGB V.) Diese Leistungen sind in § 23 Abs. 4 SGB V und § 40 Abs. 2 SGB V festgelegt.⁸

Die Mitaufnahme einer Begleitperson ist in § 11 Abs. 3 SGB V geregelt:

„Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.“

Die **Rentenversicherungsträger** erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

„Im Einzelnen gelten die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien).“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1998, S. 24).⁹

Die Mitaufnahme einer Begleitperson ist im § 31 Abs. 2 SGB VI geregelt:

„Die Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von Kinderheilbehandlungen zu Lasten der Rentenversicherung kann aus medizinischen Gründen erfolgen.“

Hierzu haben die Rentenversicherungsträger Anwendungsempfehlungen zu den „Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien)“ erarbeitet (SGB VI § 31 Anl7). Eine Begleitung kann erforderlich sein für:

- a) die Hin- und Rückreise zur bzw. von der Behandlungsstätte und/oder
- b) die gesamte/zeitweise Dauer der Rehabilitation.

⁸ Stationäre Medizinische Vorsorgemaßnahme § 23 Abs. 4 SGB V: Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

Stationäre Medizinische Rehabilitationsmaßnahme § 40 Abs.2 SGB V: Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

⁹ § 31 Abs.1 Ziffer 4 SGB VI: „Stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.“

2.7.2. Regelung der Mitaufnahme von Begleitpersonen für Kinder im Vorschulalter und Schulalter

Im Themenheft „Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998) ist zur Regelung der Mitaufnahme von Begleitpersonen für **Kinder im Vorschulalter** angegeben:

„Bei der Durchführung von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson insbesondere bei Kindern bis zum Eintritt der Schulfähigkeit in Betracht“ (S.13).

Für **Kinder im Schulalter** wird in dem Rahmenkonzept festgelegt:

„Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen“ (S. 13).

Begleitpersonen werden bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen nur für die An- und Abreise bei geringer Mobilität des Patienten bewilligt, um gegebenenfalls kostenaufwendige Transportmittel wie z.B. den Krankenwagen zu ersparen. Weiterhin kann bei älteren Kindern von der Regelung abgewichen werden, „wenn im Einzelfall bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen aus medizinischen Gründen, und um das Rehabilitationsziel zu erreichen, die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist“ (ebenda).

Wie folgt werden hierin die Ursachen aufgeführt:

- wenn wegen schwerwiegender psychologischer Gründe die Trennung eines minderjährigen Kindes von der Bezugsperson die erfolgreiche Durchführung der Maßnahme gefährden würde,
- wenn das Kind bzw. der Jugendliche wegen einer schweren Behinderung einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Reha-Einrichtung nicht erbracht werden kann,
- oder wenn während der stationären Maßnahme eine Einübung/Anleitung der Begleit- bzw. Bezugsperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder im Gebrauch von Hilfsmitteln notwendig ist. Für diesen Punkt wird einschränkend hinzugefügt, dass diese Anleitungphase möglichst in komprimierter Form in einem zeitlichen Gesamtumfang erfolgen sollte. In der Regel könnte diese kürzer sein als die Maßnahme für den Patienten selbst. Falls die Einübung auch am Wohnort erfolgen kann, sollte sie dort erfolgen, wenn eine vergleichbare Erfolgsaussicht besteht.

Zusammenfassend betrachtet ist die Mitaufnahme einer Begleitperson in der stationären Rehabilitation bei Kindern im Vorschulalter gesetzlich vorgesehen, während die Bewilligungspraxis der Kostenträger bei Kindern im Schulalter je nach Auslegung der oben genannten Regelungen sehr unterschiedlich ausfallen kann. Dies gilt insbesondere für die oben genannten „schwerwiegenden psychologischen Gründe“, für die es im Rahmenkonzept bislang keine genaue Definition gibt und die sich bei einer Trennung des Kindes von der Bezugsperson negativ auf den Reha-Erfolg auswirken könnten.

2.8 Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson bei Kindern im Vorschulalter

Eine wissenschaftlich fundierte Begründung für die oben genannte Bewilligungspraxis steht noch aus, da bislang nicht ausreichend erforscht wurde, welche Auswirkung die Mitaufnahme einer Begleitperson in der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter hat. Folgende Punkte wurden im Jahr 2001 in der Fachklinik Satteldüne als in Frage kommende Begründung für die Bewilligung der Mitaufnahme einer Begleitperson in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern im Vorschulalter zusammengetragen:

- Die Begleitperson erleichtert dem Kind die Eingewöhnung in der Reha-Klinik. In der fremden Umgebung der Reha-Klinik fällt dem Kleinkind die Eingewöhnung leichter und geht insgesamt schneller, wenn eine vertraute Bezugsperson dabei ist.
- Sie vermittelt zwischen Kind und Reha-Team. Das heißt die Begleitperson fungiert innerhalb der stationären Reha als Stellvertreter für das Kind und als Vermittler zwischen dem Kind und dem Reha-Team. Wenn ein Kleinkind z.B. noch nicht in der Lage ist, dem Stationsarzt genaue Angaben zur Krankheitsanamnese zu machen, ist die Mitarbeit der Begleitperson in diesem Punkt unverzichtbar. Positive oder negative Effekte der Therapie wird das Kleinkind eher der Begleitperson als dem Stationsarzt erzählen, da es dieser mehr vertraut. Die Begleitperson kennt das Kind besser, kann auch nonverbale Reaktionen auf die Therapie deuten und dem Reha-Team mitteilen, wie das Kind auf die Therapiemaßnahmen reagiert (bessere Beobachtung und Kontrolle).
- Sie ermutigt das Kind zur Teilnahme an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Insgesamt gibt es deshalb für das Reha-Team mehr Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Kind, wenn eine Begleitperson mit aufgenommen wird.
- Sie wird zum „Co-Therapeuten“ für das Kind ausgebildet. Der Reha-Erfolg für das Kind wird langfristig gesichert, da die Begleitperson schon während der stationären Rehabilitation in die Behandlung eingewiesen werden kann (Teilnahme an Arztvisiten, Schulungsmaßnahmen, Einblick in neue und richtiger Umgang mit bekannten Behandlungsmethoden). Die Begleitperson kann während der stationären Reha schrittweise lernen, die Behandlungsmaßnahmen richtig durchzuführen und die Belastung durch die chronische Erkrankung zu steuern und ist somit besser auf die Entlassung vorbereitet, da sie schon während des Reha-Aufenthaltes lernt, mit der Erkrankung des Kindes und den notwendigen therapeutischen Maßnahmen umzugehen (Therapieziel: Umsetzung des Erlernten in den Alltag). Ebenso lernt die Begleitperson durch die im Umgang mit chronisch kranken Kindern erfahrenen Stationsmitarbeiter, anderen Begleitpersonen und Patienten neue (auch erzieherische) Möglichkeiten des Umgangs mit chronisch kranken Kindern kennen, die ihr im Alltag bei der Bewältigung der therapeutischen Maßnahmen helfen. (Vgl. Hoyer & Kiosz, 2001)

Die oben angeführte und auf teilnehmender Beobachtung im Stationsalltag basierende Begründung für die Mitaufnahme einer Begleitperson bedarf jedoch in Zukunft noch näherer wissenschaftlicher Untersuchung, da wie bereits angeführt noch nie umfassend erforscht wurde, welche Vorteile sich aus der Mitaufnahme einer engen Bezugsperson des chronisch erkrankten Kindes ergeben.

2.8.1. Subjektive Motive für die Begleitung des Kindes und Erwartungen der Begleitpersonen an den Reha-Aufenthalt

Es gibt nur wenige veröffentlichte Studien, die sich mit dem Thema „Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation“ befassen. Auch in den aktuellen öffentlich zugänglichen Statistiken des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) werden hierzu keine Angaben gemacht.

In der Fachklinik Satteldüne wurde im Rahmen einer medizinischen Dissertation eine Untersuchung zu Motivation und Erwartungen von Begleitpersonen bei stationären Reha-Maßnahmen im Kindesalter durchgeführt (Schemmel, 1994). Für diese Studie wurden 59 Begleitpersonen (Mütter) mit einem teilstandardisierten Leitfaden-Interview befragt. Im Ergebnis ließen sich die befragten Mütter bei der Begleitung ihres Kindes von folgenden **Motiven** leiten. So wollten die Mütter auf alle Fälle vermeiden, dass ihre Kinder an Trennungsängsten leiden würden. Oftmals erlebten sich die Mütter auch als unfähig, eine Trennung vom Kind über den langen Zeitraum von sechs Wochen ertragen zu können. Das Loslassen eines Kindes vermittelt ansonsten den Verlust von Verantwortung für das Kind. Die Mütter wollten engmaschig an der Betreuung des Kindes beteiligt sein, weiterhin wollten sie über die Erstellung des Therapiekonzeptes informiert werden und bei der Diagnostik mitentscheiden können. Hinzu kommt noch ein weiterer Aspekt: viele Mütter sahen sich selbst als erholungsbedürftig an und wollten die Rehabilitations-Maßnahme des Kindes zu ihrer eigenen Erholung nutzen.

Bei den **Erwartungen** an die Reha-Maßnahme für das Kind rangierte bei den Begleitpersonen an erster Stelle die „Besserung des Gesundheitsstandes des Kindes“ (71 %). An zweiter Stelle stand der Wunsch nach „Erholung des Kindes“ (49 %) und an dritter Stelle erwarteten die Begleitpersonen „Diagnosefindung und Heilung“ (24 %). Weitere Erwartungen lauteten: Gesundheitserziehung, Kontakte zu anderen Kindern mit einer chronischen Krankheit sowie Verbesserung der Akzeptanz der Erkrankung (Einsicht des Kindes in die Notwendigkeit einer Therapie). Es wurden auch Erwartungen hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung des Kindes geäußert. Ein geringer Prozentsatz der befragten Begleitpersonen erwartete eine Teilablösung des Kindes von der Mutter oder einen positiven Einfluss der Reha-Maßnahme auf das Sozialverhalten des Kindes.

Für sich selbst erwarteten die Begleitpersonen an erster Stelle „Erholung und Entspannung“ (76 %). Auch „Information über die Erkrankung“ wurde mit 37 % von vielen Begleitpersonen genannt. An dritter Stelle rangierte die Erwartung nach eigener „Gewichtsreduktion“ während der Reha-Maßnahme (29 %). Weitere Erwartungen lauteten: Erfahrungsaustausch

mit anderen Müttern (25 %), Sicherheit in Krisensituationen (17 %) sowie ferner der Erwerb von „Kenntnissen über neue Behandlungsmethoden“ und von „Anregungen für die Erziehung und Führung des Kindes“.

Eine weitere bislang unveröffentlichte klinikinterne Studie aus der Fachklinik Satteldüne (Reeves, 1998) fokussierte ebenso die Motive und Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme. An der Studie, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der Fachklinik durchgeführt wurde, nahmen 182 Begleitpersonen teil. Für den Punkt „Erwartungen an die Reha-Maßnahme für das Kind“ wurden die Begleitpersonen befragt, welche Aspekte ihnen für eine erfolgreiche Reha-Maßnahme ihres Kindes am wichtigsten sind. Die Optionen wurden den Müttern vorgegeben, Mehrfachnennungen waren möglich. Das Ergebnis lautet:

1. Besserung (66,9 %)
2. Schulung im Umgang mit der Erkrankung (47,7 %)
3. Erholung (37,2 %)
4. Heilung (34,9 %)
5. Kontakte zu anderen Betroffenen (18 %)
6. Gesundheitserziehung (13,4 %)
7. Diagnosestellung (9,3 %)

Als wichtigste Behandlungserfolge bzw. Erwartungen an die Reha-Maßnahme für sich selbst nannten die Begleitpersonen:

- Information über die Krankheit des Kindes (55,2 %)
- Einblick in neue Behandlungsmethoden (52,9 %)
- Praktische Erfahrungen in den Behandlungen (47,7 %)
- Medizinische Unterstützung (44,2 %)
- Erfahrungsaustausch mit anderen Müttern (34,3 %)
- Eigene Erholung (19,8 %)
- Erlernen von Entspannungstechniken (15,7 %)
- Anregung für die Erziehung (15,1 %)
- Psychologische Unterstützung (9,3 %)
- Neue Kontakte zu anderen Betroffenen (7 %)
- Entlastung von Verantwortung für das Kind (8,7 %)
- Freizeit außer Haus, auch ohne Kinder (5,2 %)

Im Rahmen einer Diplomarbeit führte Grasteit (2003) eine Begleitpersonenstudie in der Fachklinik Satteldüne durch. Die Befragung von 22 Begleitpersonen (Mütter) von Kindern im Vorschulalter ergab, dass die Mehrheit (86,4 %) ebenso wie bei den vorangegangenen Studien an erster Stelle eine „Verbesserung der Erkrankung ihres Kindes“ erwartete. An zweiter Stelle wurde „eigene Erholung“ (40,9 %) und an dritter Stelle „Unterstützung“ (27,3 %) erwartet.

2.9 Kosten für Anreise, Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson

Für die Kostenträger entstehen durch die Mitaufnahme von Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation hohe Kosten:

„Die Sozialleistungsträger wenden jährlich ca. 30 Millionen DM für Begleitpersonen in der Kinderrehabilitation auf. Diese Summe ist geschätzt, da bis heute Daten über Begleitpersonen nicht erfasst werden“ (Hoyer & Kiosz, 2001).

Die Kosten für die Begleitung werden von der Krankenkasse übernommen, so dass der Begleitperson keine Kosten entstehen:

„Ist bei einem Kranken (z.B. Kind) die Mitaufnahme einer Begleitperson (z.B. der Mutter) in das Krankenhaus aus medizinischen Gründen notwendig (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V), so entstehen der Begleitperson dadurch keine medizinischen Kosten (auch keine Zuzahlung; die Kosten der Mitaufnahme werden von der Krankenkasse mit Zahlung des allgemeinen Pflegesatzes an das Krankenhaus abgegolten; die Nebenkosten - z.B. Reisekosten, Haushaltshilfe, auch Verdienstaufschlag der Begleitperson - sind ebenfalls von der Kasse im Rahmen der §§ 27 ff., 60 SGB V zu übernehmen). Für die Kostenübernahme durch die Kasse reicht in der Regel die Bestätigung des Krankenhausarztes, dass die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen notwendig ist. Scheidet eine Mitaufnahme der Begleitperson nach § 11 Abs. 3 SGB V mangels vorhandener Unterbringungsmöglichkeiten aus, so kommt eine Übernahme der Kosten für die erforderlichen Besuchsfahrten (z.B. der Mutter) durch die zuständige Krankenkasse in Betracht (die Praxis der Kassen ist allerdings im Hinblick auf die bewilligte Zahl von Besuchsfahrten und den Abzug eines Eigenanteils nicht einheitlich)“ (Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, 1998).

Die Tagessätze für Begleitpersonen sind definiert als Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug der allgemeine Pflegesatz etwa 50 €. Sind von den Reha-Einrichtungen weitere Leistungen für die Begleitpersonen vorgesehen, wie z.B.

- Schulungen der Begleitperson in den verschiedenen Krankheitsbildern des begleiteten Kindes,
- Psychologische Beratung,
- Entspannungstraining,
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen,
- Freizeitangebote,

müssen diese aus dem allgemeinen Pflegesatz mitfinanziert werden. Hieraus ergibt sich folgendes Problem: Für die tatsächlichen Kosten, die durch das Angebot der Kliniken für die Begleitpersonen entstehen, reicht der allgemeine Pflegesatz nicht aus.

Von Seiten der Begleitpersonen ist die Nachfrage nach zusätzlichen Leistungen jedoch groß, wie Evaluationsstudien aus der Fachklinik Satteldüne zeigen (vgl. Schemmel 1994). Erwünscht ist ein Angebot, das psychologische Beratung, gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Diät, Sport, Massagen, Raucherentwöhnung), Entlastung und Unterstützung bei der Kinderbetreuung und Anregungen zur Freizeitgestaltung enthält. Um dem steigenden

Bedarf gerecht zu werden, bieten die Reha-Einrichtungen deshalb freiwillig zusätzliche Leistungen für die Begleitpersonen an, die jedoch stark variieren können.¹⁰

Welche Leistungen für Begleitpersonen sinnvoll sind, da sie eine unmittelbare Wirkung auf den Reha-Erfolg des Kindes haben oder diesen langfristig über den Reha-Aufenthalt hinaus festigen, welche Angebote zusätzlich bereitgestellt werden müssten, damit sich die Begleitpersonen im Haus wohl fühlen und sich im Klinikalltag mit und ohne ihre Kinder sinnvoll beschäftigen können, ist für den Bereich der stationären Kinderrehabilitation weitgehend ungeklärt.

Die Mitaufnahme von Begleitpersonen führt zu einer erheblichen Verteuerung der Reha-Maßnahme:

„Die Kosten für 2 Kinder mit je 1 Begleitperson sind mindestens so hoch wie die Kosten für 3 Kinder ohne Begleitperson. Dies kann zu einem Absinken der Bewilligungsraten führen, da die Mittel für Kinder-Reha budgetiert sind. Das bedeutet: bei steigenden Antragszahlen müssen Bewilligungsraten sinken.“ (Hoyer & Kiosz, 2006).

Diesen Sachverhalt zeigt folgende Tabelle:

Für den Kostenträger:	
Tagespflegesatz für das Reha- Kind:	100%
Tagessatz für die Begleitperson :	35 - 45%
1 Kinder- Reha- Verfahren + Begleitperson:	140%

Tab. 4. Kosten durch Begleitpersonen in der Kinder-Reha

Aufgrund der durch die Mitaufnahme der Begleitpersonen verursachten Verteuerung der Reha-Maßnahme des Kindes ergibt sich:

„...eine Verpflichtung für die Rehaklinik, Probleme aus dem Umgang der Begleitperson mit dem kranken Kind während der Rehamaßnahme zu erfassen und langfristig zu deren Lösung beizutragen“ (ebenda).

2.9.1. Auswirkungen der Mitaufnahme von Begleitpersonen auf Personalkosten und Personalschlüssel

Die Erfahrung aus der stationären Rehabilitation von Kindern zeigt, dass auf den Stationen, auf denen Kleinkinder mit Begleitperson untergebracht sind, der Personalschlüssel höher liegt als auf Stationen, auf denen Schulkinder ohne Begleitung wohnen, da die Begleitpersonen (vgl. Kiosz & Hoyer, 2001):

- aufgrund eigenen Erholungsbedarfs oft nicht in der Lage oder bereit dafür sind, ihr Kind in Vollzeit rund um die Uhr zu betreuen (in der von den Stationsmitarbeitern

¹⁰ An einem Beispiel aus der FK Satteldüne sollen die erwähnten Aspekte dargestellt werden: Von den Kostenträgern wird für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson eine Pauschale (allgemeiner Pflegesatz) von 53,75 € pro Tag gezahlt. Aus diesem Tagessatz müssen personalintensive Leistungen für Begleitpersonen wie z.B. Asthma- oder Neurodermitisschulung, psychologische Beratung, Erziehungsberatung, Entspannungstraining, gesundheitsfördernde Maßnahmen wie z.B. Sportangebote, Raucherentwöhnungsprogramme oder Diätmaßnahmen, Freizeitangebote wie das „Basteln“ für Begleitpersonen, Krafraum-, Sauna- und Schwimmbadnutzung oder die Bereitstellung von Aufenthaltsräumen (TV-Raum, Teestube, Cafeteria etc.) mitfinanziert werden.

betreuten Kindergruppe befinden sich dann Kleinkinder, für deren Betreuung mehr Personal erforderlich ist, als z.B. für ältere Kinder im Schulalter);

- die Verantwortung für die Kindererziehung an die Stationsmitarbeiter abgeben, um sich zu entlasten oder im Gegenteil dazu die Kindererziehung nicht an andere abgeben aufgrund mangelnden Vertrauens oder Ängsten, so dass ein Vertrauensaufbau nötig ist, um eine Teilablösung von Begleitperson und Kind zu ermöglichen;
- in Einzelfällen nötige diagnostische Beobachtungsaufgaben oder therapeutische Maßnahmen (z.B. Kind eincremen, mit Kind inhalieren) an das Pflegepersonal delegieren, da sie sich nicht in der Lage sehen, diese selbst mit dem Kind durchzuführen;
- in neue therapeutische Maßnahmen eingearbeitet werden müssen, was z.B. durch das „Lernen am Modell“ geschieht (vom anfänglichen zusehen der Begleitperson beim täglichen inhalieren, eincremen etc. hin zur zunehmenden Anleitung durch das Pflegepersonal und Förderung der selbständigen Durchführung der therapeutischen Maßnahmen durch die Begleitperson);
- vielfältige Aktivitäten benötigen, die die Eingewöhnung erleichtern (erstellen von Stundenplänen, Eltern-Info-Abende, Hausführungen);
- Anregungen und Angebote für die Freizeitgestaltung einfordern;
- abends Freizeitaktivitäten nachgehen wollen, so dass dann eine Betreuung für die Kinder bereitgestellt werden muss;
- untereinander Konflikte austragen, wobei dem Pflegepersonal eine Vermittlerrolle zukommen kann;
- das Klinik-Personal (oftmals unnötig) mit Fragen, Forderungen und Beschwerden beschäftigen.

Laut Petermann & Warschburger (2001) werden an das Personal einer Kinderrehabilitationseinrichtung enorme inhaltliche und organisatorische Anforderungen gestellt, die eine interdisziplinäre Aus- und Weiterbildung rechtfertigen. Die pädagogische Betreuung der Kinder und Jugendlichen durch die Erzieher auf den Stationen umfasse ein weites Anforderungsspektrum, da aufgrund der psychosozialen Mehrfachbeeinträchtigungen und der medizinischen Bedingungen ein erhöhter Erziehungsbedarf bestehen könne.

„Erzieher müssen über die speziellen Krankheitsbilder und deren Behandlung informiert sein, um einerseits in den Notsituationen angemessen reagieren zu können (z.B. Umgang mit einem akuten Asthmaanfall) und andererseits kritische Situationen nicht erst zu provozieren (z.B. die Notwendigkeit von Allergenkarenz in die Planung von Aktivitäten einbeziehen); ihnen kommt damit eine entscheidende Modellfunktion für den alltäglichen Umgang mit der Erkrankung zu. Daneben gilt es, Alltagsprobleme (wie Streitigkeiten zwischen Kindern oder Aufkommen von Heimweh) zu bewältigen“ (ebenda).

3. Empirischer Teil I: Begleitpersonenstudie

3.1 Ableitung der Fragestellung

Soziodemografische und psychosoziale Daten über Begleitpersonen und deren Kinder wurden bislang nicht erfasst. Diese Daten fehlen bei der Bedarfsplanung für Angebote und Leistungen der Reha-Einrichtungen für Begleitpersonen. Im Rahmen der vorliegenden Studie soll diese Lücke geschlossen werden, indem umfangreiche soziodemografische und psychosoziale Daten über Begleitpersonen und deren Kinder gewonnen werden, um daraus insbesondere den Bedarf für psychologische Interventionen ableiten zu können. Damit wird sich in **Fragestellung 1** beschäftigt.

Der bereits erwähnte Anstieg der Begleitpersonenzahlen lässt sich zum Teil mit gesellschaftlichen Veränderungen und einer veränderten Gesetzeslage begründen. In meiner Arbeit soll untersucht werden, ob es darüber hinaus noch weitere Gründe und Motive gibt, welche die Bezugspersonen dazu veranlasst, ihr chronisch erkranktes Kind zu einer stationären Reha-Maßnahme zu begleiten. Zur weiteren Klärung dieser Frage sollen die Erwartungen von Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme untersucht werden. Hier wird erhoben, welche Angebote der Reha-Einrichtung für Begleitpersonen von Interesse sind – dabei wird der Fokus auf die Angebote des psychologischen Bereichs gerichtet. Dieser Bereich soll durch **Fragestellung 2** beleuchtet werden. Die angestrebten Erkenntnisse sollen für die zukünftige Gestaltung des psychologisch-therapeutischen Angebotes für Begleitpersonen und deren Kinder genutzt werden.

„Im Sinne der Qualitätssicherung in der stationären Kinderrehabilitation, insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität, ist die Erfassung der Zufriedenheit des Rehabilitanden, bzw. stellvertretend die seiner Begleitperson, mit der Rehabilitationsmaßnahme von immenser Bedeutung, um die Effektivität der Maßnahme kontinuierlich zu überprüfen und langfristig zu gewährleisten.“ (Grasteit, 2003).

In der Praxis werden bislang jedoch keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung getroffen. Mit der vorliegenden Arbeit soll diese Lücke zwischen Theorie und Praxis geschlossen werden, indem grundlegende Erkenntnisse im spezifischen Kontext der Kinderrehabilitation gewonnen werden. Die Evaluation der Reha-Maßnahme mit Begleitperson ist deshalb ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit, der in **Fragestellung 3** behandelt wird. Hierbei soll die Inanspruchnahme und Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den Angeboten des psychologischen Bereichs besonders hervorgehoben werden.

Weiterhin wird in diesem Kontext den Fragen nachgegangen, ob die Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme

- a) mit dem Rehabilitations-Erfolg des Kindes sowie
- b) mit dem Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme als auch
- c) mit dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen in Zusammenhang steht.

Dies soll durch die **Fragestellungen 4, 5 und 6** geklärt werden.

Für den Rehabilitationserfolg des begleiteten Kindes ist es wichtig, dass die Begleitperson während der Reha-Maßnahme in wichtigen Aspekten des Krankheitsbildes sowie des adäquaten Umgangs mit der chronischen Erkrankung ihres Kindes geschult wird (vgl. VDR, 1998). Mithilfe dieser Arbeit soll geklärt werden, ob das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson deren Teilnahmereitschaft und Teilnahme an den klinikinternen Schulungsmaßnahmen beeinflusst (**Fragestellung 7**).

Es liegen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Auswirkungen von familiären und persönlichen Belastungen der Bezugsperson sowie von krankheitsspezifischen Folgebelastungen auf das Kind und den Verlauf seiner chronischer Erkrankung vor (vgl. Petermann & Warschburger, 2001). Daher wird es als sinnvoll erachtet, weitere Leistungen für zusätzliche professionelle (z.B. psychologisch-therapeutische) Angebote für Begleitpersonen zu übernehmen. Auf diesem Weg könnte ein möglicher Teufelskreis aus Belastungen, Symptomverschlimmerung und ihrer Aufrechterhaltung entgangen werden und der Rehabilitationserfolg für das Kind aktuell und längerfristig über den stationären Aufenthalt hinaus maximiert werden (vgl. Warschburger & Petermann, 2000a). Es wird wiederholt dargestellt, wie wichtig für den Rehabilitationserfolg des Kindes neben den indikationsspezifischen Schulungen insbesondere die therapeutische Betreuung bzw. psychosoziale Unterstützung für die Begleitperson sein kann (vgl. VDR, 1998). So wird als Aufgabe der psychologischen Therapie im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation auch die „Elternarbeit“ genannt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1998). In der Praxis ist jedoch zu beobachten, dass die Kosten für solche psychologischen Maßnahmen für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation nicht übernommen werden. Mit dieser Arbeit soll deshalb grundlegend geklärt werden, wie sich die Anwesenheit einer Begleitperson bzw. die Interaktion zwischen Begleitperson und Kind während der Reha-Maßnahme auf den Rehabilitationserfolg ihres Kindes auswirkt. Es wird untersucht, ob psychische Faktoren wie die psychische Belastung der Begleitpersonen den Rehabilitationserfolg der begleiteten Kinder - der sowohl von den Begleitpersonen selbst als auch von den Stationsärzten und dem Pflegepersonal eingeschätzt wird – beeinflussen. Dies wird in **Fragestellung 8** thematisiert.

Zur weiteren Annäherung an diese Frage sollen die begleiteten Kinder selbst ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme einschätzen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als mögliches Maß zur Erfassung des Rehabilitationserfolgs des begleiteten Kindes betrachtet. Nach Bullinger (1990) eignet sich das Konstrukt „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium für den Therapieerfolg, da es die Auswirkungen medizinischer Maßnahmen unter Berücksichtigung der Patientenperspektive erfasst. Zudem wird im offiziellen Rahmenkonzept des VDR die Lebensqualität des Kindes als ein Kriterium für den Rehabilitationserfolg herangezogen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird untersucht, ob sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern von psychisch stark oder weniger stark belasteten Begleitpersonen unterscheidet. Darauf wird in **Fragestellung 9** eingegangen.

Von Seiten der Kostenträger wird die Mitaufnahme einer Begleitperson bis zum Schuleintritt des Kindes ohne explizite Angabe von Gründen pauschal bewilligt, obwohl generell keine Daten über Begleitpersonen in der Kinderrehabilitation erfasst werden, aus denen hervorgeht, ob die Anwesenheit einer Begleitperson sinnvoll für den Rehabilitationserfolg des Kindes ist. Aus diesem Grund soll mit der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ob die Interaktion zwischen Begleitperson und Kind während der Reha-Maßnahme einen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg des Kindes hat. Hierfür wird in **Fragestellung 10** der Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitpersonen und dem Rehabilitationserfolg der begleiteten Kinder untersucht. Die gewonnenen Erkenntnisse über das Erziehungsverhalten von Begleitpersonen sollen zudem bei der zukünftigen Ausgestaltung von psychologischen Interventionen wie Erziehungsberatung oder Erziehungstraining im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation Berücksichtigung finden.

Zusammenfassend sollen aus dem Ergebnis dieser Fragestellungen Anhaltspunkte gewonnen werden, ob und wenn ja unter welchen Bedingungen die Mitaufnahme einer Begleitperson sinnvoll sein kann. Insbesondere wird der Bedarf für psychologische Interventionen für Begleitpersonen abgeleitet und erarbeitet, welche Anforderungen psychologische Interventionen für Begleitpersonen im Bereich der stationären Kinderrehabilitation erfüllen sollten. Vom Ergebnis dieser Fragestellungen hängt ab, ob und in welcher Form der Status der Begleitpersonen gestärkt und der Bedarf an psychologisch-therapeutischem Unterstützungsangebot für die Mütter und Väter gerechtfertigt werden kann. Die gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, den Kostenträgern eine gesicherte Entscheidungsgrundlage für die Finanzierung solcher Angebote zu schaffen.

3.2 Fragestellungen der Begleitpersonenstudie

Im folgenden sind die einzelnen Fragestellungen aufgeführt:

Soziodemografische und psychosoziale Daten von Begleitpersonen und deren Kindern

1a) Welche soziodemografischen Merkmale weisen Begleitpersonen auf? Gibt es Gemeinsamkeiten / Unterschiede im Vergleich zu einer Normgruppe (Mikrozensus, statistisches Jahrbuch 2002)?

Wie hoch ist zu Beginn der Reha-Maßnahme das Ausmaß der

- 1b) psychischen Belastung von Begleitpersonen
- 1c) ungünstigen (negativen) Erziehungsverhaltensweisen von Begleitpersonen
- 1d) günstigen (positiven) Erziehungsverhaltensweisen von Begleitpersonen
- 1e) Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder im Vorschulalter

im Vergleich zu einer Normstichprobe?

Motive für die Begleitung des Kindes, Erwartungen an die Reha-Maßnahme, Interesse an Angeboten der Fachklinik

2a) Würden stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder im Vorschulalter bei den Bezugspersonen Akzeptanz finden, wenn diese ohne Begleitperson stattfänden?

- 2b) Aus welchen Gründen begleiten Bezugspersonen ihr Kind während dessen Reha-Maßnahme?
- 2c) Welche Erwartungen haben Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme an den Reha-Aufenthalt sowohl für ihr Kind als auch für sich selbst?
- 2d) Wie stark ist zu Beginn des Reha-Aufenthaltes das Interesse der Begleitpersonen an den verschiedenen Angeboten, Leistungen und Möglichkeiten der Fachklinik für Begleitpersonen (Schwerpunkt: psychologische Interventionen)?
- 2e) Welche Angebote, die es in der Fachklinik Satteldüne für Patienten gibt, sollte das Kind aus Sicht der Begleitperson wahrnehmen (Schwerpunkt: psychologische Interventionen)?

Nutzung der Angebote der Fachklinik und Zufriedenheit mit denselben

- 3a) Welche therapienahen und therapiefernen Angebote der Fachklinik werden von den Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme wahrgenommen und wie werden diese von den Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme bewertet (Schwerpunkt: psychologische Interventionen)?
- 3b) Wie schätzen die Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme die Effektivität der Schulungsmaßnahmen ein?

Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und Reha-Erfolg des Kindes

- 4a) Steht die Zufriedenheit der Begleitperson mit der **eigenen** Reha-Maßnahme und deren Bewertung des Rehabilitationserfolges ihres Kindes in einem linearen Zusammenhang?
- 4b) Steht die Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme **ihres Kindes** und deren Bewertung des Rehabilitationserfolges ihres Kindes in einem linearen Zusammenhang?

Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und Erwartungen an die Reha-Maßnahme

- 5.) Gibt es einen positiven korrelativen Zusammenhang zwischen
- a) der Erfüllung der **eigenen** Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme und deren **eigener** Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme?
- b) der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme **ihres Kindes** und deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme **ihres Kindes**?
- c) der Erfüllung der **eigenen** Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme und deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme **ihres Kindes**?
- d) der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme **ihres Kindes** und deren **eigener** Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme?

Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und psychische Belastung der Begleitperson

- 6a) Sind Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) eine niedrige psychische Belastung aufweisen, zum Ende der Reha-Maßnahme mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne **für Begleitpersonen** zufriedener als psychisch hoch belastete Begleitpersonen?

6b) Sind Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) eine niedrige psychische Belastung aufweisen, zum Ende der Reha-Maßnahme mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne **für ihr Kind** zufriedener als psychisch hoch belastete Begleitpersonen?

6c) Bewerten Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, zum Ende der Reha-Maßnahme die verschiedenen Bereiche der Fachklinik Satteldüne **für Begleitpersonen** positiver als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht oder gleich bleibt?

6d) Bewerten Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, zum Ende der Reha-Maßnahme die verschiedenen Bereiche der Fachklinik Satteldüne **für ihr Kind** positiver als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich erhöht oder gleich bleibt?

Psychische Belastung der Begleitperson und Interesse und Teilnahme an Schulungsmaßnahmen

7a) Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen zu t1?

7b) Nehmen Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme niedrig ist, während der Reha-Maßnahme regelmäßiger an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen teil als Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme hoch ist?

Reha-Erfolg des Kindes und psychische Belastung der Begleitperson

8a) Weist die Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson, die Stationsärzte und das Pflegepersonal einen Zusammenhang mit der psychischen Belastung der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme auf?

8b) Ist bei Kindern von Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während des Reha-Aufenthaltes verringert, ein höherer Reha-Erfolg vorhanden als bei Kinder von Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht oder gleich bleibt?

Gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes und psychische Belastung der Begleitperson

9.) Schätzen Kinder von psychisch hoch belasteten Begleitpersonen zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität geringer ein als Kinder von psychisch niedrig belasteten Begleitpersonen?

Reha-Erfolg des Kindes und Erziehungsverhalten der Begleitperson

10.) Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme und dem Rehabilitationserfolg des Kindes?

3.3 Hypothesen der Begleitpersonenstudie

Zu den einzelnen Fragestellungen sollen folgende Hypothesen überprüft werden (nicht genannte Fragestellungs-Unterpunkte werden deskriptiv ausgewertet):

- 1b)** H₁: Die psychische Belastung von Begleitpersonen chronisch kranker Kinder wird zu Beginn der stationären Reha-Maßnahme (t1) höher eingeschätzt als die psychische Belastung einer Normstichprobe.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.
- 1c)** H₁: Das Erziehungsverhalten von Begleitpersonen chronisch kranker Kinder unterscheidet sich (für den Bereich der ungünstigen Erziehungsverhaltensweisen) zu Beginn der stationären Reha-Maßnahme (t1) signifikant von dem Erziehungsverhalten einer Normstichprobe.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.
- 1d)** H₁: Das positive (verstärkende und fördernde) Erziehungsverhalten von Begleitpersonen chronisch kranker Kinder unterscheidet sich zu Beginn der stationären Reha-Maßnahme (t1) signifikant von dem positiven Erziehungsverhalten einer Normstichprobe.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.
- 1e)** H₁: Das Verhalten von chronisch kranken Kindern im Vorschulalter, die mit einer Begleitperson eine stationäre Reha-Maßnahme absolvieren, ist zu Beginn der Reha-Maßnahme signifikant auffälliger als das Verhalten von Kindern aus einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.
- 4a)** H₁: Je zufriedener die Begleitperson mit der eigenen Reha-Maßnahme zum Zeitpunkt der Abreise (t2) ist, desto positiver schätzt sie den Reha-Erfolg für ihr Kind ein.
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 4b)** H₁: Je zufriedener die Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes zum Zeitpunkt der Abreise (t2) ist, desto positiver schätzt sie den Reha-Erfolg für ihr Kind ein.
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 5a)** H₁: Das Ausmaß, in dem Begleitpersonen ihre eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme erfüllt sehen (t2), weist einen positiven Zusammenhang mit deren eigener Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme auf (t2).
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 5b)** H₁: Das Ausmaß, in dem Begleitpersonen ihre Erwartungen an die Reha-Maßnahme für ihre Kinder erfüllt sehen (t2), weist einen positiven Zusammenhang mit deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme für ihre Kinder auf (t2).
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.

- 5c)** H₁: Das Ausmaß, in dem Begleitpersonen ihre eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme erfüllt sehen (t₂), weist einen positiven Zusammenhang mit deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme für ihre Kinder auf (t₂).
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 5d)** H₁: Das Ausmaß, in dem Begleitpersonen ihre Erwartungen an die Reha-Maßnahme für ihre Kinder erfüllt sehen (t₂), weist einen positiven Zusammenhang mit deren eigener Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme auf (t₂).
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 6a)** H₁: Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme niedrig ist, sind zum Ende der Reha-Maßnahme mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne **für Begleitpersonen** zufriedener, als Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme hoch ist.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.
- 6b)** H₁: Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme niedrig ist, sind zum Ende der Reha-Maßnahme mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne **für ihr Kind** zufriedener, als Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t₁ hoch ist.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.
- 6c)** H₁: Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme messbar verringert, bewerten die Angebote und Möglichkeiten der Fachklinik Satteldüne **für Begleitpersonen** zu t₂ insgesamt positiver als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich messbar erhöht oder deren psychische Belastung sich nicht verändert.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.
- 6d)** H₁: Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme messbar verringert, bewerten die Angebote und Möglichkeiten der Fachklinik Satteldüne **für ihre Kinder** zu t₂ insgesamt positiver als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich messbar erhöht oder deren psychische Belastung sich nicht verändert.
H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.
- 7a)** H₁: Zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson zu t₁ und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen zu t₁ besteht ein signifikanter negativer korrelativer Zusammenhang.
H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.
- 7b)** H₁: Begleitpersonen, die während der Reha-Maßnahme ihres Kindes regelmäßig an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen teilnehmen, weisen zu t₁ eine geringe-

re psychische Belastung auf als Begleitpersonen, die während der Reha-Maßnahme nicht oder nur unregelmäßig an den Schulungsmaßnahmen teilnehmen.

H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.

8a) H₁: Zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson zu t1 und der Höhe des Reha-Erfolgs des Kindes zu t2 besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.

8b) H₁: Wenn die psychische Belastung einer Begleitperson sich vom Beginn der Reha-Maßnahme (t1) bis zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) nicht verändert oder sich messbar verringert, dann wird der Reha-Erfolg des Kindes zu t2 durch die Begleitperson selbst oder das Pflegepersonal oder die Stationsärzte generell positiver eingeschätzt als bei einer Begleitperson, deren psychische Belastung sich von t1 zu t2 messbar erhöht.

H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander.

9a) H₁: Kinder von Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha (t1) eine niedrige psychische Belastung aufweisen, schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität **zu Beginn der Reha** (t1) generell höher ein, als Kinder von Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha eine hohe psychische Belastung aufweisen.

H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.

9b) H₁: Kinder von Begleitpersonen, die zum Ende der Reha (t2) eine niedrige psychische Belastung aufweisen, schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität **zum Ende der Reha** (t2) generell höher ein, als Kinder von Begleitpersonen, die zum Ende der Reha eine hohe psychische Belastung aufweisen.

H₀: Beide Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.

10.) H₁: Zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang.

H₀: Dieser Zusammenhang besteht nicht.

3.4 Planung und Durchführung der Untersuchung

3.4.1. Untersuchungsgegenstand

Untersuchungsgegenstand ist die Fachklinik Satteldüne für Kinder und Jugendliche der DRV Nord im Ort Nebel auf der nordfriesischen Insel Amrum.

Amrum hat eine Größe von 20,46 km² und ist damit die zehntgrößte Insel Deutschlands. Im Osten grenzt Amrum an das Wattenmeer. Die fünf Orte der Insel liegen überwiegend im Osten der Insel – von Nord nach Süd – Norddorf, Nebel, Süddorf, Steenodde und Wittdün.

Vom Festland (Dagebüll) ist die Insel Amrum in ca. zwei Stunden Fahrtzeit per Fähre zu erreichen.

Das Hauptgebäude der Fachklinik Satteldüne wurde im Jahr 1891 errichtet und zunächst als Kurheim und nach dem 1. Weltkrieg als Kindererholungsheim genutzt. In den 50er Jahren wurde das Gebäude umfangreich erweitert. Seit 1986 steht es unter der Trägerschaft der DRV Nord. Seit dem Jahr 1983 werden Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern mit aufgenommen, was im Laufe der folgenden Jahre erhebliche räumliche und personelle Änderungen nach sich zog.

In der Fachklinik Satteldüne werden ganzjährig Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch kranke Kinder mit Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und der Haut sowie Ernährungsstörungen angeboten. Die Klinik kann 165 Patienten gleichzeitig aufnehmen. Das Gelände der Fachklinik ist ca. 16 Hektar groß und hat einen direkten Zugang zum Strand.

Die Fachklinik Satteldüne war eine der ersten Reha-Einrichtungen, die Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern mit aufgenommen hat und bietet alle Voraussetzungen für die Durchführung einer Feldstudie zum Thema Begleitpersonen. Von Seiten der Klinikleitung, zum Zeitpunkt der Studie mit Herrn Prof. Dr. D. Kiosz besetzt, gab es ein großes Interesse an der Klärung der Forschungsfragen. Die Finanzierung der vorliegenden Studie wurde vom Träger der Klinik, der LVA Schleswig-Holstein (heute: DRV Nord), im Rahmen eines Stipendiums zur Qualifizierung von Mitarbeitern im wissenschaftlichen Bereich ermöglicht. In der Planungs- und Durchführungsphase der Studie gab es eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Psychologie der Universität Kiel; z.B. Unterstützung bei der Durchführung von Vorstudien, wissenschaftliche Begleitung und Supervision während der Planungs- und Erhebungsphase der vorliegenden Studie.

3.4.2. Beschreibung der Instrumente

Alle nachfolgend beschriebenen und für diese Untersuchung relevanten selbst entwickelten Instrumente sind im Anhang H abgebildet.

Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Hoyer, 2002)

Der *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* wurde im Jahre 2002 eigens für die vorliegende Untersuchung entwickelt. Der Schwerpunkt liegt auf der Erhebung von soziodemografischen und psychosozialen Daten von Begleitpersonen und deren Kindern. Weiterhin werden Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme und deren Interesse an den Angeboten der Fachklinik für Begleitpersonen und Kinder erfragt. Insbesondere soll mit Hilfe der aus dem Anreise-Fragebogen gewonnenen Daten eine kritische Überprüfung und Verbesserung des bestehenden Angebotes des psychologischen Bereichs für Begleitpersonen sowie die Planung von neuen psychologischen Interventionen der Reha-Einrichtungen ermöglicht werden. Bei dem Fragebogen handelt es sich um ein teilstandardisiertes Verfahren mit insgesamt 82 Fragen, bei dem neben vorgegebenen Antwortkategorien zu verschiedenen Fragestellungen zusätzlich freie Angaben gemacht werden können. Der Fragebogen wird von

den Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme ausgefüllt. Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 20-25 Minuten. Der Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen ist in die folgenden neun Bereiche gegliedert:

1. Allgemeine Fragen zur Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne

Die Fragen beziehen sich auf die Qualität des vorab verschickten Informations-Materials und auf Informationsquellen: Wer informierte die Begleitperson über die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme und die Möglichkeit über die Mitaufnahme als Begleitperson? Es wird erhoben, ob der Begleitperson zusätzliche Kosten bezüglich der Reha-Maßnahme entstanden sind. Weiterhin wird erfragt, ob es Schwierigkeiten bei der Antragstellung für das Kind oder die Begleitperson gab. Bei allen Fragen werden Antwortkategorien vorgegeben und teilweise ergänzende Angaben (freie Formulierungen) mit Zusatzfragen ermöglicht.

2. Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme

Es werden verschiedene Angebote der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen und deren Kinder angegeben und das Interesse der Begleitpersonen an diesen Angeboten mit einer Likert-ähnlichen Skala eingeschätzt. Zu den Angeboten zählen u.a.: Schulung, Kontakte zu anderen Betroffenen, medizinische und psychologische Unterstützung, Erholung und Entspannung. Die Begleitpersonen können weiterhin angeben, was sie während der Reha-Maßnahme ihres Kindes für ihre eigene Gesundheit tun möchten (z.B. Diät, Sport oder Entspannungstraining). Die Kategorien werden vorgegeben und ergänzende Angaben mit freien Formulierungen sind möglich.

3. Motivation für die Begleitung des Kindes

Die Begleitpersonen geben an, aus welchen Gründen sie ihr Kind in die FK Satteldüne begleiten und ab welchem Alter sie ein Kind alleine eine Reha-Maßnahme absolvieren lassen würden. Die Antwortkategorien werden vorgegeben, es können ergänzende Angaben gemacht werden. Es wird weiterhin erfragt, ob die Begleitpersonen der Reha-Maßnahme auch zugestimmt hätten, wenn ihr Kind keine Begleitperson bewilligt bekommen hätte (Antwortschema: „ja“ oder „nein“). Weiterhin schätzen die Begleitpersonen ein, wie stark aus ihrer Sicht der positive Einfluss einer Begleitperson auf den Reha-Erfolg des Kindes ist.

4. Interesse an den Angeboten der Fachklinik Satteldüne

Die Begleitpersonen schätzen auf einer fünfstufigen Intervallskala von „gar nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“ ein, wie wichtig ihnen die Teilnahme ihres Kindes und ihre eigene Teilnahme an den verschiedenen Angeboten der FK Satteldüne ist. Die Angebote werden als Kategorien vorgegeben.

6. Soziodemografische Daten

Es werden verschiedene soziodemografische Angaben wie Alter der Familienangehörigen, Familienstand, Anzahl der Geschwisterkinder, Schulabschluss und beruflicher Werdegang der Eltern, derzeit ausgeübter Beruf der Eltern und Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden, Familieneinkommen, Wohnsituation, Anzahl der Personen pro Haushalt erfragt. Bei dem überwiegenden Teil der Fragen werden Antwortkategorien vorgegeben.

7. Fragen zur Lebenssituation und Krankheitsgeschichte des Kindes

Hier wird der Besuch des Kindes von Einrichtungen wie Kindergarten oder Krippe sowie die Betreuungsdauer in dieser Einrichtung erfragt. Weiterhin wird erhoben, wer die Haupt-Betreuungsperson zuhause ist, ob in der Vergangenheit Krankenhausaufenthalte oder Reha-Aufenthalte des Kindes (mit oder ohne Begleitperson) absolviert wurden und ob bzw. welche Therapiemaßnahmen am Heimatort erfolgen. Hinzu kommen allgemeine Fragen zur Erkrankung des Kindes (Eingangsd Diagnose in der FK Satteldüne, wer hat die Diagnose gestellt, Dauer der Erkrankung, Umgang mit der Erkrankung im Alltag, zeitliche Dauer der Therapiemaßnahmen). Die Antwortkategorien werden vorgegeben, ergänzende Angaben sind möglich.

8. Belastungsfaktoren im Alltag

Neben Fragen zur Familiensituation (verheiratet oder geschieden; allein erziehend oder mit Partner) wird in diesem Teil des Anreise-Fragebogens der Gesundheitszustand der Eltern erfragt (z.B. körperliche oder psychische Erkrankung, Suchterkrankung). Weiterhin werden in der Vergangenheit liegende Erfahrungen mit psychotherapeutischen Maßnahmen für Begleitperson oder Kind und die derzeitige Teilnahme an psychotherapeutischen Maßnahmen erfragt. Um zusätzliche Belastungsfaktoren im Alltag zu erheben, wird die Zuständigkeit der Begleitperson für die Pflege weiterer Angehöriger sowie die Häufigkeit des Familienurlaub in den letzten Jahren erhoben.

Mit einer fünfstufigen Intervallskala (von „sehr gering“ bis „sehr hoch“) werden verschiedene alltägliche psychosoziale Belastungskomponenten der Begleitperson (finanzielle, berufliche, eigene gesundheitliche Belastung, Belastung durch die Partnerschaft, die Erkrankung des Kindes, die tägliche Hausarbeit, die Kindererziehung) erhoben und die Einschätzung der Begleitperson bezüglich ihrer Lebensqualität erfragt.

Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Hoyer, 2002)

Der *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* wurde ebenso eigens für die vorliegende Untersuchung entwickelt. Er ermöglicht eine Evaluation der absolvierten Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne durch die Begleitperson und ist darüber hinaus für die Planung des Angebotes von Reha-Einrichtungen im Allgemeinen von Interesse. Die Begleitpersonen geben in diesem Fragebogen an, welche Angebote sie bzw. ihre Kinder in der FK Satteldüne genutzt haben. Neben einer persönlichen Einschätzung der Qualität des absolvierten Programms, das alle in der Reha-Einrichtung vorhandenen Bereiche abdeckt, liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der allgemeinen Zufriedenheit der Begleitperson mit der absolvierten Reha-Maßnahme. Darüber hinaus ermöglicht der Fragebogen eine Einschätzung des Reha-Erfolges durch die Begleitperson (sowohl für das begleitete Kind als auch für sich selbst). Es handelt sich bei dem Abreise-Fragebogen für die Begleitperson um ein teilstandardisiertes Verfahren, in dem neben vorgegebenen Antwortkategorien auch freie/ergänzende Angaben möglich sind, denen zusätzliche Informationen entnommen werden können. Der Fragebogen wird von den Begleitpersonen einen Tag vor der Abreise ausgefüllt. Die Bearbei-

tungsdauer der insgesamt sechzehn Fragebereiche beträgt etwa 10-15 Minuten. Der Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen besteht aus den folgenden Bereichen:

1. Bewertung der Reha-Maßnahme für Begleitpersonen

Die Begleitpersonen bewerten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft zu“ die Reha-Maßnahme für Begleitpersonen. Hier wird z.B. mit einer Kriteriumsfrage erfragt, ob die Begleitpersonen mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden sind. Weiterhin wird spezifiziert, ob sie sich in der Fachklinik Satteldüne wohl gefühlt haben und ob sich ihre eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme erfüllt haben. Weitere Fragen beziehen sich auf den Lernerfolg der Schulungsmaßnahmen für Eltern von chronisch erkrankten Kindern (z.B. „Informationen über die Erkrankung hinzugewonnen“, „gelernt, mit krankheitsbedingten Krisensituationen umzugehen“). Zuletzt wird erfragt, ob sich die Begleitpersonen durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen entlastet fühlen und ob sie sich zum Zeitpunkt der Abreise ausgeruht und ausgeglichen fühlen.

Darüber hinaus schätzen die Begleitpersonen mit einer fünfstufigen Skala von „unzufrieden“ bis „zufrieden“ ihre Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der FK Satteldüne für Begleitpersonen ein (z.B. Rezeption, Essen, Service, Sauberkeit im Haus, Verwaltung, Unterkunft, medizinischer und psychologischer Bereich, Fortbildungsangebote, Diätberatung, Sport und Freizeitangebote).

2. Inanspruchnahme der verschiedenen Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen

Die Begleitpersonen schätzen auf einer dreistufigen Skala („regelmäßig wahrgenommen“, „unregelmäßig wahrgenommen“, „nie wahrgenommen“) ein, ob bzw. in welchem Ausmaß sie die Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme wahrgenommen haben. Erfragt wird die Teilnahme an den Angeboten des Medizinischen und Psychologischen Bereichs, an Fortbildungsmaßnahmen für Begleitpersonen wie z.B. Asthmaschulung, am Physiotherapeutischen Bereich, an Angeboten der Diätküche sowie des Sport- und Freizeitbereichs. Darüber hinaus wird erfragt, ob die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches mit anderen Begleitpersonen, Patienten oder Mitarbeitern der Fachklinik genutzt wurde. Bei den Begleitpersonen, die nur unregelmäßig an den Fortbildungsangeboten für Begleitpersonen (z.B. Asthma- oder Neurodermitisschulung) teilgenommen haben, wird nach den Gründen dafür gefragt. Die Kategorien werden vorgegeben (z.B. „organisatorische Probleme“) und es gibt die Möglichkeit für zusätzliche Angaben.

3. Einschätzung der Effektivität der Fortbildungsangebote

Auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“ schätzen die Begleitpersonen die Effektivität der genutzten Fortbildungsangebote hinsichtlich verschiedener Faktoren wie z.B. „Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung“ oder „Umgang mit der Erkrankung im Alltag“ ein. Es gibt die Möglichkeit für ergänzende Angaben und Verbesserungsvorschläge.

4. Nutzung gesundheitsfördernder Angebote für Begleitpersonen

Die Begleitpersonen geben an, ob sie während der Reha-Maßnahme ihres Kindes etwas für ihre eigene Gesundheit getan haben und präzisieren anhand von vorgegebenen Kategorien, welche Angebote sie selbst genutzt haben (z.B. Raucherentwöhnungskurs, Diät, Entspannungstraining, Sport). Es gibt Raum für zusätzliche freie Angaben.

5. Bewertung der Reha-Maßnahme des Kindes durch die Begleitperson

Auf einer fünfstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ geben die Begleitpersonen mithilfe einer Kriteriumsfrage an, ob sie mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes zufrieden sind (Item 07.0). Weiterhin werden spezifische Fragen zur Einschätzung der Reha-Maßnahme des Kindes gestellt („Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“, „mein Kind hat sich wohl gefühlt“, „der Gesundheitszustand meines Kindes ist besser als vor der Reha-Maßnahme“, „mein Kind kann jetzt besser mit der Erkrankung umgehen“, „die Therapien haben meinem Kind geholfen“).

Die Begleitpersonen schätzen auf einer fünfstufigen Skala von „unzufrieden“ bis „zufrieden“ ein, wie zufrieden sie mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne waren, die ihr Kind betreffen (z.B. Medizinischer und Psychologischer Bereich, Patientenschulungen, Sportbereich, Krankengymnastische Betreuung, Pädagogische Betreuung, Pflegerische Betreuung, Freizeitangebote und Essen). Es gibt die Möglichkeit für zusätzliche freie Angaben („falls sie mit bestimmten Bereichen unzufrieden waren: aus welchem Grund?“).

6. Nutzung der Angebote durch das begleitete Kind

Die Begleitpersonen geben auf einer dreistufigen Skala („Regelmäßig wahrgenommen“, „unregelmäßig wahrgenommen“, „nie wahrgenommen“) an, welche Angebote von ihrem Kind genutzt wurden. Es werden alle Bereiche der FK Satteldüne abgefragt, z.B. medizinische und psychologische Angebote, krankheitsbezogene Schulungen, Physiotherapie, Sport- und Freizeitangebote. Bezüglich der Patientenschulungen wird genauer erfragt, aus welchen Gründen eine Teilnahme möglicherweise nicht regelmäßig erfolgte. Die Kategorien werden vorgegeben, zusätzliche Angaben sind möglich.

7. Effektivität der Patientenschulungsmaßnahmen

Weiterhin schätzen die Begleitpersonen auf einer fünfstufigen Skala verschiedene Aspekte bezüglich der Effektivität der Patientenschulungen ein und geben an, ob das Kind die therapeutischen Maßnahmen am Ende der Reha-Maßnahme eher selbständig oder unselbständig durchführt.

8. Einschätzung des Reha-Erfolgs durch die Begleitperson

Abschließend werden die Begleitpersonen gebeten, den Reha-Erfolg der Heilbehandlung sowohl für sich als auch für das begleitete Kind einzuschätzen. Die Einschätzung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala (von „sehr gering“ bis „sehr hoch“).

9. Zusatzfragen zu zukünftigen Reha-Maßnahmen

Die Begleitpersonen werden gefragt, ob sie sich vorstellen können, bei einer erneuten Reha-Maßnahme in der FK Satteldüne getrennt von ihrem Kind zu wohnen (Antwortschema ja/nein) und ob sie das Kind das nächste Mal alleine (ohne Begleitperson) eine Reha-

Maßnahme in der FK Satteldüne durchführen lassen würden. Außerdem wird erfragt, ob die Begleitperson einer erneuten Heilbehandlung in dieser Einrichtung zustimmen würde. Es gibt Raum für weitere zusätzliche Angaben zu dem Aufenthalt in der FK Satteldüne.

Für die Auswertung der sechzehn Fragebereiche wurden einige Items des *Abreise-Fragebogens* zu **Skalen** zusammengefasst:

Skala 1: „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne für ihr Kind“

Mit den Items 08.1-08.9 des *Abreise-Fragebogens* geben die Begleitpersonen ihre Zufriedenheit mit folgenden ihr Kind betreffenden Bereichen an:

08.1 Medizinischer Bereich; 08.2 Psychologischer Bereich; 08.3 Patientenschulungen; 08.4 Sportbereich; 08.5 Krankengymnastische Betreuung; 08.6 Pädagogische Betreuung; 08.7 Pflegerische Betreuung; 08.8 Freizeitangebote; 08.9 Essen.

Das Antwortschema besteht aus einer 5-stufigen Skala (von „unzufrieden“ bis „zufrieden“) auf Intervallskalenniveau. Aus den einzelnen Items dieser Skala wird ein Gesamtwert gebildet. Die Reliabilitätsanalyse ergab für die Skala 1 ein **Cronbachs α** von **0,8699** (in die Berechnung gingen n= 68 Fälle ein). Die Reliabilität der Skala ist somit als mittelmäßig¹¹ zu bezeichnen.

Skala 2: „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen“

Mit den *Items 02.1-02.12* des *Abreise-Fragebogens* geben die Begleitpersonen ihre Zufriedenheit mit folgenden sie selbst betreffenden Bereichen an:

01.1 Rezeption / Anmeldung, 02.2 Essen, 02.3 Service Speisesaal, 02.4, Sauberkeit im Haus, 02.5 Verwaltung, 02.6 Unterkunft, 02.7 Medizinischer Bereich, 02.8 Psychologischer Bereich, 02.9 Fortbildungsangebote, 02.10 Diätberatung, 02.11 Sport für Begleitpersonen, 02.12 Freizeitangebote für Begleitpersonen.

Das Antwortschema besteht aus einer fünfstufigen Intervallskala (-2 = unzufrieden, -1 = eher unzufrieden, 0 = mittel, 1 = eher zufrieden, 2 = zufrieden). Aus den Ergebnis der einzelnen Items dieser Skala wird ein Gesamtwert gebildet. Die Reliabilitätsanalyse für die Skala 2 ergab ein **Cronbachs α** von **0,8533** (in die Berechnung gingen 54 Fälle ein). Die Reliabilität der Skala ist somit als mittelmäßig zu bezeichnen.

Skala 3: „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“

Auf einer fünfstufigen Intervallskala (von -2 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis +2 = „trifft voll und ganz zu“) bewerten die Begleitpersonen ihre Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme des Kindes. Folgende Items des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* wurden zu dieser Skala zusammengefasst:

07.1 Ich bin mit der Reha-Maßnahme meines Kindes zufrieden.
07.2 Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt.
07.3 Mein Kind hat sich wohl gefühlt.

¹¹ Laut Bortz (2002) sollte ein guter Test eine Reliabilität von über 0,8 aufweisen. „Reliabilitäten zwischen 0,8 und 0,9 gelten als mittelmäßig, Reliabilitäten über 0,9 als hoch.“

- 07.4 Der Gesundheitszustand meines Kindes ist besser als vor der Reha-Maßnahme.
- 07.5 Mein Kind kann jetzt besser mit der Erkrankung umgehen.
- 07.6 Die Therapien haben meinem Kind geholfen.

Aus dem Ergebnis wird ein Gesamtscore errechnet. Die Reliabilitätsanalyse für diese Skala ergab ein **Cronbachs α** von **0,9152**. Damit ist die Reliabilität der Skala als hoch zu bezeichnen (in die Berechnung gingen 107 Fälle ein).

Skala 4: „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“

Auf einer fünfstufigen Skala (von -2 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis +2 = „trifft voll und ganz zu“) bewerten die Begleitpersonen ihre Zufriedenheit mit dem sie selbst betreffenden Reha-Angebot. Folgende Items wurden zu dieser Skala zusammengefasst:

- 01.1 „Ich bin mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden“
- 01.2 „Ich habe mich in der Fachklinik Satteldüne wohl gefühlt“
- 01.3 „Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“
- 01.4 „Ich habe viele Informationen über die Erkrankung meines Kindes dazu gewonnen“
- 01.5 „Ich habe gelernt, mit krankheitsbedingten Krisensituationen bei meinem Kind umzugehen“
- 01.6 „Durch die Gespräche mit anderen Begleitpersonen fühle ich mich entlastet“
- 01.7 „Ich fühle mich zur Zeit ausgeruht und ausgeglichen“

Aus dem Ergebnis wird ein Gesamtscore errechnet. Die Reliabilität der Skala ist mit einem **Cronbachs α** von **0,826** als mittelmäßig zu bezeichnen (in die Berechnung gingen 114 Fälle ein).

Brief Symptom Inventory (BSI) von Derogatis

Zur Erfassung der psychischen Belastung der Begleitpersonen wurde das Selbstbeurteilungsverfahren *Brief Symptom Inventory (BSI)* von Derogatis in der deutschen Version von Franke (2000) eingesetzt. Das BSI ist eine Kurzform der 90 Fragen umfassenden Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1992), deren deutsches Handbuch im Jahre 1995 von Franke publiziert wurde. Das BSI wurde entwickelt, da das Ausfüllen der SCL-90-R mit 10-15 Minuten zu lange dauerte; insbesondere dann, wenn neben der SCL-90-R noch andere Verfahren eingesetzt werden sollten. Die genaue Betrachtung der Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen und den dazugehörigen Items der SCL-90-R ergab, dass fünf bis sechs Items pro Skala genügend hohe Ladungen zeigten, um das zugrunde liegende Konstrukt ausreichend abzudecken. Diese wurden für das BSI aus der SCL-90-R herausgelöst.

Das BSI erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 53 körperliche und psychische Symptome einer Person, wobei der Fragezeitraum die vergangenen sieben Tage umfasst. Es bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Es wird als Screening-Verfahren in verschiedenstem Kontext (medizinisch, psychologisch, epidemiologisch) eingesetzt und eignet sich ebenso für den Einsatz bei körperlich Erkrankten. In der Pädiatrie wurde das BSI bislang eingesetzt, um die psychische Belastung von Müttern früh geborener Kinder zu untersuchen (Leonard, Scott und Erpestad, 1992). Thomasgaard (1998) erforschte mit dem BSI

die Anpassung an das familiäre Leben mit einem neugeborenen Kind. Wade et al. (1997) setzten das BSI zur Erforschung der Auswirkungen des kindlichen Asthmas ein. Die Auswirkungen mütterlichen Kokainmissbrauchs in der Schwangerschaft auf Mutter und Kind untersuchten Singer et al. (1997).

Die individuelle psychische Belastung, die der Proband bei jeder einzelnen Frage des BSI empfindet, wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) angegeben. Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa acht bis zehn Minuten.

Zur Auswertung des BSI werden 49 der 53 Items zu den folgenden neun Skalen zusammengefasst: (1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Unsicherheit im Sozialkontakt, (4) Depressivität, (5) Ängstlichkeit, (6) Aggressivität/Feindseligkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken und (9) Psychotizismus.

Vier Items (11, 25, 39, 52) gelten als Zusatzfragen, die in der Auswertung keiner Skala zugeordnet werden. Hierzu zählen Fragen nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten, dem Gedanken an den Tod und das Sterben und nach Schuldgefühlen. Die Zusatzfragen geben separat ausgewertet Hinweise auf eine unspezifische psychische Belastung.

Weiterhin lassen drei globale Kennwerte Rückschlüsse über das Antwortverhalten bei allen Fragen zu. Sie bieten eine Übersicht über die psychische Belastung auf einem generellen Niveau, da sie alle 53 Items einbeziehen. Der **Global Severity Index (GSI)** misst die grundsätzliche psychische Belastung, der **Positive Symptom Distress Index (PSDI)** misst die Intensität der Antworten und der **Positive Symptom Total (PST)** gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Das BSI kann insgesamt auf drei Ebenen interpretiert werden: von übergeordneten, generellen Maßen des psychologischen Status über deren syndromale Präsentation bis hin zu den individuellen Symptomen.

Die Auswertung des Einzelfalles führt zu Rohwerten, deren Aussagekraft begrenzt ist.

„Erst die Transformation zu T-Werten, die soziodemographische Faktoren berücksichtigt, ermöglicht die orientierende Einordnung des Einzelfalles (oder des Mittelwertes und der Standardabweichung der untersuchten Gruppe) in Bezug auf auffallende Abweichungen vom Durchschnitt“ (Franke, 2000).

Zur Transformation der Rohwerte in T-Werte stehen zwei Normtabellen zur Verfügung: für Erwachsene (n=600) und für Studierende (n=589). Das Kriterium für die Transformation ist in beiden Fällen nur das Geschlecht, da die Normgruppe Erwachsener nach Bildung geschichtet angelegt ist und die Normgruppe Studierender einen konstanten Bildungsstand aufweist. Die T-Transformation setzt den Mittelwert der Normgruppe auf 50 und die Standardabweichung auf 10 fest. Die Spannweite in diesem Verfahren beträgt drei Standardabweichungen, d.h. die T-Werte liegen zwischen 20 und 80.

Bei T-Werten, die zwischen 40 und 60 liegen, kann laut Franke (2000) noch nicht von klinischer Auffälligkeit gesprochen werden, da sich in diesem Wertebereich 2/3 der Normgruppe befinden. Bei einem T-Wert von 60 befindet sich der Patient allerdings schon im 84 Zentil. Liegt der T-Wert bei 70, dann gilt das 98 Zentil – die Auffälligkeit nimmt also mit der Höhe des T-Wertes zu. Laut Derogatis gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet, wenn:

$T_{GSI} \geq 63$ oder $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$, d.h. wenn GSI größer oder gleich 63 ist oder wenn die T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 sind.

In einer Untersuchung von Franke (2000) an einer deutschen Stichprobe von 600 „Gesunden Erwachsenen“ erbrachte die Berechnung der Reliabilität der einzelnen Skalen befriedigende bis gute Werte. Die interne Konsistenz in dieser Stichprobe liegt zwischen dem sehr niedrigen Wert $r_{\min} = 0,39$ (Skala 7: Phobische Angst) und dem hohen Wert $r_{\max} = 0,72$ (Skalen 2 und 4: Zwanghaftigkeit, Depressivität). Die interne Konsistenz des globalen Kennwertes GSI ist mit Cronbachs $\alpha = .92$ als sehr hoch zu bezeichnen.

Die Test-Retest-Reliabilität der einzelnen Skalen und globalen Kennwerte des BSI ist als gut zu bezeichnen.

„Das BSI eignet sich somit für die Evaluation psychotherapeutischer Intervention, unabhängig davon ob die Behandlung ambulant oder stationär, im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt wurde“ (Franke, 2000).

Untersuchungen von Derogatis an einer Stichprobe von 60 US-amerikanischen ambulanten Psychiatriepatienten ergaben eine Retest-Reliabilität nach einer Woche – ohne therapeutische Intervention – zwischen $r_{\min} = 0,68$ (Skala Somatisierung) und $r_{\max} = 0,91$ (Skala Phobische Angst). In einer Teilstichprobe der deutschen Stichprobe mit $n=70$ „gesunden Erwachsenen“ rangierte die Retest-Reliabilität zwischen $r_{\min} = 0,73$ (Skala Phobische Angst) und $r_{\max} = 0,93$ (Skala Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt).

In Bezug auf die Validität wird den Items des BSI Augenscheinvalidität („face validity“) zugesprochen. Das BSI operationalisiert psychische Belastung auf den Ebenen der Items, der neun psychologischen Konstrukte (Skalen) sowie der drei Globalen Indizes.

Zur internen Struktur und Konstruktvalidität des BSI gibt Franke (2000) an, dass Derogatis in einer Stichprobe von $n=1002$ US-amerikanischen ambulanten Psychiatriepatienten aufgrund faktorenanalytischer Berechnungen zusammenfassend genügend Hinweise gefunden habe, die für die Skalenstruktur sprechen. Eine Studie mit einer deutschsprachigen Stichprobe von Psychotherapieklienten, die die Skalenstruktur des BSI mit Hilfe faktorenanalytischer Berechnungen repliziert, stehe noch aus. Alle Unterbereiche der Objektivität (Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität) gelten als gewährleistet.

Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZEV) der PAG Braunschweig

Der *Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZEV)* ist im Rahmen der DFG-geförderten Entwicklungs- und Präventionsstudie „Zukunft Familie“ an der TU Braunschweig entstanden. Die Items sind an verschiedene englischsprachige Fragebogen, u.a. die „Parent Practices Scale“ von Strayhorn & Weidmann (1988) und „Parent Behavior Checklist“ von Fox (1994) angelehnt.

Der Fragebogen erfasst positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten von Eltern wie Lob, gemeinsames Spielen, Aufmerksamkeit oder körperliche Zuneigung.

Der FZEV umfasst insgesamt 13 Items. Jedes Item wird auf einer vierstufigen Häufigkeitsskala eingeschätzt (von 0=nie bis 3=sehr oft). Die Eltern werden gebeten, auf der Skala je-

weils die Häufigkeitsangabe anzukreuzen, die ihrem eigenen Verhalten in den letzten zwei Monaten am nächsten kommt. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 5 Minuten.

Die **Reliabilität** (interne Konsistenz) der Skala liegt bei $\alpha = 0.87$

Es existieren keine Subskalen. Um den Gesamtwert des FZEV zu erhalten, werden alle dreizehn Items aufaddiert und durch dreizehn geteilt. Je höher der Mittelwert, desto positiver ist das Erziehungsverhalten.

Skala	Stichprobe Präventionsstudie m (s)
FZEV Gesamtwert	2.04 (0.4)
FZEV Gesamt Mütter	2.14 (0.4)
FZEV Gesamt Väter	1.89 (0.4)

Tab. 5. Mittelwerte und Standardabweichungen der modifizierten deutschen Version (n=206, Eltern der Braunschweiger Präventions- und Entwicklungsstudie)

Es zeigten sich in diesem Verfahren signifikante Geschlechtsunterschiede zwischen Vätern und Müttern. Mütter weisen einen höheren Mittelwert auf, d.h. sie geben an, häufiger mit ihren Kindern zu spielen, zu lachen, ihnen Aufmerksamkeit zu schenken und sie zu loben.

Erziehungsfragebogen (EFB) der PAG Braunschweig

Der *Erziehungsfragebogen (EFB)* ist eine modifizierte deutsche Fassung der „Parenting Scale (PS)“ von Arnold, O’Leary, Wolff & Acker (1993). Die Übersetzung dieses Fragebogens entstand im Rahmen des Triple-P-Projekts der Christoph-Dornier-Stiftung Braunschweig und wurde für die von der DFG geförderten Entwicklungs- und Präventionsstudie „Zukunft Familie“ an der TU Braunschweig modifiziert.

Der Fragebogen erfasst das Erziehungsverhalten und die Erziehungsstrategien von Eltern bei unangemessenem oder schwierigem Verhalten ihrer Kinder, d.h. es wird konkretes Verhalten von Eltern in Erziehungssituationen erfasst.

Der EFB besteht aus 35 Items, die jeweils zwei Arten von Erziehungsverhalten beim Umgang mit unangemessenem Verhalten der Kinder beschreiben. Jedes Item wird auf einer siebenstufigen Skala eingestuft. Die Endpunkte beschreiben effektive bzw. ineffektive Formen bestimmten Erziehungsverhaltens. Die Eltern werden gebeten, auf der Skala jeweils die Zahl anzukreuzen, die als Abstufung zwischen den beiden Verhaltensweisen ihrem eigenen Verhalten in den letzten zwei Monaten am nächsten kommt. Im Vergleich zur amerikanischen Version wurde jedoch eine Änderung vorgenommen: die Skalenwerte von eins bis sieben wurden durch Werte von drei bis drei ersetzt, um keine Richtung für „richtige“ Antworten zu implizieren. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens beträgt ca. 20 Minuten.

Das beschriebene Erziehungsverhalten lässt sich den Skalen (1) Überreagieren, (2) Nachsichtigkeit und (3) Weitschweifigkeit zuordnen.

(1) Überreagieren:

Die Aussagen dieser Skala erfassen „Erziehungsfehler“ wie Zorn, Wut oder Ärger zeigen, übermäßige Reizbarkeit, Gemeinheiten oder verbale Bestrafungen. Eltern mit einer hohen Ausprägung auf dieser Skala reagieren häufig stark emotional über in Situationen, wo es wichtig wäre, als Eltern ruhig und bestimmt zu reagieren.

(2) Nachsichtigkeit:

Eltern mit hoher Ausprägung auf dieser Skala geben sehr schnell nach, lassen Kinder oft gewähren, reagieren nicht konsistent, achten wenig auf die Einhaltung von Regeln und Grenzen oder verstärken häufig Problemverhalten des Kindes positiv.

(3) Weitschweifigkeit:

Eltern mit hoher Ausprägung auf dieser Skala führen mit ihren Kindern immer wieder langatmige und ermüdende Diskussionen über das Problemverhalten des Kindes. Sie halten oft am Reden fest, obwohl es in der entsprechenden Situation wenig effektiv ist.

Neben diesen drei Skalen enthält der Fragebogen einige Zusatz-Items (13, 25, 32-35), die weitere wesentliche Erziehungsverhaltensweisen beschreiben.

Für die Interpretation des EFB gilt: Je höher der errechnete Mittelwert ausfällt, desto ungünstiger ist das Erziehungsverhalten.

Bei einer kleinen Stichprobe mit 168 Müttern von Kindern im Alter von 18-24 Monaten ($m=2,4$ Jahre), von denen 68 Mütter Erziehungsprobleme hatten, ermittelten Arnold e.V. (1993) folgende Gütekriterien: die Reliabilität (interne Konsistenz) der einzelnen Skalen betrug für die Skala Überreagieren $\alpha = .82$, für die Skala Nachsichtigkeit $\alpha = .83$ und für die Skala Weitschweifigkeit $\alpha = .63$. Die interne Konsistenz der Gesamtskala betrug $\alpha = .84$.

Die Test-Retest-Reliabilität wurde mit einer Subgruppe von 22 Müttern über zwei Wochen ermittelt und betrug für Überreagieren $r_{tt}=.82$, für Nachsichtigkeit $r_{tt}=.83$ und für Weitschweifigkeit $r_{tt}=.79$. Für den Gesamtwert wurde $r_{tt}=.84$ ermittelt.

Die Validität des EFB wurde an Korrelationen der zugrunde liegenden Parenting Scale mit Maßen zu Depression (BDI; Beck, Steer & Garbin, 1988), Eheproblemen (SMAT; Locke & Wallace, 1959) und Verhaltensauffälligkeiten (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) überprüft. Es bestanden nur wenige signifikante Korrelationen zum BDI ($r = .00$ bis $r = .30$), die Zusammenhänge zur Ehequalität ($r = -.35$ bis $r = -.50$) und auch zur CBCL ($r = .22$ bis $r = .53$) sind jedoch bedeutsam. Darüber hinaus wurde an einer kleinen Stichprobe ($n=8$ klinische Mütter) eine Verhaltensbeobachtung einer Mutter-Kind-Interaktion auf Grundlage der Skalen der Parenting Scale durchgeführt, wobei eine hohe Übereinstimmung zwischen den Skalen der Parenting Scale und dem Verhalten der Mütter in der Beobachtungssituation festgestellt werden konnte ($r = .82$ bis $r = .88$).

Die dem EFB zugrunde liegende Parenting Scale weist laut Arnold (1993) wenige der allgemein diskutierten Probleme von Selbstbeobachtungsinstrumenten im Bereich Erziehung auf. Der EFB ist ein kurzes und wenig kostenintensives Instrument, mit dem sehr verhaltensnah Reaktionen der Eltern auf hypothetische Situationen erfasst werden können. Die richtige Antwort ist nicht immer erkennbar und es werden keine Häufigkeiten von Reaktio-

nen erfragt, da diese stark von der Schwere der kindlichen Auffälligkeiten beeinflusst sind. Somit wird die Wahrscheinlichkeit von Antwortverzerrungen verringert.

Miller (2001) konnte beim Vergleich der Mittelwerte der amerikanischen Fassung (Parenting Scale) und der deutschen Version der Parenting Scale (EFB) keine signifikanten Unterschiede beim Gesamtwert feststellen (BRD: 3,3; USA: 3,1). Auf Skalenebene konnten jedoch signifikante Unterschiede ermittelt werden. In der deutschen Stichprobe wurde bei der Subskala „Überreagieren“ ein höherer Wert erzielt (BRD: 3,3; USA: 2,4). Die Skala „Nachsichtigkeit“ war vergleichbar (BRD: 2,5; USA: 2,4). Die Skala „Weitschweifigkeit“ weist bei der Stichprobe der BRD einen höheren Mittelwert auf (BRD: 4,5; USA: 3,4). Deutsche Mütter reagieren demnach häufiger über und verlieren stärker die Kontrolle als die Mütter der amerikanischen Stichprobe. Erstere diskutieren mehr mit ihren Kindern und versuchen sie verbal zu überzeugen, anstatt Konsequenzen folgen zu lassen.

Miller (ebd.) ermittelte mit einer repräsentativen Stichprobe von n=570 Müttern von Kindern im Vorschulalter folgende cut-off-Werte zur Identifikation von Eltern mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten:

Überreagieren: > 4.2

Nachsichtigkeit: > 3.3

Weitschweifigkeit: > 5.5

Gesamtwert: > 3.8

Als Eltern mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten werden diejenigen Eltern bezeichnet, deren Wert über dem angegebenen Grenzwert liegt.

Auf Basis der angeführten Grenzwerte konnte Miller (ebenda) den Prozentsatz der Mütter bestimmen, die in diesem Verfahren ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigten. Folgende Ergebnisse wurden für die Subskalen und den Gesamtwert ermittelt:

Überreagieren: 15 % (m=3,3, s=0,8)

Nachsichtigkeit: 17 % (m=2,5, s=0,8)

Weitschweifigkeit: 16 % (m=4,5, s=1,0)

Gesamtwert: 15 % (m=3,3, s=0,6)

Es gab in diesem Verfahren keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern.

Erziehungsfragebogen Kurzform (EFB-K)

Der *EFB-K* ist eine Kurzform des *Erziehungsfragebogens (EFB)*. Er enthält dreizehn Items. Bei dem *EFB-K* lassen sich neben der Gesamtskala die Subskalen (1) Überreagieren und (2) Nachsichtigkeit errechnen. Die Reliabilität (interne Konsistenz) der einzelnen Skalen beträgt jeweils $\alpha = .75$ und für die Gesamtskala $\alpha = .76$. Je höher der errechnete Mittelwert, desto ungünstiger ist das Erziehungsverhalten. Als cut-off-Wert für Eltern mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten gilt im *EFB-K*:

Subskala Überreagieren: Werte ab 4,34

Subskala Nachsichtigkeit: Werte ab 3,43

Gesamtskala: Werte ab 3,59

In einer Vergleichsstichprobe¹² wurden für den *EFB-K* folgende Durchschnittswerte ermittelt:

- Überreagieren: Mittelwert 3,4 (Standardabweichung 1,0)
- Nachsichtigkeit: Mittelwert 2,5 (Standardabweichung 0,9)
- Gesamtwert: Mittelwert 2,9 (Standardabweichung 0,7)

Es zeigten sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Kindes, weiterhin unterschieden sich Mütter nicht von Vätern.

Child-behavior-Checklist (1,5-5 Jahre) von der Arbeitsgruppe Deutsche Child-behavior Checklist

Der Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder *Child-behavior-Checklist (CBCL 1,5-5)* ist von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist entwickelt worden und seit dem Jahr 2000 in Anwendung.

Der Fragebogen erfasst mit 99 Problem-Items die Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen von Kindern im Vorschulalter im Urteil von deren Eltern. Von diesen 99 Items stellen 50 Entsprechungen der CBCL für ältere Kinder dar. Die Beurteilung erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von 0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) bis 2 = genau oder häufig zutreffend. Die Bearbeitungsdauer beträgt 10-15 Minuten. Die Eltern schätzen das Verhalten ihres Kindes in den vergangenen zwei Monaten ein.

Das Verfahren ist aus zwei Teilen zusammengesetzt. Im ersten Teil werden Kompetenzen von Kindern (wie z.B. Anzahl der Freizeitaktivitäten, Anzahl von Freunden) erhoben und im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, Schlafprobleme und somatische Beschwerden erfasst. Die Kompetenzen werden zu Skalen zusammengefasst, deren Reliabilität aufgrund der geringen Itemzahl für die Individualdiagnostik jedoch nicht ausreichend ist. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Bereich Kompetenzen deshalb nicht ausgewertet. Die Skalenbildung für die Verhaltensauffälligkeiten basiert auf faktorenanalytischen Untersuchungen an einer Stichprobe von 1.728 Kindern. Aus den 120 Items werden sieben Problemskalen gebildet. Sie lauten: (1) Emotionale Reaktivität, (2) Ängstlich/Depressiv, (3) Körperliche Beschwerden, (4) Sozialer Rückzug, (5) Schlafprobleme, (6) Aufmerksamkeitsprobleme und (7) Aggressives Verhalten. Weiterhin können drei übergeordnete Skalen gebildet werden, die Externalisierende Auffälligkeiten, Internalisierende Auffälligkeiten und die Gesamtauffälligkeit abbilden.

Die Skalen (1) Emotionale Reaktivität, (2) Ängstlich/Depressiv, (3) Körperliche Beschwerden und (4) Sozialer Rückzug werden zu der übergeordneten Skala Internalisierende Auffälligkeiten zusammengefasst. Die Skalen (6) Aufmerksamkeitsprobleme und (7) Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala Externalisierende Auffälligkeiten. Weiterhin wird ein Gesamtwert des Problemverhaltens errechnet, in den dann auch zusätzlich die Skala (5) Schlafprobleme sowie weitere nicht den Skalen zugeordnete Items einfließen.

¹² Braunschweiger Kindergartenstudie, n=570 Mütter von Kindern im Alter von 3-6 Jahren

Für die übergeordneten Skalen der internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten sowie für den Gesamtwert des Problemverhaltens wurde der cut-off für klinische Auffälligkeit bei einem T-Wert von 63 definiert (Übergangsbereich T-Werte von 60-63).

Untersuchungen mit der deutschsprachigen Fassung zur faktorenanalytischen Überprüfung der Itemzuordnung zu den Skalen und ihren internen Konsistenzen werden derzeit unternommen. Kulturvergleichende Analysen der bisher vorliegenden verwandten Instrumente zeigten keine bedeutsamen Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland. Die amerikanische Normierung kann daher als Orientierung auch für den deutschen Sprachraum dienen. Die amerikanische Normierung stützt sich auf eine nicht behandelte Stichprobe von 700 Kindern.

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Deutsche Fassung der Child Behavior Checklist 4-18 Jahre)

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (*CBCL/4-18 Jahre*) wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a) entwickelt und ist eine deutsche Fassung der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991).

Der Fragebogen erfasst das Urteil von Eltern über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten von Kindern ab vier Jahren. Die Eltern schätzen das Verhalten ihrer Kinder in den vergangenen sechs Monaten ein. Die Beurteilung erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von 0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) bis 2 = genau oder häufig zutreffend. Zur Beantwortung der Fragen werden etwa 15-20 Minuten benötigt. Die Formulierung der Items ist einfach gehalten, so dass die CBCL auch von Eltern mit geringem Bildungsniveau bearbeitet werden kann.

Im ersten Teil des Fragebogens werden Kompetenzen wie sportliche und andere Aktivitäten erfragt, die das Kind am liebsten ausübt. Da der erste Teil für die vorliegende Untersuchung nicht ausgewertet wurde, wird er hier nicht näher ausgeführt.

Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus 120 Problem-Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. 118 Items beziehen sich auf spezifische Auffälligkeiten. In zwei weiteren Items können Eltern andere körperliche Beschwerden oder Probleme, die bisher nicht erwähnt wurden, ausführen. Die Items 2 (Heuschnupfen oder Allergien) und 4 (Asthma) werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, weil beide Items in den amerikanischen Analysen nicht zwischen klinischen Stichproben und Feldstichproben diskriminierten. Somit fließen 118 Items in den Gesamtauffälligkeitswert ein.

Aus den Problem-Items werden acht Syndromskalen gebildet. Sie lauten: (1) Sozialer Rückzug, (2) Körperliche Beschwerden, (3) Angst / Depressivität, (4) Delinquentes Verhalten, (5) Aggressives Verhalten, (6) Soziale Probleme, (7) Schizoid/zwanghaft“ und (8) Aufmerksamkeitsstörungen.

Mithilfe von Faktorenanalysen wurden die acht Syndromskalen zu drei Gruppen zusammengefasst: den internalisierenden Störungen, den externalisierenden Störungen und den gemischten Störungen, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet werden können.

Zu den internalisierenden Störungen gehören die drei Skalen (1) Sozialer Rückzug, (2) Körperliche Beschwerden“ und (3) Angst/Depressivität“. Zu den externalisierenden Störungen zählen die Skalen (4) Delinquentes Verhalten und (5) Aggressives Verhalten. Zur Gruppe der gemischten Störungen zählen die Skalen (6) soziale Probleme, (7) Schizoid /zwanghaft und (8) Aufmerksamkeitsprobleme.

Die Items, die internalisierende bzw. externalisierende Störungen beschreiben, werden zu gleichnamigen Skalen zweiter Ordnung zusammengefasst. 33 Items sind keiner Skala zugeordnet und fließen zusammen mit den anderen Items in den 118 Items umfassenden Gesamtwert ein.

Bei den Syndromskalen werden Ausprägungen mit einem t-Wert >70 als klinisch auffällig eingeschätzt, was den auffälligsten 2 % der Repräsentativstichprobe entspricht. Da bei kontinuierlich verteilten Merkmalen Grenzwerte immer fragwürdig sind, wurde ein Grenzbereich zwischen den T-Werten von 67 und 70 definiert, um den Übergangsbereich von unauffälligen zu auffälligen Werten zu markieren.

Für die übergeordneten Skalen der internalisierenden Störungen, der externalisierenden Störungen und für den Gesamtwert des Problemverhaltens wurde der cut-off für klinische Auffälligkeit bei einem T-Wert von 63 definiert (Übergangsbereich: T-Werte von 60-63).

Die Reliabilität und Validität der deutschen Version der CBCL wurde umfangreich geprüft (vgl. Achenbach & Edelbrock, 1983). Untersucht wurden die Retest-Reliabilität (n=103) und die Innere Konsistenz (n=985) an jeweils unausgelesenen Schülerstichproben im Alter von 6-17 Jahren. Befriedigende Gütekriterien (Reliabilität und diskriminante Validität) wiesen der Gesamtscore und die übergeordneten Skalen „Externalisierung“ und „Internalisierung“ auf. Die Retest-Reliabilität (nach 5 Wochen) für den Gesamtauffälligkeitswert beträgt $r_{tt} = .81$.

Normierung: Laut Döpfner et al. (1994) ist eine Übernahme der amerikanischen Normierung zulässig, da die Analysen im deutschsprachigen Raum auf relativ geringfügige Abweichungen von den amerikanischen Werten hinweisen. Die Syndromskalen erwiesen sich in deutschsprachigen Analysen als hinreichend konsistent. Für die Syndromskalen wurden geschlechtsspezifische Normen für Kinder im Alter zwischen vier und elf Jahren sowie für Jugendliche im Alter zwischen zwölf und achtzehn Jahren bestimmt.

Kiddy-Kindl^R von Ravens-Sieberer & Bullinger

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder wurde der *Kiddy-Kindl^R* von Ravens-Sieberer & Bullinger (2000) eingesetzt. Für diesen Fragebogen liegen sowohl Selbstbeurteilungs- als auch Fremdbeurteilungsversionen für unterschiedliche Altersgrup-

pen vor. In dieser Untersuchung wurde die Selbstbeurteilungsversion Kiddy-Kindl^R für Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren (in Interviewform) angewandt.

Der Kiddy-Kindl^R besteht aus 24 Likert-skalierten Items, die auf fünf Stufen zu beantworten sind (von „nie“ bis „immer“). Diese Items werden sechs Dimensionen zugeordnet:

(1) körperliches Wohlbefinden, (2) psychisches Wohlbefinden, (3) Selbstwert, (4) Familie, (5) Freunde und (6) Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule bzw. Vorschule/Kindergarten).

Die Subskalen der sechs Dimensionen können zur besseren Vergleichbarkeit einzeln auf einer auf 100 transformierten Skala betrachtet werden. Zudem besteht die Möglichkeit, alle sechs Skalen auf einer auf 100 transformierten Total-Score-Skala zusammenzufassen, so dass die verschiedenen Versionen dieses Verfahrens direkt miteinander verglichen werden können.

Wegen der besonderen Schwierigkeit bei der Befragung jüngerer Kinder weicht die Struktur der Selbstbeurteilungsversion des Kiddy-Interviews von den anderen Fragebögen ab. Das Interview beinhaltet zwölf Items, je zwei pro Dimension. Das Antwortschema ist dreifach gestuft (von „nie“ bis „ganz oft“). Aufgrund dieser Besonderheit werden für die Dimensionen keine Subskalen sondern ausschließlich der Total-Score berechnet.

Die Items und Skalen jeder Version des Kiddy-Kindl^R werden so dargestellt, dass ein höherer Wert einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität entspricht.

Das Kiddy-Kindl-Interview dauert im Durchschnitt etwa 10 – 15 Minuten.

Für alle Versionen des Fragebogens werden zufrieden stellende psychometrische Ergebnisse berichtet (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). Die **Reliabilität** (interne Konsistenz) wird mit Cronbachs $\alpha \geq .70$ und die konvergente Validität sowie die diskriminante Validität werden als befriedigend bzw. zufrieden stellend von den Autorinnen angegeben.

Fragebogen zum medizinischen Rehabilitationserfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte (Hoyer, 2002)

Der *Fragebogen zum medizinischen Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Stationsärzte* wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung unter Rücksprache mit dem ärztlichen Personal der Fachklinik Satteldüne entwickelt und besteht aus einer Kriteriumsfrage sowie verschiedenen Angaben zur Diagnosestellung. Der betreuende Arzt/Ärztin wird gebeten, auf einer fünfstufigen Skala (mit den verbalen Ankern „sehr gering“ und „sehr hoch“) den medizinischen Rehabilitationserfolg des jeweiligen Kindes zum Ende der Reha-Maßnahme zu beurteilen. Die Kriteriumsfrage lautet: „Wie hoch schätzen Sie den medizinischen Rehabilitationserfolg für die/den oben genannte/n Patientin/en allgemein ein?“ Weiterhin wird erfasst, welche Diagnose zur Bewilligung der Reha-Maßnahme und am Ende der Reha-Maßnahme gestellt wurde. Die Bearbeitungsdauer dieses Fragebogens beträgt etwa 5 Minuten.

Fragebogen zur Effektivität der Reha-Maßnahme des Kindes aus der Sicht des Pflegepersonals (Hoyer, 2002)

Dieser selbst entwickelte Fragebogen wurde zur Beurteilung der *Effektivität der Reha-Maßnahme des Kindes aus der Sicht des Pflegepersonals* im Rahmen der Untersuchung entworfen. Auf einer fünfstufigen Skala (von „sehr gering“ bis „sehr hoch“) wird das Pflegepersonal gebeten, den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme für das jeweilige Kind zu beurteilen. Die Kriteriumsfrage lautet: „Wie hoch schätzen Sie den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme für das oben genannte Kind allgemein ein?“ Die Bearbeitungsdauer dieses Fragebogens beträgt etwa 2 Minuten.

3.4.3. Versuchsdesign

Die Begleitpersonenstudie besteht aus mehreren Bereichen mit unterschiedlichem Forschungsdesign, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Im Rahmen einer **populationsbeschreibenden Untersuchung** wurden mithilfe von standardisierten und teilstandardisierten Fragebögen (Beschreibung siehe Kapitel 3.4.2) im Rahmen einer einmaligen Messung zu Beginn der Reha-Maßnahme (t₁) diverse populationsbeschreibende Merkmale von Begleitpersonen und deren Kindern erhoben. Hierzu zählen z.B. soziodemografische und psychosoziale Daten und die Erwartungen von Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme. Ziel dieser Untersuchung ist eine verbesserte Bedarfsplanung für psychologische und andere klinikspezifische Interventionen für Begleitpersonen und deren Kinder.

Weiterhin erfolgte eine **Evaluation** der absolvierten Reha-Maßnahme durch die Begleitperson zum Ende der Reha-Maßnahme (t₂), die ebenfalls mithilfe von standardisierten und teilstandardisierten Fragebögen durchgeführt wurde und deren Ergebnisse langfristig in allen Bereichen der Fachklinik zu einer besseren Planung des Angebotes für Begleitpersonen beitragen sollen.

Um Veränderungen der abhängigen Variablen zu ermitteln (psychische Belastung und Erziehungsverhalten der Begleitperson, Ausmaß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des begleiteten Kindes, Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes) wurde ein **„Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design“**¹³ angewandt. Nach einer Pretest-Messung (t₁) mit standardisierten Fragebögen zu Beginn der Reha-Maßnahme erfolgte das Treatment (3-wöchige Reha-Maßnahme) und danach eine erneute Messung, die Posttest-Messung (t₂). Ein Vergleich der beiden Messungen gibt Hinweise auf mögliche, zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen. Die Untersuchung ist als prospektiv zu bezeichnen, da die Befragung nicht rückwirkend, sondern im Prozess folgend durchgeführt wurde.

¹³ „Bei einem Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan wird eine repräsentative Stichprobe der interessierenden Zielpopulation einmal vor und einmal nach dem Treatment untersucht.“ (Bortz, 2002).

Insgesamt betrachtet ist die Begleitpersonenstudie dem Gebiet der **nichtexperimentellen Felduntersuchung** zuzuordnen. Zur Felduntersuchung zählt die Befragung, da sie innerhalb des Klinikalltags und somit in einer vom Untersucher unbeeinflussten, natürlichen Umgebung stattfindet. Als nichtexperimentell wird die Untersuchung bezeichnet, da die natürlichen Gruppen (z.B. Begleitpersonen, begleitete Kinder, Stationsärzte und Pflegepersonal) nicht randomisiert zusammengestellt werden können, wie es für eine experimentelle Untersuchung ausschlaggebend ist (vgl. Bortz & Döring, 2002). Es wurde allen Begleitpersonen und deren Kindern, die im Untersuchungszeitraum anwesend waren, eine Teilnahme an der Begleitpersonenstudie ermöglicht, um im Rahmen einer populationsbeschreibenden Untersuchung eine möglichst große Datenbasis für Aussagen z.B. zu soziodemografischen und psychosozialen Merkmalen zu erhalten. Darüber hinaus wäre die Stichprobengröße bei der Gruppe der Stationsärzte und des Pflegepersonals zu klein gewesen, um eine zufällige Auswahl der Untersuchungsteilnehmer vorzunehmen. Auf die Untersuchung einer Kontrollgruppe wurde unter anderem aus ethischen Gründen verzichtet, da dies bedeutet hätte, dass einer Gruppe von Begleitpersonen und deren Kindern sämtliche Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten worden wäre. Mithilfe eines Wartegruppensdesigns mit der Befragung einer Kontrollgruppe vor Aufnahme der Reha-Maßnahme hätte dies Problem umgangen werden können. Es wäre aber aufgrund von diversen Störvariablen (z.B. leben die Probanden zum Untersuchungszeitraum nicht an ihrem Heimatort, sondern innerhalb des Kliniksystems und den besonderen klimatischen Bedingungen einer Nordseeinsel; die Kinder werden nur von einem Elternteil begleitet und sind innerhalb der Klinik mit anderen als den gewohnten Erziehungsmethoden konfrontiert) keine ausreichende Vergleichbarkeit der Daten möglich gewesen. Hinzu kamen organisatorische Einschränkungen, da die Befragung nur durch meine Person durchgeführt wurde und es zeitlich nicht möglich gewesen wäre, sowohl die Begleitpersonen auf der Insel Amrum als auch die über ganz Deutschland verteilt lebenden auf die Reha-Maßnahme wartenden Begleitpersonen zu befragen (für telefonische Interviews war das Untersuchungsmaterial zu umfangreich).

Da auf eine Randomisierung und eine Kontrollgruppe verzichtet werden musste, ist die **interne Validität**¹⁴ der Begleitpersonenstudie geringer als bei einem experimentellen Design. Bei Untersuchungen von diesem Typus muss damit gerechnet werden, dass die Veränderung auftritt, weil zwischenzeitliche Einflüsse unabhängig vom Treatment wirksam werden (vgl. Bortz & Döring, 2002). Es ist weiterhin möglich, dass sich die Untersuchungsteilnehmer unabhängig vom Treatment weiter entwickeln bzw. allein die Pretest-Messung das Verhalten verändern kann, da die Teilnehmer auf bestimmte Probleme aufmerksam gemacht werden. Hinzu kommt, dass das gemessene Verhalten ohnehin einer starken Variabilität unterliegen kann und sich Messungen aus formal-statistischen Gründen verändern können (sog. Regressionseffekt, bei dem vorzugsweise Extremwerte bei wiederholten Messungen

¹⁴ „Interne Validität liegt vor, wenn Veränderungen in den abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluß der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt“ (Bortz & Döring, 2002).

zur Mitte tendieren). Durch die genannten Punkte wird die eindeutige Interpretierbarkeit der Untersuchungsergebnisse eingeschränkt.

Die Begleitpersonenstudie weist als Feldstudie jedoch eine hohe **externe bzw. ökologische Validität** auf. Als ökologische Validität wird die allgemeine Gültigkeit bzw. die Möglichkeit die Untersuchungsergebnisse auf andere vergleichbare Personen, Situationen und Orte zu generalisieren bezeichnet. Da komplexe Wechselwirkungen zwischen dem menschlichen Organismus und einer sich ständig wandelnden und historisch einmaligen Umwelt in Labor-situationen nicht simuliert werden können, wird Laboruntersuchungen vielfach ökologische Validität abgesprochen. Für die Begleitpersonenstudie gilt hingegen, dass spezifische Untersuchungscharakteristika wie die Untersuchungsteilnehmer, die Untersuchungsanlage, der Untersuchungszeitpunkt sowie die Operationalisierung von Treatment und Wirkung eine hohe Ähnlichkeit zu Populationen und Situationen aufweisen, für die die Untersuchung gültig sein soll (vgl. Campbell, 1986). Hierzu zählen z.B. andere Reha-Einrichtungen, die Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter für eine zeitlich begrenzte Reha-Maßnahme aufnehmen.

3.4.4. Operationalisierung der Variablen

Im Folgenden werden für jede Fragestellung bzw. Hypothese die unabhängigen und abhängigen Variablen sowie die zur Verwendung kommenden Fragebogen-Instrumente und statistischen Verfahren beschrieben.¹⁵

Zur Fragestellung 1a)

Die Fragestellung 1a) hat zum Ziel, in Form einer populationsbeschreibenden Untersuchung soziodemografische Daten über Begleitpersonen und deren Kinder in der stationären Kinderrehabilitation zu erheben. Da solche Daten von den Reha-Einrichtungen oder Kostenträgern bislang nicht systematisch erfasst wurden, ist keine Aussage über die Ausprägung von soziodemografischen Merkmalen (wie z.B. Alter, Familienstand, Einkommen) bei Begleitpersonen möglich. Aus diesem Grund wurde auf die Formulierung einer gerichteten Hypothese bezüglich der soziodemografischen Merkmale verzichtet. Die Fragestellung 1a) wird deskriptiv ausgewertet.

Zur Erhebung dieser Populationsparameter wurde der *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* selbst entwickelt. Bei der Auswertung werden zu jeder Fragestellung dieses Fragebogens die Häufigkeiten der verschiedenen vorgegebenen Kategorien ermittelt und – soweit möglich – ein Durchschnittswert gebildet.

Die auf diese Weise gewonnenen Daten werden anschließend mit Daten aus dem Mikrozensus und dem statistischen Jahrbuch aus dem Jahr 2002 – dem Zeitpunkt der Untersuchung – verglichen. Auf diese Weise kann als Trend erkennbar gemacht werden, ob die Stichprobe der Begleitpersonen in Bezug auf die soziodemografischen Daten den durchschnittlichen

¹⁵ Im Anhang G findet sich zudem ein tabellarischer Überblick über die verschiedenen Variablen und Messinstrumente der einzelnen Hypothesen der Begleitpersonenstudie.

Werten in der Bundesrepublik Deutschland gleich oder ob es spezifische Unterschiede gibt. Dieser Vergleich findet jedoch nur auf der deskriptiven Ebene statt, da für eine statistische Untersuchung die Vergleichbarkeit der Daten nicht gewährleistet ist (insbesondere hätte der Fragebogen in gleichem Wortlaut einer Kontrollgruppe vorgelegt werden müssen, was aufgrund der am Anfang dieses Kapitels geschilderten Untersuchungsbedingungen nicht möglich war).

Das Ergebnis der Fragestellung 1a) soll als Grundlage für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet Verwendung finden, in denen die vorgefundenen Trends mit gerichteten Hypothesen überprüft werden können. Darüber hinaus soll das Untersuchungsergebnis den Reha-Einrichtungen und Kostenträgern erste Hinweise darauf geben, welche psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme für Begleitpersonen und deren Kinder sinnvoll sein könnten und in welcher Form die Fortbildungsangebote (wie z.B. Asthmaschulung) gestaltet werden sollten. Beispielsweise ist hier in Abhängigkeit von dem Bildungsniveau der Begleitpersonen eine sehr unterschiedliche Ausgestaltung der Fortbildungsangebote denkbar.

Zur Hypothese 1b)

Die zwei Stufen der **unabhängigen Variable** dieser gerichteten Unterschiedshypothese sind „Begleitpersonen“ (UV1) bzw. „keine Begleitpersonen / Normstichprobe des *BSI*“ (UV2).

Die psychische Belastung der Begleitpersonen zu t1 stellt die **abhängige Variable (AV)** dieser Hypothese dar. Sie wird mit dem „*Brief Symptom Inventory (BSI)*“ von Derogatis erhoben.

Im Sinne der populationsbeschreibenden Untersuchung wird zunächst auf der deskriptiven Ebene dargestellt, wie ausgeprägt die psychische Belastung der Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme auf den verschiedenen Skalen des *BSI* ist. Weiterhin werden die Mittelwerte der verschiedenen globalen Kennwerte dieses Verfahrens aufgeführt, die bei der Stichprobe der Begleitpersonen ermittelt wurden.

In die statistische Überprüfung dieser Hypothese fließt der Mittelwert der verschiedenen Skalen des *BSI* sowie der globale Kennwert *Global Severity Index* ein, der ein Maß für die grundsätzliche psychische Belastung darstellt. Es wird untersucht, ob sich Begleitpersonen von einer Normstichprobe in ihrem Ausmaß der psychischen Belastung signifikant unterscheiden, wobei angenommen wird, dass die Stichprobe der Begleitpersonen eine höhere psychische Belastung aufweist als die Normstichprobe. Mit einem multiplen Vergleichstest werden die Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz geprüft.

Zu den Hypothesen 1c) und 1d)

Die zwei Stufen der **unabhängigen Variable** dieser beiden Hypothesen lauten: UV1= „Begleitpersonen“ und UV2= „keine Begleitpersonen / Normstichprobe *EFB-K* und *FZEV*“.

Die **abhängige Variable (AV)** ist in Hypothese 1c) das negative- und in Hypothese 1d) das positive Erziehungsverhalten der Begleitpersonen. Dieses wird mit den Fragebögen *EFB-K*

und *FZEV* der PAG Braunschweig ermittelt. Im Rahmen der populationsbeschreibenden Untersuchung wird auf der deskriptiven Ebene dargestellt, wie sich das Erziehungsverhalten auf den verschiedenen Skalen und den Gesamtwerten dieser Verfahren darstellt.

Die Hypothesen wurden ungerichtet formuliert, da über das Erziehungsverhalten von Begleitpersonen bislang noch keine vergleichbare Studien vorliegen, aus deren Ergebnis eine Richtung abgeleitet werden könnte.

Mit einem t-Test für unabhängige Stichproben wird der Mittelwertsunterschied zwischen der Stichprobe der Begleitpersonen und der Normstichprobe der jeweiligen Testverfahren (*EFB-K* und *FZEV*) auf Signifikanz geprüft.

Zu Hypothese 1e)

Die zwei Stufen der **unabhängigen Variable** dieser gerichtet formulierten Unterschiedshypothese sind chronisch erkrankte Kinder im Vorschulalter, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Begleitperson absolvieren (UV1) sowie die Vergleichsgruppe Kinder ohne Begleitperson / Normstichprobe der *Child behavior checklist (CBCL)* (UV2). Die **abhängige Variable** (AV) dieser Hypothese ist das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Vorschulalter, das durch den Elternfragebogen der *CBCL* ermittelt wird.

Es wird angenommen, dass das Verhalten von chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter, die eine stationäre Reha-Maßnahme mit Begleitperson absolvieren, auffälliger ist, als das einer altersgemäßen Vergleichsgruppe (Normstichprobe). Diese Annahme stützt sich auf empirische Studien, die bei chronisch erkrankten Kindern im Rahmen der stationären Rehabilitation ein höheres Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten vorfanden, als bei nichtklinischen Normstichproben (vgl. Petermann & Warschburger, 2001).

Auf der deskriptiven Ebene wird das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten auf den verschiedenen Skalen und globalen Kennwerten dieses Verfahrens dargestellt. Mit einem t-Test für unabhängige Stichproben wird der Mittelwertsunterschied auf Signifikanz geprüft.

Zur Fragestellung 2a)

Diese Fragestellung wird deskriptiv ausgewertet. Die Begleitpersonen beantworten das *Item Nr. 14* aus dem *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen*: „Hätten Sie Ihr Kind auch alleine eine Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne absolvieren lassen, falls keine Begleitperson bewilligt worden wäre?“ Als Antwortkategorie ist ein ja/nein-Schema vorgegeben. Das Ergebnis wird in Prozentwerten dargestellt.

Zur Fragestellung 2b)

Diese Fragestellung wird deskriptiv ausgewertet. Die Begleitpersonen, die das *Item Nr. 14* des *Anreise-Fragebogens für Begleitpersonen* – ob sie ihr Kind auch alleine zur Reha-Maßnahme hätten fahren lassen, falls keine Begleitperson bewilligt worden wäre – mit „Nein“ beantwortet haben, werden gebeten, mithilfe von vorgegebenen Kategorien anzukreuzen, aus welchen Gründen sie ihr Kind zur Reha-Maßnahme begleiten bzw. warum sie es nicht haben allein reisen lassen. Die Häufigkeiten für jede Antwortkategorie werden ausgewertet und als Ergebnis prozentual dargestellt.

Zur Fragestellung 2c)

Diese Fragestellung wird deskriptiv ausgewertet. Die Erwartungen von Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme zu t1 werden im *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* in Form von Kategorien vorgegeben (Erwartungen für das Kind: *Item 10*; Erwartungen der Begleitperson für sich selbst: *Item 12*), wobei Mehrfachnennungen möglich sind. Die Häufigkeiten für jede Antwortkategorie werden ausgezählt und als Ergebnis prozentual dargestellt.

Zur Fragestellung 2d) + 2e)

Diese Fragestellungen, die deskriptiv ausgewertet werden, zielen darauf ab herauszufinden, wie stark zu Beginn der Reha-Maßnahme das Interesse der Begleitpersonen an den verschiedenen Angeboten, Leistungen und Möglichkeiten innerhalb der Fachklinik für Begleitpersonen ausgeprägt ist (Fragestellung 2d) und welche Angebote die Begleitpersonen für ihre Kinder favorisieren würden (Fragestellung 2e). Die Untersuchung erfolgt mit dem „*Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen*“ mit den *Items 18* und *19*. Es werden alle Angebote der Fachklinik in Form von Kategorien dargestellt. Die Begleitpersonen geben auf einer fünfstufigen Skala an, wie stark ihr Interesse an diesen Angeboten ist. Anschließend werden die Häufigkeiten für jede Kategorie ausgezählt und bei der deskriptiven Darstellung in Form von Prozenten angegeben. Als Schwerpunkt wird das Interesse der Begleitpersonen an den Angeboten und Möglichkeiten des Psychologischen Bereichs hervorgehoben.

Zur Fragestellung 3a)

Diese Fragestellung dient der Evaluation des Reha-Angebotes für Begleitpersonen. Die Begleitpersonen werden zu t2 mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* dahingehend befragt, welche Angebote der Fachklinik Satteldüne sie selbst während der Reha-Maßnahme ihres Kindes in Anspruch genommen haben (*Item 03*) und wie sie diese Angebote bewerten (*Item 02*). Als Schwerpunkt wird die Inanspruchnahme und Bewertung der Angebote des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen hervorgehoben. Die Auswertung erfolgt deskriptiv (Häufigkeiten, Angaben in Prozent).

Zur Fragestellung 3b)

Diese Fragestellung dient der Evaluation der Reha-Maßnahme für Begleitpersonen und deren Kinder. Aus dem Ergebnis soll abgeleitet werden, ob bei den Schulungsmaßnahmen Verbesserungsbedarf besteht. Es wird deskriptiv dargestellt, wie häufig die Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme bestimmte Kategorien aus dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* angekreuzt haben, die sich auf die Effektivität der Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen beziehen (*Item 05*). Zu den Schulungsmaßnahmen zählen die Asthma- bzw. Neurodermitisschulung oder die Schulung für Bezugspersonen von Kindern mit Adipositas. Die Begleitpersonen schätzen die Effektivität der von ihnen absolvierten Schulungen in folgenden Bereichen ein: Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung, Kennen lernen neuer Therapiemethoden, Umgang mit der Erkrankung im Alltag, Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen. Weiterhin wird erfragt, ob die Teilnehmer regelmäßig oder

unregelmäßig an den Schulungen teilgenommen haben. Bei unregelmäßiger Teilnahme wird nach den Gründen dafür gefragt, wobei Kategorien vorgegeben werden (*Item 04*).

Weiterhin schätzen die Begleitpersonen die Effektivität der Schulungsmaßnahmen für ihre Kinder ein (*Item 11*) und geben auch hier an, ob das Kind regelmäßig oder unregelmäßig teilgenommen hat (*Item 10*).

Zu den Hypothesen 4a) und 4b)

Bei den Hypothesen 4a) und 4b) handelt es sich um gerichtete Zusammenhangshypothesen. Es wird untersucht, ob zwischen der Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme und deren Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes ein positiver Zusammenhang besteht. Bei Hypothese 4a) wird die „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“ und bei Hypothese 4b) die „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ mit deren Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes korreliert.

Die **unabhängige Variable der Hypothese 4a** („Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“) wird mit der *Skala 4 des Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* ermittelt.

Die **unabhängige Variable der Hypothese 4b** („Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“) wird mit der *Skala 3 des Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* ermittelt.

Die **abhängige Variable** „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson zu t²“ (Hypothesen 4a + 4b) wird mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* ermittelt (*Item Nr. 13.1*: „Beurteilung des Reha-Erfolgs für Ihr Kind“).

Für die statistische Auswertung wird angenommen, dass zwischen unabhängiger und abhängiger Variable eine signifikante positive Korrelation besteht. Für beide Hypothesen wird mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) ein Korrelationskoeffizient errechnet.

Zu den Hypothesen 5a-d)

Bei den Hypothesen 5a-d handelt es sich um gerichtete Zusammenhangshypothesen.

Die **unabhängige Variable** der Hypothesen 5a und 5c ist das „Ausmaß der Erfüllung der eigenen Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme“ (in der Ergebnisdarstellung als „UV 1“ bezeichnet). Dies wird mit *Item Nr. 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* erhoben. Das Antwortschema besteht aus einer 5-stufigen Intervallskala (von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“).

Die **unabhängige Variable** der Hypothesen 5b und 5d ist das „Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind“ (in der Ergebnisdarstellung als „UV 2“ bezeichnet). Dieses wird mit dem *Item Nr. 07.2* („Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* ermittelt. Das Antwortschema besteht aus einer 5-stufigen Intervallskala (von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“).

Die **abhängige Variable** der Hypothesen 5a und 5d ist das „Ausmaß der Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“ (in der Ergebnisdarstellung als „**AV 1a-c**“ bezeichnet). Dies wird ebenfalls mithilfe des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* erhoben. Um verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot abzudecken, wird die AV auf drei verschiedenen Wegen ermittelt:

- **AV 1a)** Mit dem *Item Nr. 01.1* („Ich bin mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen*.
- **AV 1b)** Mit dem Gesamtwert der *Skala 4* „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot (ohne das *Item 01.3*: „Erwartungen““, der aus den *Items Nr. 01.1-01.2 und 01.4-01.7* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* errechnet wird.
- **AV 1c)** Mit dem Gesamtwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“, die aus den *Items Nr. 02.1-02.12* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* besteht.

Die **abhängige Variable** der Hypothesen 5b) und 5c) ist die „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ (in der Ergebnisdarstellung als „**AV 2a-c**“ bezeichnet). Diese wird zu t2 mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* erhoben. Um verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes abzudecken, wird die AV auf drei verschiedenen Wegen ermittelt.

- **AV 2a)** Mit dem *Item 07.1* („Ich bin mit der Reha-Maßnahme meines Kindes zufrieden“).
- **AV 2b)** Mit dem Gesamtwert der *Skala 3* „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes (ohne das *Item* „Erwartungen“), die sich aus den *Items 07.1 sowie 07.3-07.6* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* zusammensetzt.
- **AV 2c)** Mit dem Gesamtwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für das Kind“, die sich aus den *Items 08.1-08.9* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* zusammensetzt.

Es wird angenommen, dass zwischen der unabhängigen Variable und der abhängigen Variable der jeweiligen Hypothese 5a-d eine signifikante positive Korrelation besteht ($H_1: \rho > 0$; $H_0: \rho \leq 0$).

- Bei Hypothese 5a wird eine positive Korrelation zwischen UV 1 und AV 1 (a-c) angenommen
- Bei Hypothese 5b wird eine positive Korrelation zwischen UV 2 und AV 2 (a-c) angenommen.
- Bei Hypothese 5c wird eine positive Korrelation zwischen UV 1 und AV 2 (a-c) angenommen.
- Bei Hypothese 5d wird eine positive Korrelation zwischen UV 2 und AV 1 (a-c) angenommen.

Mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) wird ein Korrelationskoeffizient bestimmt.

Zu den Hypothesen 6a) und 6b)

Bei den Hypothesen 6a) und 6b) handelt es sich um gerichtete Unterschiedshypothesen ($H_1: \mu_1 > \mu_2$; $H_0: \mu_1 = \mu_2$).

Die **unabhängige Variable** der Hypothesen 6a und 6b ist die psychische Belastung der Begleitperson. Diese wird mit dem Gesamtwert der psychischen Belastung („*GSI*“) des „*Brief Symptom Inventory*“ von Derogatis zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) erhoben. Die zwei Stufen der unabhängigen Variable lauten: Psychisch hoch belastete Begleitpersonen (**UV1**) und psychisch niedrig belastete Begleitpersonen (**UV2**). Als Kriterium der Gruppeneinteilung wurde der Median benutzt.

Die **abhängige Variable** der Hypothese 6a) ist die „Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“. Diese wird mit dem Gesamtwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“, die aus den *Items Nr. 02.1-02.12* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* besteht, erhoben.

Die **abhängige Variable** der Hypothese 6b) ist die „Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“. Diese wird mit dem Gesamtwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“ erhoben, die sich aus den *Items 08.1-08.9* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* zusammensetzt.

Mit der Methode des Median-split werden die zwei Stufen der unabhängigen Variable „Psychische Belastung der Begleitperson zu t1“ gebildet. Anschließend werden zur Prüfung der statistischen Signifikanz Mittelwertsvergleiche durchgeführt (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Zu den Hypothesen 6c) und 6d)

Bei den Hypothesen 6c) und 6d) handelt es sich um gerichtete Unterschiedshypothesen ($H1: \mu_1 > \mu_2$; $H0: \mu_1 = \mu_2$).

Die **unabhängige Variable** ist die psychische Belastung der Begleitpersonen, welche mit dem Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI*) des *Brief Symptom Inventory* von Derogatis zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme ermittelt wird.

Die zwei Stufen der unabhängigen Variable lauten: Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme messbar verringert (**UV1**) und Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme messbar erhöht oder unverändert bleibt (**UV2**)

Die **abhängige Variable** ist in Hypothese 6c) die Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen. Diese wird mit dem Gesamtwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“, die aus den *Items Nr. 02.1-02.12* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* besteht, erhoben.

Die **abhängige Variable** der Hypothese 6d) ist die Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind. Diese wird mit dem Gesamtwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“, die sich aus den *Items 08.1-08.9* des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* zusammensetzt, erhoben.

Es wird für jede Begleitperson die Differenz des Gesamtwertes *GSI* von Messzeitpunkt t_1 zu t_2 errechnet. Anschließend werden die Begleitpersonen anhand dieses Wertes den beiden Stufen der unabhängigen Variable zugeordnet. Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich um den Wert von mindestens 0,10 messbar verringert hat, werden der UV1 zugeordnet. Begleitpersonen, deren psychische Belastung (Gesamtwert *GSI*) sich um den Wert von mindestens 0,10 messbar erhöht hat oder unverändert geblieben ist, werden der UV2 zugeordnet. Anschließend werden zur Prüfung der statistischen Signifikanz der Hypothesen Mittelwertsvergleiche durchgeführt (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Zur Hypothese 7a)

Bei Hypothese 7a) handelt es sich um eine gerichtete Zusammenhangshypothese.

Es wird untersucht, ob zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson zu t_1 und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen zu t_1 ein negativer korrelativer Zusammenhang besteht (je größer die psychische Belastung der Begleitperson, desto geringer ist deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen). In die Untersuchung dieser Fragestellung gehen die Daten von $n=128$ Begleitpersonen ein.

Die **unabhängige Variable** ist die psychische Belastung der Begleitperson, welche mit dem Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI*) des *Brief Symptom Inventory* von Derogatis zu Beginn der Reha-Maßnahme erhoben wird.

Die **abhängige Variable** ist der Mittelwert des „Interesses der Begleitperson an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen“, das mit *Item Nr.19* des *Anreise-Fragebogens für Begleitpersonen* zu Beginn der Reha-Maßnahme erhoben wird. Die Begleitpersonen schätzen ihr Interesse an den Schulungsmaßnahmen auf einer fünfstufigen Intervallskala ein (-2 = sehr geringes bis +2 = sehr starkes Interesse).

Es wird angenommen, dass zwischen unabhängiger und abhängiger Variable eine signifikante negative Korrelation besteht. Mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) wird ein Korrelationskoeffizient errechnet.

Zur Hypothese 7b)

Bei Hypothese 7b) handelt es sich um eine gerichtete Unterschiedshypothese ($H_1: \mu_1 > \mu_2$; $H_0: \mu_1 = \mu_2$).

Die **unabhängige Variable** dieser Hypothese ist die Teilnahme der Begleitpersonen an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme. Diese wird mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* zum Ende der Reha-Maßnahme erfragt (*Item Nr. 03*). Es werden zwei Stufen der unabhängigen Variable gebildet: **UV1** lautet: regelmäßige Teilnahme der Begleitperson an den Schulungsmaßnahmen; **UV2** lautet: keine bzw. unregelmäßige Teilnahme der Begleitperson an den Schulungsmaßnahmen.

Die **abhängige Variable** lautet: psychische Belastung der Begleitperson (gemessen mit dem *GSI* des *Brief Symptom Inventory* von Derogatis) zu Beginn der Reha-Maßnahme.

Zur Prüfung der statistischen Signifikanz wird ein Mittelwertsvergleich durchgeführt (t-Test für unabhängige Stichproben).

Zur Hypothese 8a)

Bei Hypothese 8a) handelt es sich um eine ungerichtete Zusammenhangshypothese.

Die **unabhängige Variable** ist die psychische Belastung der Begleitpersonen zu t1 (gemessen mit dem *GSI* des *Brief Symptom Inventory* von Derogatis).

Die **abhängige Variable** ist die Einschätzung des Reha-Erfolgs des begleiteten Kindes sowohl durch die Begleitperson selbst als auch durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal. Die Messung erfolgt mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Item Nr. 13)*, dem *Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte* sowie dem *Fragebogen zur Effektivität der Reha-Maßnahme aus Sicht des Pflegepersonals*.

Es wird angenommen, dass zwischen unabhängiger und abhängiger Variable ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) wird ein Korrelationskoeffizient errechnet.

Zur Hypothese 8b)

Bei Hypothese 8b) handelt es sich um eine gerichtete Unterschiedshypothese.

Die **unabhängige Variable** ist die psychische Belastung der Begleitpersonen, welche mit dem Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI*) des *Brief Symptom Inventory* zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme ermittelt wird. Die drei Stufen der unabhängigen Variable lauten: Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme messbar verringert (UV1), unverändert bleibt (UV2) bzw. messbar erhöht (UV3).

Die **abhängige Variable** ist die Einschätzung des Reha-Erfolgs des begleiteten Kindes sowohl durch die Begleitperson selbst als auch durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal. Die Messung erfolgt mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Item Nr. 13)*, dem *Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte* sowie dem *Fragebogen zur Effektivität der Reha-Maßnahme aus Sicht des Pflegepersonals*.

Es wird für jede Begleitperson die Differenz des Gesamtwertes *GSI* von Messzeitpunkt t1 zu t2 errechnet, um die Begleitperson einer der drei Stufen der unabhängigen Variablen zuzuordnen (zur genauen Erläuterung dieses Verfahrens siehe Hypothese 6c). Anschließend wird zur Prüfung der statistischen Signifikanz der Hypothese ein Mittelwertsvergleich durchgeführt (t-Test für unabhängige Stichproben).

Zu den Hypothesen 9a + 9b

Bei den Hypothesen 9a und 9b handelt es sich um gerichtete Unterschiedshypothesen.

Die **unabhängige Variable** dieser Unterschiedshypothesen ist die psychische Belastung der Begleitpersonen, die mit dem *GSI* des *Brief Symptom Inventory* von Derogatis ermittelt wird. Die UV besteht aus den zwei Stufen: Begleitpersonen mit hoher psychischer Belastung (UV₁) und Begleitpersonen mit geringer psychischer Belastung (UV₂). Bei Hypothese

9a gilt der Mittelwert der psychischen Belastung zu t1 und bei Hypothese 9b der Mittelwert der psychischen Belastung zu t2 als UV.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität des begleiteten Kindes stellt die **abhängige Variable** (AV) dieser Hypothese dar. Diese wird mit der Selbstbeurteilungsversion des „*Kiddy-Kindl*^R“ erfasst. In die Auswertung dieser Hypothese fließt der Total Score dieses Verfahrens ein, der sowohl zu Messzeitpunkt t1 (Hypothese 9a) als auch zu Messzeitpunkt t2 (Hypothese 9b) ermittelt wird.

Bei der Auswertung dieser Hypothese werden nur die Daten von Begleitpersonen berücksichtigt, die Kinder in der Altersgruppe ab vier Jahren haben, da das Interview *Kiddy-Kindl*^R erst ab diesem Alter Anwendung findet.

Für die statistische Auswertung wurden mithilfe der Methode des „median-split“ aus dem Mittelwert des „*GSI*“ die Begleitpersonen den zwei Stufen der unabhängigen Variable „psychisch hoch versus gering belastet“ zugeteilt. Diese Einteilung erfolgte sowohl bei den Ergebnissen von Messzeitpunkt t1 (Hypothese 9a) als auch von Messzeitpunkt t2 (Hypothese 9b). Zur Bestimmung der Mittelwertsunterschiede werden diese gerichtet formulierten Hypothesen anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft.

Zur Hypothese 10)

Bei Hypothese 10) handelt es sich um eine ungerichtete Zusammenhangshypothese.

Die **unabhängige Variable** der Hypothese 10) ist das positive (UV₁) sowie das negative (UV₂) Erziehungsverhalten der Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme. Das positive Erziehungsverhalten wird mit dem Fragebogen *Fragen zum Erziehungsverhalten (FZEV)* gemessen. Das negative Erziehungsverhalten wird mit dem *Erziehungsfragebogen (EFB-K)* gemessen.

Die **abhängige Variable** ist die Einschätzung des Reha-Erfolgs des begleiteten Kindes sowohl durch die Begleitperson selbst als auch durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal. Die Messung der abhängigen Variable erfolgt mit dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Item Nr. 13)*, dem *Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte* sowie dem *Fragebogen zur Effektivität der Reha-Maßnahme aus Sicht des Pflegepersonals*.

Es wird angenommen, dass zwischen unabhängiger und abhängiger Variable ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) wird ein Korrelationskoeffizient errechnet.

3.4.5. Ablauf der Untersuchung

Die Erhebung wurde im Zeitraum August-Dezember 2002 in der Fachklinik Satteldüne auf der Insel Amrum durchgeführt.

In der Vorbereitung wurden geeignete Instrumente für die Befragung der Begleitpersonen zusammengestellt, einige Fragebögen selbst entwickelt und im Rahmen einer Vorstudie erprobt, die im Zeitraum vom 8.-15. August 2002 durchgeführt wurde. Anschließend wur-

den die standardisierten und eigenen teilstandardisierten Instrumente noch einmal optimiert und zu einem Fragebogenpaket zusammengefasst.

Befragt wurden Begleitpersonen, die eine mindestens drei Wochen dauernde stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit ihrem Kind absolvierten. Die Teilnahme an der Untersuchung basierte auf Freiwilligkeit.

Die Datenerhebung umfasste 13 Untersuchungszyklen (Start der Untersuchung: 22. August 2002; in Anreiseweche 34). Jeder Untersuchungszyklus bestand aus drei Phasen:

1. Auswahl der Teilnehmer
2. Befragung zu Beginn der Rehabilitation (Messzeitpunkt t1, einen Tag nach der Anreise)
3. Befragung am Ende der Rehabilitation (Messzeitpunkt t2, einen Tag vor der Abreise bzw. nach drei Wochen)

Die **Auswahl der Teilnehmer** erfolgte mithilfe der wöchentlich ausgegebenen Anreiselisten, auf denen neben dem Namen und dem Geburtsdatum der der Kinder auch eine mögliche Begleitperson (z.B. Anwesenheit der Mutter / des Vaters) vermerkt sind. Auswahlkriterien waren das Alter des Kindes (Vorschulalter) und die Anwesenheit einer Begleitperson. Anschließend wurden die betreffenden Stationen der Klinik informiert, dass potenzielle Teilnehmer dieser Untersuchung anreisen. Da sich in einer Voruntersuchung gezeigt hatte, dass die Begleitpersonen ihre Kinder in der neuen und noch ungewohnten Umgebung ungern längere Zeit alleine auf dem Zimmer ließen und die Bereitschaft zur Teilnahme deshalb gering war, wurde auf die ursprünglich geplante Gruppensitzung zur Information der Teilnehmer über die Studie verzichtet. Stattdessen wurde die Untersuchung im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Begleitpersonen, die am Abend des Anreisetages von den Stationsmitarbeitern durchgeführt wurde, vorgestellt, und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Relevanz der Studie hingewiesen. Weiterhin erfolgten Hinweise zum Datenschutz (Anonymisierung der Daten mithilfe eines persönlichen Codes). Darüber hinaus wurden Fragen bezüglich der Begleitpersonenstudie geklärt und das Einverständnis zur Teilnahme erfragt.

Ablauf der Befragung der Begleitpersonen zu Beginn der Rehabilitation (t1):

Erfolgte die Einwilligung zur Teilnahme, bekamen die Begleitpersonen ein Anreise-Fragebogenpaket ausgehändigt, mit der Bitte, dieses ungestört auf ihrem Zimmer zu bearbeiten und am darauf folgenden Tag in einen speziell für die Studienteilnehmer aufgestellten Briefkasten im Stationszimmer abzugeben. Um die Anonymität zu gewährleisten, erhielten die Begleitpersonen für die Rückgabe der Fragebögen einen Briefumschlag. Die Begleitpersonen erhielten die Möglichkeit, sich bei Rückfragen bezüglich des Anreise-Fragebogenpaketes telefonisch mit der Versuchsleiterin in Verbindung setzen zu können. In jeder Wohneinheit für Begleitpersonen innerhalb der Fachklinik Satteldüne befinden sich Haustelevone, so dass die Studienteilnehmer kostenlos und unter Gewährleistung der Anonymität telefonische Rückfragen stellen konnten.

Zusätzlich wurde an diesem Informationsabend mit den Begleitpersonen für den nächsten Tag ein Termin für das persönliche Interview mit dem von ihnen begleiteten Kind vereinbart.

Die **Befragung der begleiteten Kinder zu t1** erfolgte im Laufe des Tages nach dem Informationsabend. Die Kinder wurden im persönlichen Interview mittels standardisiertem Fragebogen befragt. Die Befragung erfolgte in einem Büro des psychologischen Bereichs der Klinik, ohne die Anwesenheit weiterer Personen wie z.B. der Begleitperson. Die Dauer des Interviews betrug etwa 15 Minuten.

Die **Befragung am Ende der Rehabilitation** (Messzeitpunkt t2, nach drei Wochen) erfolgte für die Begleitpersonen einen Tag vor der Abreise mittels eines Fragebogenpaketes. Dieses Abreise-Fragebogenpaket wurde den Begleitpersonen persönlich überreicht mit der Bitte, dieses in Ruhe auf dem Zimmer auszufüllen und bis zum nächsten Tag im oben bereits erwähnten Briefkasten im Stationszimmer abzugeben. Die Befragung der begleiteten Kinder geschah derjenigen zu Beginn der Reha-Maßnahme, fand ohne Anwesenheit der Begleitpersonen statt und dauerte wiederum etwa 15 Minuten.

Weitere Daten wurden einer Befragung der Stationsärzte und des Pflegepersonals mittels Fragebogen zum Messzeitpunkt t2 entnommen. Diese Befragung erfolgte nach den ärztlichen Abschlussuntersuchungen (ein bis zwei Tage vor der Abreise). Die Ärzte und das Pflegepersonal wurden gebeten, die Fragebögen zeitnah auszufüllen und zurückzugeben. Auch diese Befragung erfolgte anonymisiert mittels Code. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen der Ärzte und des Pflegepersonals lief über das Postfach des Psychologischen Bereichs, das sich im Sekretariat des medizinischen Zentrum befindet.

Der Rücklauf der Fragebögen für die Begleitpersonenstudie war bis zum 16.12.2002 abgeschlossen.

In den folgenden Tabellen sind die Messinstrumente und die dazugehörigen Messzeitpunkte für die verschiedenen Gruppen (Begleitpersonen, Kinder, Ärzte und Pflegepersonal) tabellarisch dargestellt:

Befragung der Begleitpersonen			
Instrumente	Messzeitpunkt	Autor	Erscheinungsjahr
Anreise-Fragebogen für Bps	t1	Hoyer	2002
BSI – Deutsche Version	t1 + t2	Derogatis	1995
CBCL – Deutsche Version	t1	Döpfner	1993
FZEV	t1	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
EFB-K	t1	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
Abreise-Fragebogen für Bps	t2	Hoyer	2002

Tab. 6. Messinstrumente für Begleitpersonen

Befragung der begleiteten Kinder			
Interview / Instrumente	Messzeitpunkt	Autor	Erscheinungsjahr
Kiddy-Kindl ^R	t1 + t2	Ravens-Sieberer & Bullinger	2000

Tab. 7. Messinstrumente für Kinder

Befragung der Stationsärzte und des Pflegepersonals			
Instrumente	Messzeitpunkt	Autor	Erscheinungsjahr
Fragebogen zum med. Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Stationsärzte	t2	Hoyer	2002
Fragebogen zur Effektivität der Reha des Kindes aus der Sicht des Pflegepersonals	t2	Hoyer	2002

Tab. 8. Messinstrumente für Stationsärzte und Pflegepersonal

3.4.6. Beschreibung der Stichproben

Insgesamt nahmen in einem Zeitraum von einem halben Jahr 139 Personen an der Untersuchung teil, die ihre chronisch erkrankten Kinder während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik Satteldüne auf der Insel Amrum begleiteten. Die Untersuchungsgruppe wurde aus denjenigen Begleitpersonen gebildet, die Kinder im Vorschulalter (bis zu einem Alter von sieben Jahren) haben und zusammen mit ihrem Kind während dessen Rehabilitationsmaßnahme in einer Wohneinheit wohnten (sog. „Rooming-in“). Die Unterbringung der befragten Begleitpersonen erfolgte sowohl im Haupthaus der Klinik im Ort Nebel (Satt I: n=68 Begleitpersonen) als auch in einem Nebengebäude im Ort Wittdün (Satt II: n=68 Begleitpersonen). Die Mindestaufenthaltsdauer betrug drei Wochen.

Aufenthaltsdauer von n=134 Begleitpersonen	Häufigkeit (Prozentualer Anteil)
3 Wochen	9 (6,7%)
4 Wochen	118 (88,1 %)
6 Wochen	7 (5,2 %)

Tab. 9. Aufenthaltsdauer der befragten Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne

Die Daten von fünf Versuchspersonen mussten von der Auswertung ausgeschlossen werden. Dabei handelte es sich um:

- die Datensätze von Begleitpersonen, die nicht die direkte Bezugsperson des Kindes sind (z.B. entfernte Verwandte) (n=1)
- die Datensätze von Eltern, die sich während der Reha-Maßnahme des Kindes als Begleitperson abwechselten (n=1)
- die Datensätze von Begleitpersonen, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichend waren, um die Fragebögen auszufüllen (n=3)

Insgesamt gingen die Daten von 134 Begleitpersonen (127 Mütter und sieben Väter) in die Auswertung ein.

Sie wurden befragt, an welcher Erkrankung ihr Kind leidet. Mehrfachnennungen waren möglich, da viele Kinder Mehrfachdiagnosen aufweisen (z.B. Asthma + Allergien).

Diagnose des Kindes (n=128)	Häufigkeit (gültige Prozente)
Asthma	62 (48,4 %)
Bronchitis	39 (30,5 %)
Neurodermitis	39 (30,5 %)
Allergien	15 (11,7 %)
Infektanfälligkeit	14 (10,9 %)
CF (Cystische Fibrose)	7 (5,5 %)
Pseudokrupp	3 (2,3 %)
Sonstige	1 (0,7 %)

Tab. 10. Diagnose des begleiteten Kindes (n=128)

Die folgende Tabelle zeigt, seit wann die begleiteten Kinder an der Erkrankung leiden:

Seit wann hat Ihr Kind diese Erkrankung?	Häufigkeit (Prozent)
Seit der Geburt	42 (33,1 %)
Seit einem Jahr	11 (8,7 %)
Seit zwei Jahren	33 (26 %)
Seit drei Jahren	17 (13,4 %)
Seit vier Jahren	16 (12,6 %)
Seit fünf Jahren	4 (3,1 %)
Seit sechs Jahren	4 (3,1 %)

Tab. 11. Erkrankungsdauer des Kindes (n=127)

3.4.7. Drop-out-Analyse

Zum Messzeitpunkt t1 war die Teilnahme an der Befragung größer als zum Messzeitpunkt t2. Von den 134 Begleitpersonen, die zu t1 die Fragebögen ausgefüllt hatten, haben 20 Begleitpersonen zu t2 nicht mehr an der Befragung teilgenommen (sog. „drop-outs“). Eine drop-out-Analyse mit einem statistischen Vergleich (Chi-Quadrat-Test) ergab, dass die Gruppen in den wichtigsten soziodemographischen und psychosozialen Merkmalen bis auf die Variablen „Geschlecht des Kindes“ und „Erkrankung des Kindes“ vergleichbar sind. Die „drop-outs“ haben signifikant häufiger ein Kind weiblichen Geschlechts sowie signifikant häufiger ein Kind mit der Erkrankung Asthma bronchiale.

3.5 Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen der Begleitpersonenstudie

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen bzw. Hypothesen der Begleitpersonenstudie dargestellt.

Ergebnis Fragestellung 1a)

Es wurde untersucht, welche soziodemografischen Merkmale die befragten 134 Begleitpersonen und ihre Angehörigen aufweisen und ob sie sich bezüglich dieser Merkmale von einer Normalpopulation in Deutschland unterscheiden. Zum Vergleich werden Daten aus dem Mikrozensus (2002) sowie vom Statistischen Bundesamt (2001) herangezogen.

Durchschnittsalter der Begleitpersonen und der begleiteten Kinder

Durchschnittsalter (Jahre)	m	s	min	max
Begleit-Mütter (n=125)	34,1	4,46	24	45
Begleit-Väter (n=5)	36,6	2,1	33	38
Kinder Gesamt (n=133)	4,56	1,44	1	8
Mädchen (n=53)	4,67	1,46	1	8
Jungen (n=81)	4,49	1,42	2	8

Tab. 12. Durchschnittsalter von n=130 Begleitpersonen und deren Angehörigen

Familienstand

Familienstand Begleitpersonen (n=125)	
Verheiratet	84,4 %
Nichteheliche Lebensgemeinschaft	5,6 %
Sonstige	9,6 %

Tab. 13. Familienstand Bps

Familienstand der von Vater bzw. Mutter des Kindes getrennt lebenden Bps	
Zur Zeit ohne Partner (allein erziehend)	7,8 %
Mit neuem Partner zusammenlebend	0,8%
Mit neuem Partner zusammen, jedoch ohne mit ihm zusammenzuleben	2,3 %

Tab. 14. Familienstand der getrennt lebenden Begleitpersonen (n=128)

Zum Vergleich wurde im Mikrozensus (2002) die Anzahl der Ehepaare mit Kindern ermittelt. Die Quote liegt bei 75 %. Die Quote der allein erziehenden Mütter oder Väter liegt bei 19 %. Nichteheliche oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften werden von 6 % angegeben. In der Begleitpersonenstichprobe ist die Anzahl der verheirateten Elternteile somit höher als im bundesdeutschen Durchschnitt (84,4 % versus 75 % im Mikrozensus) und die Anzahl der allein erziehenden Elternteile geringer als in der Vergleichsstichprobe (7,8 % versus 19 %). Die Anzahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften ist vergleichbar (5,6 % versus 6 %).

Personenanzahl pro Haushalt

Das Ergebnis zur Personenanzahl pro Haushalt zeigt, dass der überwiegende Teil der befragten Begleitpersonen in einem drei- bzw. vierköpfigen Haushalt (32 % bzw. 46,1 %) lebt.

Personenanzahl pro Haushalt (n = 128)	Angaben in %
2 Personen	7,0 %
3 Personen	32,0 %
4 Personen	46,1 %
5 Personen	9,4 %
6 Personen	3,9 %
7 Personen	1,6 %

Tab. 15. Personenanzahl pro Haushalt

Anzahl der Geschwisterkinder des begleiteten Kindes

Die Begleitpersonen wurden befragt, wie viele Geschwisterkinder ihr Kind, das sich während der Reha-Maßnahme in Behandlung befindet, hat. Aus der folgenden Tabelle geht hervor, dass in dieser Studie Familien mit einem bzw. zwei Kindern am häufigsten vorkommen, was mit dem Ergebnis für die Anzahl der Personen pro Haushalt übereinstimmt.

Anzahl der Geschwisterkinder (n=126)	Häufigkeit (prozentualer Anteil)
Keine Geschwister	41 (32,5 %)
1 Geschwisterkind	65 (51,6 %)
2 Geschwister	12 (9,5 %)
3 Geschwister	6 (4,8 %)
4 Geschwister	2 (1,6 %)

Tab. 16. Anzahl der Geschwisterkinder des begleiteten Kindes

Bildungsstand der Eltern (Schulbildung, Berufsausbildung, berufliche Tätigkeit)

Bei den Fragen zu Schulbildung, Berufsausbildung und beruflicher Tätigkeit gaben die Begleitpersonen auch die berufliche Tätigkeit des zuhause gebliebenen Elternteils an, weshalb die Stichprobengröße von derjenigen der übrigen soziodemografischen Daten abweicht. Das Ergebnis lautet:

Schulbildung	Mütter (n=125)	Väter (n=123)
Hauptschule ohne Abschluss	5,5 %	3,3 %
Hauptschulabschluss	24,4 %	38,2 %
Realschulabschluss	33,9 %	25,2 %
Erweiterter Realschulabschluss	9,4 %	3,3 %
Abitur	23,6 %	25,2 %
Sonstige	3,1 %	4,9 %

Tab. 17. Schulbildung der Eltern des begleiteten Kindes

Berufsausbildung	Mütter (n=127)	Väter (n=124)
Keine Berufsausbildung	4,0 %	0,0 %
Lehre ohne Abschluss	6,3 %	3,2 %
Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss	69,8 %	63,7 %
Meister	2,4 %	12,1 %
Fachhochschulabschluss	8,7 %	12,1 %
Universitätsabschluss	7,9 %	7,3 %
Sonstige	0,8 %	1,6 %

Tab. 18. Berufsausbildung der Eltern des begleiteten Kindes

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit	Mütter (n=127)	Väter (n=125)
Ungelernter Arbeiter/in	3,1 %	8,0 %
Gelernter Arbeiter/in	6,3 %	33,6 %
Angestellte/r	34,6 %	35,2 %
Beamte/in	3,9 %	3,2 %
Selbständige Tätigkeit	4,7 %	10,4 %
Student/in	0,8 %	0,0 %
Umschulungsmaßnahme	0,8 %	2,4 %
Hausfrau/Hausmann	33,9 %	0,8 %
Arbeitslos	3,9 %	1,6 %
Sonstige	7,9 %	4,8 %

Tab. 19. Berufliche Tätigkeit der Eltern des begleiteten Kindes

Zum Vergleich lag die Erwerbstätigenquote von Müttern mit Kindern unter einem Alter von sechs Jahren im Jahr 2001 bei 52,9 % (Statistisches Bundesamt). Dies bedeutet, dass der in der Begleitpersonenstudie ermittelte Anteil von erwerbstätigen Müttern mit 61,8 % (Hausfrau + Arbeitslos = 37,8 %) größer ist als in der Vergleichsstichprobe.

Das Gleiche gilt auch für die Erwerbstätigenquote der Väter der begleiteten Kinder. Der Anteil erwerbstätiger Väter lag im April 2002 (Mikrozensus) in Deutschland bei 87 %. In der Begleitpersonenstudie sind 97,6 % der Väter erwerbstätig (Hausmann + Arbeitslos = 2,4%).

Arbeitslosenquote

Die Arbeitslosenquote in der Begleitpersonenstudie weicht von dem vom statistischen Bundesamt ermittelten Durchschnittswert im Jahr 2001 ab und liegt deutlich darunter. Bei den Müttern lag die vorgefundene Arbeitslosenquote bei 3,9 % und die von den Vätern bei 1,6 %. Zum Vergleich die Daten des statistischen Bundesamtes:

Arbeitslosenquote 2001 (%)	Frauen	Männer
Frauen / Männer ab 25 Jahren	8,1 %	7,3 %

Tab. 20. Arbeitslosenquote von n=10000 Beschäftigten (Daten statistisches Bundesamt 2001)

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche	Mütter (n=127)	Väter (n=122)
Keine Arbeit	40,2 %	5,7 %
Weniger als 10 Stunden	11,8 %	0,8 %
10-20 Stunden	24,4 %	0,0 %
20-30 Stunden	13,4 %	0,0 %
Mehr als 30 Stunden	10,2 %	93,4 %

Tab. 21. Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche von Mutter und Vater des begleiteten Kindes

Zum Vergleich die Daten aus dem Mikrozensus (2002): Im April 2002 gingen von den Müttern in Deutschland 39 % einer Teilzeit- und 20 % einer Vollzeitbeschäftigung nach. Dies bedeutet, dass die im Rahmen der Begleitpersonenstudie befragten Mütter häufiger als der bundesdeutsche Durchschnitt in Teilzeit und seltener in Vollzeit arbeiten. Bei den Vätern der begleiteten Kinder ist es genau entgegengesetzt: die Teilzeitquote ist mit 0,8 % niedriger und die Vollzeitquote mit 93,4 % höher als der bundesdeutsche Durchschnitt (bei den Männern waren im bundesdeutschen Durchschnitt 3 % in Teilzeit und 84 % in Vollzeit beschäftigt).

Wohnsituation

Von n=123 Begleitpersonen wohnen 57,7 % in einem Haus und 42,3 % in einer Wohnung. Die durchschnittliche Quadratmetergröße des Wohnraums der befragten Begleitpersonen beträgt 114,7 m² (Standardabweichung: 44,73) und ist damit deutlich größer als im bundesdeutschen Durchschnitt. Im Mikrozensus (2002) wurde als durchschnittliche Quadratmetergröße von Wohnraum 89 m² ermittelt.

Zur Miete wohnen 42,7 % Begleitpersonen; Wohneigentum bewohnen 57,3 %. Zum Vergleich: In den Daten des Mikrozensus (April 2002) beträgt die Mietquote 57,6 % und die Eigentumsquote 42,3 %. Somit wohnen die befragten Begleitpersonen häufiger im Wohneigentum und seltener zur Miete als der bundesdeutsche Durchschnitt.

Netto-Familieneinkommen

Netto-Familieneinkommen der Begleitpersonen	Prozentualer Anteil von n=116 Bps
Weniger als 750 €	1,7 %
750-1000 €	6,0 %
1000-1500 €	9,5 %
1500-2000 €	31,9%
2000-2500 €	24,1 %
Mehr als 2500 €:	26,7 %

Tab. 22. Netto-Familieneinkommen der Begleitpersonen

Das Nettoeinkommen von Paaren mit Kindern im Jahr 2000 in Deutschland betrug im Durchschnitt 2653 € (Deutschland in Zahlen, 2002). Ein solcher Wert ist nicht besonders aussagekräftig, da aus ihm nicht hervorgeht, wie hoch der Anteil der Haushalte mit einem geringen oder hohen Netto-Einkommen ist. Deshalb wurden in der Begleitpersonenstudie bei der Frage nach dem Netto-Einkommen Kategorien (von....bis) vorgegeben.

Der Anteil der Begleitpersonen, die mit einem Netto-Familieneinkommen von weniger als 1500 Euro pro Monat auskommen müssen, liegt bei 17,2 %. 31,9 % haben 1500-2000 Euro und weitere 50,8 % verfügen über mehr als 2000 Euro Netto-Familieneinkommen pro Monat.

Besuch einer Bildungseinrichtung

Die befragten Begleitpersonen gaben an, welche Einrichtung ihr Kind zuhause besucht.

Besuch einer Bildungseinrichtung (n=127)	Häufigkeit (prozentualer Anteil)
Kein Besuch einer Einrichtung	8 (6,3 %)
Kinderkrippe	6 (4,7 %)
Kindergarten	93 (73,2 %)
Vorschule	3 (2,4 %)
Schule	17 (13,4 %)

Tab. 23. Besuch einer Bildungseinrichtung

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass 6,3 % der begleiteten Kinder keine Einrichtung besuchen.

Erweiterte Datenanalyse Fragestellung 1a)

Zusätzlich zu den soziodemografischen Daten wurden im Anreize-Fragebogen **krankheitsbezogene Daten** erhoben. Hierzu zählen:

1. Die zeitliche Belastung durch therapeutische Maßnahmen (das Kind betreffend)
 2. Die Selbständigkeit des Kindes bei der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen
- Zur Erfassung von alltäglichen **Stressfaktoren und Möglichkeiten der Erholung** wurde erfragt, ob die Begleitpersonen
3. mit der Pflege von Verwandten / Angehörigen befasst sind und
 4. wie häufig sie pro Jahr Familienurlaub machen.

Um den Bedarf für psychologische Interventionen für Begleitpersonen und deren Kinder während der Reha-Maßnahme besser einschätzen zu können, wurde erfragt, ob **psychotherapeutische Maßnahmen am Heimatort** wahrgenommen werden:

5. Aktuelle und frühere psychologische Behandlung von Begleitperson und begleitetem Kind.

Im Folgenden werden die Antworten auf diese Zusatzfragen dargestellt:

Zu 1.) Zeitliche Belastung durch therapeutische Maßnahmen (das Kind betreffend)

Zeit, die am Tag von Therapie beansprucht wird	Häufigkeit (%)
Weniger als 1 Stunde	96 (78,7 %)
1-2 Stunden	19 (15,6 %)
2-3 Stunden	7 (5,7 %)

Tab. 24. Zeitliche Belastung durch therapeutische Maßnahmen (das Kind betreffend)

Zu 2.) Selbständigkeit des Kindes bei der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen

Von n=124 Begleitpersonen gaben 10 Begleitpersonen (8,1 %) an, dass ihr Kind die therapeutischen Maßnahmen weitgehend selbständig durchführt. 62 Begleitpersonen (50 %) gaben an, dass ihr Kind bei der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen noch Unterstützung nötig hat. 52 Begleitpersonen (41,9 %) gaben an, dass ihr Kind die therapeutischen Maßnahmen noch nicht selbst durchführt.

Zu 3.) Zuständigkeit für die Pflege von Verwandten / Angehörigen

Von n=125 Begleitpersonen gaben 9 Begleitpersonen (7,2 %) an, dass sie am Heimatort für die Pflege von Verwandten / Angehörigen zuständig sind.

Zu 4.) Häufigkeit Familienurlaub

Von 134 Begleitpersonen gaben 124 Personen an, wie oft sie pro Jahr mit ihrer Familie in den Urlaub fahren. Ergebnis: Etwa 2/3 der Befragten fahren mindestens einmal pro Jahr in den Urlaub. 16,9 % der Befragten verbringen den Urlaub zuhause.

Häufigkeit Familienurlaub (n=124)	Häufigkeit (%)
Mehrmals im Jahr	27 (21,8 %)
Jedes Jahr einmal	52 (41,9 %)
Alle 2 Jahre	13 (10,5 %)
Seltener als alle 2 Jahre	11 (8,9 %)
Wir verbringen den Urlaub zuhause	21 (16,9 %)

Tab. 25. Häufigkeit Familienurlaub

Zu 5.) Aktuelle und frühere psychologische Behandlung von Begleitperson und begleitetem Kind

107 Begleitpersonen gaben an, ob sie sich wegen Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes in der Vergangenheit psychologische Hilfe geholt haben. 13 Begleitpersonen (12,1 %) beantworteten die Frage mit „ja“, 94 Begleitpersonen (87,9 %) mit „nein“.

Weiterhin wurde gefragt, ob sich die Begleitpersonen wegen persönlicher Probleme in der Vergangenheit psychologische Hilfe geholt haben. Diese Frage wurde von 127 Begleitpersonen beantwortet. 29 Begleitpersonen (22,8 %) beantworteten die Frage mit „ja“, 98 Begleitpersonen (77,2 %) mit „nein“.

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich sechs Begleitpersonen (4,8 % von n=126) wegen persönlicher Probleme in psychologischer Behandlung.

Zuletzt wurden im *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* noch einige Fragen zum **Reha-Zugang** formuliert, die darauf abzielten herauszufinden, ob sich die Begleitpersonen durch das Info-Material der Klinik im Voraus ausreichend informiert fühlten, wer ihnen den Hinweis auf die Möglichkeit einer Reha für das Kind gegeben hat und von wem sie über die Möglichkeit der Mitaufnahme als Begleitperson informiert wurden.

1. Info-Material Satteldüne: Fühlten Sie sich ausreichend informiert?

Von 127 Begleitpersonen beantworteten diese Frage 94 Begleitpersonen (74 %) mit „Ja“ und 33 Begleitpersonen (26 %) mit „Nein“. Dies bedeutet, dass etwa ein Viertel der befragten Begleitpersonen sich vor der Anreise durch das von der Fachklinik verschickte Informationsmaterial nicht ausreichend informiert fühlte.

2. Hinweis auf Reha für das Kind

Diese Frage zielte darauf ab herauszufinden, wer die Begleitpersonen auf die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme hingewiesen hat.

Wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich, wurden die Begleitpersonen an erster Stelle durch den Kinderarzt sowie durch andere Eltern auf die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme für ihr Kind hingewiesen.

Hinweis auf Reha für das Kind durch...	„Trifft zu“ Häufigkeit (%)	„Trifft nicht zu“ Häufigkeit (%)
Kinderarzt	83 (64,3 %)	46 (35,7 %)
Krankenhaus	7 (5,4 %)	122 (94,6 %)
Krankenkasse	7 (5,4 %)	122 (94,6 %)
Selbsthilfeorganisation	1 (0,8 %)	128 (9,2 %)
Andere Eltern	34 (26,4 %)	95 (73,6 %)
Medien	11 (8,5 %)	118 (91,5 %)
Sonstige	18 (14 %)	111 (86 %)

Tab. 26. Hinweis auf Reha für das Kind

3. Information über die Möglichkeit einer Mitaufnahme als Begleitperson

Mit dieser Frage sollte geklärt werden, wer die Begleitpersonen über die Möglichkeit einer Mitaufnahme als Begleitperson informierte. An erster Stelle steht der Kinderarzt, der von etwa der Hälfte der Befragten als Informationsquelle genannt wurde, gefolgt von anderen Eltern und der Krankenkasse.

Info über Mitaufnahme als Bp durch...	„Trifft zu“ Häufigkeit (%)	„Trifft nicht zu“ Häufigkeit (%)
Kinderarzt	69 (53,5 %)	60 (46,5 %)
Krankenhaus	7 (5,4 %)	122 (94,0 %)
Krankenkasse	28 (21,7 %)	101 (78,3 %)
Selbsthilfeorganisation	3 (2,3 %)	125 (97,7 %)
Andere Eltern	34 (26,6 %)	94 (73,4 %)
Medien	6 (4,7 %)	122 (95,3 %)
Sonstige	17 (13,3 %)	111 (86,7 %)

Tab. 27. Information über die Möglichkeit der Mitaufnahme als Begleitperson

Ergebnis Hypothese 1b)

Es wurde erwartet, dass der Mittelwert der psychischen Belastung (gemessen mit dem *Brief Symptom Inventory* von Derogatis) einer Stichprobe von n=127 Begleitpersonen zu t1 signifikant höher ist als der Mittelwert der psychischen Belastung einer Normstichprobe „gesunder Erwachsener“ (Standardisierungsstichprobe *BSI*, n=600). Diese Hypothese konnte bestätigt werden.

Die Reliabilität des globalen Kennwertes *GSI* des *BSI* der Begleitpersonenstudie (n= 122) – der alle 53 Items des Verfahrens einschließt – lag bei $\alpha = .97$ und im Vergleich höher als bei der Standardisierungsstichprobe des *BSI* (n=600), die eine sehr hohe interne Konsistenz von $\alpha = .92$ aufweist.

In der folgenden Tabelle sind die deskriptiven Testergebnisse für den *GSI* getrennt nach dem Geschlecht (Begleitpersonen-Studie, männlich n= 6, weiblich n= 121) im Vergleich zu den jeweiligen Normstichproben des *BSI* aufgeführt.

Geschlecht Bp	Bp-Studie BSI					Normstichprobe BSI	
	n	min	max	m	s	m	s
t1 GSI Männlich	6	0,08	0,51	0,3019	0,1692	0,28	0,23
t1 GSI Weiblich	121	0,00	2,87	0,5766	0,5309	0,35	0,23

Tab. 28. Geschlecht Begleitperson und Ergebnis BSI

Auf der deskriptiven Ebene ist beim Vergleich der Mittelwerte erkennbar, dass:

- Frauen (Begleitpersonen-Studie, n= 121) eine höhere psychische Belastung aufweisen, als n= 300 Frauen der Normstichprobe des *BSI*.
- Männer (Begleitpersonen-Studie, n= 6) geringfügig höher belastet sind als n=300 Männer der Normstichprobe; die Stichprobe ist mit n= 6 jedoch zu klein, um zu signifikanten Ergebnissen zu kommen.

In Tab. 29 wird dargestellt, wie sich die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen (Männer + Frauen) zu t1 von der Normstichprobe im Globalen Kennwert *GSI* unterscheidet.

BSI	Bp-Studie BSI			Normstichprobe BSI		
	n	m	s	n	m	s
t1 GSI	127	m: 0,56	0,52	600	m: 0,31	0,23
Gesamtstichprobe		T-Wert: 60			T-Wert: 52,5	

Tab. 29. Vergleich von Mittelwert und Standardabweichung des GSI bei der Stichprobe der Begleitpersonen und der Normstichprobe zu t1

Auf der deskriptiven Ebene ist beim Vergleich der Mittelwerte erkennbar, dass die Gesamtgruppe der Begleitpersonen mit einem T-Wert von 60 eine höhere psychische Belastung aufweist, als die Normstichprobe (T= 52,5). Der Unterschied beträgt eine Standardabweichung. Weiterhin liegt bei der Stichprobe der Begleitpersonen eine stärkere Streuung der Werte vor ($s= 0,52$; bei der Normstichprobe nur 0,23).

Im Durchschnitt erreichen die befragten Begleitpersonen einen T-Wert von 60, der laut Derogatis nicht in den Bereich einer messbaren psychischen Belastung fällt (diese beginnt ab einem T-Wert von 61). Wie oben erwähnt, liegt in der vorliegenden Untersuchung jedoch eine starke Streuung der Werte vor. Der Minimalwert im *GSI* lag bei einem Rohwert von 0 (T=24) und der Maximalwert bei einem Rohwert von 2,87 (T=80).

Um dies zu veranschaulichen, wurden die Untersuchungsergebnisse der befragten Begleitpersonen gemäß einem Schema von Derogatis in drei Gruppen eingeteilt (keine messbare psychische Belastung, deutlich messbare psychische Belastung, hohe bis sehr hohe psychische Belastung). Die folgende Tabelle zeigt das Untersuchungsergebnis:

GSI	Keine messbare psychische Belastung ($T \leq 60$)	Deutlich messbare psychische Belastung (T 61-62)	Hohe bis sehr hohe psychische Belastung (klinisch relevant) ($T \geq 63$)
n	85	2	40
Prozent	66,9 %	1,6 %	31,5 %

Tab. 30. Deskriptive Auswertung des Global Severity Index (GSI) des BSI

Bei etwa zwei Drittel der Befragten (85 Begleitpersonen) liegt keine messbare psychische Belastung vor ($T \leq 60$). Etwa ein Drittel der Befragten (40 Begleitpersonen) weist im *GSI* zu Beginn der Reha-Maßnahme jedoch eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung auf, die laut Derogatis in den Bereich der klinischen Relevanz fällt ($T \geq 63$). Weitere zwei Begleitpersonen weisen eine deutlich messbare psychische Belastung auf, die in den Grenzbereich zur klinischen Relevanz fällt.

Im Folgenden werden die deskriptiven Untersuchungsergebnisse für die einzelnen Skalen des *Brief Symptom Inventory* dargestellt.

BSI	Bp-Studie (n=127)			Normstichprobe (n=600)		
	m	T-Wert	s	m	T-Wert	s
S 1: Somatisierung	0,43	57	0,56	0,27	49-54	0,32
S 2: Zwanghaftigkeit	0,73	55-58	0,69	0,52	51-55	0,44
S 3: Unsicherheit im Sozialkontakt	0,72	54-58	0,78	0,42	48-54	0,43
S 4: Depressivität	0,47	55-58	0,65	0,28	50-55	0,37
S 5: Ängstlichkeit	0,71	60-63	0,62	0,34	52-57	0,34
S 6: Aggressivität / Feindseligkeit	0,72	59-63	0,59	0,33	48-55	0,34
S 7: Phobische Angst	0,35	55-61	0,58	0,15	45-55	0,24
S 8: Paranoides Denken	0,57	54-58	0,65	0,34	49-54	0,39
S 9: Psychotizismus	0,36	54-59	0,55	0,19	44-54	0,28

Tab. 31. Deskriptive Auswertung des BSI auf Skalenniveau

Die Betrachtung der Untersuchungsergebnisse auf Skalenniveau zeigt, dass die Begleitpersonen auf den Skalen 5 (Ängstlichkeit), 6 (Aggressivität / Feindseligkeit) und 7 (Phobische Angst) im Durchschnitt T-Werte bis zu 63 erreichen, die eine deutlich messbare psychische Belastung anzeigen und somit im Grenzbereich zur „klinischen Auffälligkeit“ liegen. Die T-Werte der übrigen Skalen liegen zwar deutlich höher als die Mittelwerte der Normstichprobe, befinden sich jedoch noch im Bereich, der keine messbare psychische Belastung darstellt ($T \leq 60$).

Im folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt. Der statistische Vergleichstest (*Multiple-Comparison-Test für unabhängige Stichproben*) ergibt einen signifikanten Unterschied ($p=0,0001$) über alle neun Skalen des BSI und den Globalen Kennwert GSI. Zum Messzeitpunkt t1 ist die psychische Belastung der befragten Begleitpersonen signifikant höher als die der Normstichprobe. In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis dargestellt.

BSI	Bp-Studie		Normstichprobe		Ergebnis			
	m	s	m	s	t	df	p	d
S 1: Somatisierung	0,43	0,56	0,27	0,32	4,473	725	0,0001	0,332
S 2: Zwanghaftigkeit	0,73	0,69	0,52	0,44	4,359	725	0,0001	0,324
S 3: Unsicherheit im Sozialkontakt	0,72	0,78	0,42	0,43	5,945	725	0,0001	0,442
S 4: Depressivität	0,47	0,65	0,28	0,37	4,589	725	0,0001	0,341
S 5: Ängstlichkeit	0,71	0,62	0,34	0,34	9,405	725	0,0001	0,699
S 6: Aggressivität / Feindseligkeit	0,72	0,59	0,33	0,34	10,121	725	0,0001	0,752
S 7: Phobische Angst	0,35	0,58	0,15	0,24	6,307	725	0,0001	0,468
S 8: Paranoides Denken	0,57	0,65	0,34	0,39	5,366	725	0,0001	0,399
S 9: Psychotizismus	0,36	0,55	0,19	0,28	5,090	725	0,0001	0,378
GSI	0,56	0,52	0,31	0,23	8,603	725	0,0001	0,639

Tab. 32. Ergebnis des Multiple Comparison Test (BSI) für n=127 Begleitpersonen

Das Einschätzungsmaß zur praktischen Bedeutsamkeit des Untersuchungsergebnisses (Effektstärke d) weist für die Skalen 5 (Ängstlichkeit) und 6 (Aggressivität / Feindseligkeit)

einen großen Effekt ($d > 0,5$) und für die Skala 7 (Phobische Angst) einen moderaten Effekt aus ($d= 0,49$). Auf diesen drei Skalen liegen die Begleitpersonen wie oben angegeben deutlich über dem Mittelwert der Normstichprobe und somit im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit. Für die restlichen Skalen (1, 2, 3, 4, 8, 9) wird ebenfalls ein moderater Effekt ermittelt und für den Gesamtwert *GSI* mit $d= 0,64$ sogar ein großer Effekt. Damit untermauern die entsprechenden Effektstärken das vorgefundene Ergebnis, die Hypothese 1b) kann bestätigt werden.

Ergebnis Hypothese 1c)

Es wurde erwartet, dass sich das ungünstige (negative) Erziehungsverhalten von Begleitpersonen chronisch kranker Kinder von dem Erziehungsverhalten einer Normalpopulation signifikant unterscheidet. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Die Reliabilität der Gesamtskala des *EFB-K* der Begleitpersonenstudie ($n= 123$) lag bei $\alpha= .80$ und im Vergleich höher als bei der Gesamtskala der Originalversion des *EFB-K* ($n=570$), die eine interne Konsistenz von $\alpha= .76$ aufweist (Miller, 2001).

In der folgenden Tabelle sind die Testergebnisse des *EFB-K* der Begleitpersonenstudie im Vergleich zur Normstichprobe des *EFB-K* deskriptiv dargestellt.

EFB-K	Bp-Studie (n=127)		Normstichprobe (n=570)	
	m	s	m	s
Subskala 1 Nachsichtigkeit	2,47	0,98	2,5	0,9
Subskala 2 Überreagieren	3,44	0,99	3,4	1,0
Gesamtskala EFB-K	2,91	0,81	2,9	0,7

Tab. 33. Deskriptives Untersuchungsergebnis der Hypothese 1c)

Auf der Subskala „Nachsichtigkeit“ weisen die Begleitpersonen mit $m=2,47$ einen ähnlichen Mittelwert auf wie die Normstichprobe ($m=2,5$). Die Streuung der Werte ist etwas stärker ($s=0,98$ versus $s=0,9$). Auch auf der Subskala „Überreagieren“ weisen die Begleitpersonen mit $m=3,44$ einen ähnlichen Mittelwert auf wie die Normstichprobe ($m=3,4$). Die Streuung der Werte ist vergleichbar. Der Vergleich der Gesamtskala *EFB-K* zeigt keinen auffälligen Unterschied zwischen den Mittelwerten. Diese sind mit $m=2,91$ in der Begleitpersonen-Stichprobe und $m=2,9$ in der Normstichprobe vergleichbar. Die Streuung ist bei der Begleitpersonenstichprobe geringfügig stärker.

Im Rahmen dieser Studie interessierte für die Planung von psychologischen Interventionen der prozentuale Anteil der Begleitpersonen, die die für den *EFB-K* definierten cut-off-Werte überschreiten und somit ein als „auffällig dysfunktional“ geltendes Erziehungsverhalten zeigen. Auf der Subskala „Nachsichtigkeit“ sind dies 18,9 % , auf der Subskala „Überreagieren“ 16,5 % und im Gesamtwert des *EFB-K* 25,2 % von $n=127$ Begleitpersonen. Somit weist ein Viertel der Befragten ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten auf, welches eher dazu beiträgt, Problemverhalten der Kinder zu verstärken.

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der statistischen Überprüfung der Hypothese 1c).

	Testwert (m Normstichprobe)	T	df	Sig. (2-seitig)
Subskala 1 Nachsichtigkeit	2.5	-,373	126	0,710
Subskala 2 Überreagieren	3.4	,468	126	0,640
Gesamtskala EFB-K	2.9	,141	126	0,888

Tab. 34. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1c)

Die auf der deskriptiven Ebene vorgefundenen Unterschiede zwischen den Mittelwerten des *EFB-K* der Begleitpersonenstichprobe und der Normstichprobe sind statistisch nicht signifikant. Weder auf Skalenebene noch beim Gesamtwert lässt sich mit dem *T-Test für eine Stichprobe* ein statistisch signifikanter Unterschied feststellen. Das negative Erziehungsverhalten der befragten Begleitpersonen unterscheidet sich somit nicht vom negativen Erziehungsverhalten einer Normstichprobe, die Hypothese 1c) wird zurückgewiesen.

Ergebnis Hypothese 1d)

Es wurde erwartet, dass sich das positive (verstärkende und fördernde) Erziehungsverhalten von Begleitpersonen chronisch kranker Kinder signifikant von dem Erziehungsverhalten einer Vergleichsstichprobe (Normstichprobe Fragebogen *FZEV*) unterscheidet. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Die Reliabilität der Gesamtskala des *FZEV* der Begleitpersonenstudie ($n=124$) lag bei $\alpha = .85$ und im Vergleich niedriger als bei der Gesamtskala der Originalversion des *FZEV* ($n=206$), die eine interne Konsistenz von $\alpha = .87$ aufweist (Miller, 2001).

Die deskriptiven Testergebnisse des *FZEV* sowie das Ergebnis des multiplen Vergleichstests sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

FZEV	Bp-Studie (n=128)		Normstichprobe (n=206)		Ergebnis			
	m	s	m	s	T	df	p	d
Gesamtwert FZEV	2,10	0,37	2,04	0,4	1,367	332	0,1691	0,150

Tab. 35. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1d)

Auf der deskriptiven Ebene ist erkennbar, dass der Mittelwert des Gesamtwertes des *FZEV* bei der Begleitpersonenstudie geringfügig höher ist als bei der Vergleichsstichprobe (Bp-Studie $m=2,10$; Vergleichsstichprobe $m=2,04$). Die Streuung der Werte ist in der Stichprobe der Begleitpersonen geringer als in der Normstichprobe

Mit einem multiplen Vergleichstest wurden die Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz geprüft. Ergebnis: Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch nicht signifikant ($p=0,1691$). Die kleine Effektstärke ($d=0,150$) bestätigt dieses Ergebnis. Das positive Erziehungsverhalten der befragten Begleitpersonen unterscheidet sich zum Messzeitpunkt t_1 nicht von dem einer Vergleichsstichprobe, die Hypothese 1d) wird zurückgewiesen.

Ergebnis Hypothese 1e)

Es wurde erwartet, dass sich das Verhalten von chronisch kranken Kindern im Vorschulalter, die mit einer Begleitperson eine stationäre Reha-Maßnahme absolvieren, zu Beginn der Reha-Maßnahme signifikant auffälliger gestaltet als das Verhalten von Kindern aus einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe. Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden: Kleinkinder im Alter bis zu drei Jahren unterscheiden sich in ihrem Verhalten nicht bedeutsam von der Vergleichsstichprobe. Das Verhalten von chronisch kranken Kindern ab vier Jahren ist jedoch signifikant auffälliger als das der Vergleichsstichprobe.

Ergebnis Child behavior Checklist für Kleinkinder von 1 ½ - 3 Jahre

Die Verhaltensauffälligkeiten der Kleinkinder (1 ½ bis 3 Jahre) wurden von ihren Begleitpersonen mit der *CBCL für 1 ½ bis 5 jährige Kinder* eingeschätzt. Dieser Fragebogen wurde von 29 Begleitpersonen ausgefüllt. Das Untersuchungsergebnis lautet:

CBCL (1 ½ -5)	Bp-Studie (n=29)		Normstichprobe (n=563)		Ergebnis			
	m	s	m	s	T	df	p	d
T-Wert Internal	50,48	10,88	50,2	10,0	0,148	590	0,8772	0,012
T-Wert External	48,00	9,85	50,2	9,9	1,167	590	0,2418	0,096
T-Wert Tot. Problems	49,07	9,88	50,1	9,9	0,547	590	0,5915	0,045

Tab. 36. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1e)

Auf der deskriptiven Ebene ist beim Vergleich der Mittelwerte der Kinder der Begleitpersonenstudie (1 ½ bis 3 Jahre, n=29) und der nichtklinischen Normstichprobe (*CBCL 1 ½-5 Jahre*, USA, n=563) auf der übergeordneten Skala „Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ kein gravierender Unterschied erkennbar (Bp-Studie $m=50,48$; Normstichprobe $m=50,2$). Auf der übergeordneten Skala „Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ weisen die Kinder einen niedrigeren Mittelwert als die Vergleichsstichprobe auf (Bp-Studie $m=48$; Normstichprobe $m=50,2$). Beim Vergleich der Mittelwerte des *Gesamtwertes der Verhaltensauffälligkeiten* ist kein großer Unterschied erkennbar (Bp-Studie $m=49,07$; Normstichprobe $m=50,1$). Die Streuung der Werte ist in beiden Gruppen vergleichbar.

Der statistische Vergleichstest ergab weder auf Skalenebene noch beim Gesamtwert signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die geringe Effektstärke untermauert dies Ergebnis. Das Verhalten von chronisch kranken Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren ist somit zu Beginn der Reha-Maßnahme nicht auffälliger als das Verhalten von Kindern im Alter von 1 ½ bis 5 Jahren aus einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe.

Ergebnis Child behavior Checklist für Kinder ab 4 Jahren

Das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ab einem Alter von vier Jahren wurde von ihren Begleitpersonen mit der *CBCL (4-18)* eingeschätzt. Dieser Fragebogen wurde von

94 Begleitpersonen ausgefüllt. In der folgenden Abbildung ist dargestellt, welche Mittelwerte (Rohwerte) die Kinder auf den verschiedenen Syndromskalen der *CBCL* erreichten.

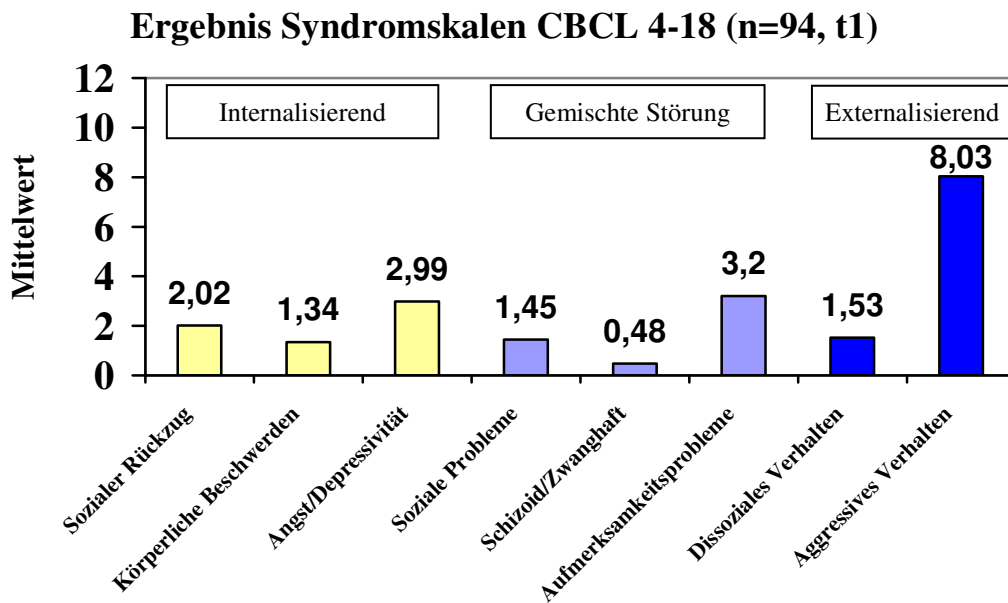


Abb. 3. Mittelwerte Syndromskalen der *CBCL* 4-18 (n=94, t1)

Bei den Syndromskalen, die der übergeordneten Skala „Internalisierende Störungen“ zugeordnet werden, erzielten die Kinder den höchsten Mittelwert auf der Skala „Angst/Depressivität“. Bei der übergeordneten Skala „Externalisierende Störungen“ wurde der höchste Mittelwert auf der Skala „Aggressives Verhalten“ erzielt. Im Bereich der übergeordneten Skala „Gemischte Störungen“ erreicht die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ den höchsten Mittelwert. Bei der hier zum Vergleich herangezogenen nichtklinischen Normstichprobe der *CBCL* 4-18 (deutsche Feldstichprobe: Jungen: n=516; Mädchen: n=549; im Alter von 4-11 Jahren) stehen diese drei Syndromskalen ebenfalls im Vordergrund.

Die folgenden Abbildungen zeigen die T-Werte der Kinder der Begleitpersonenstichprobe (getrennt nach Geschlecht) im Vergleich zur Normstichprobe.

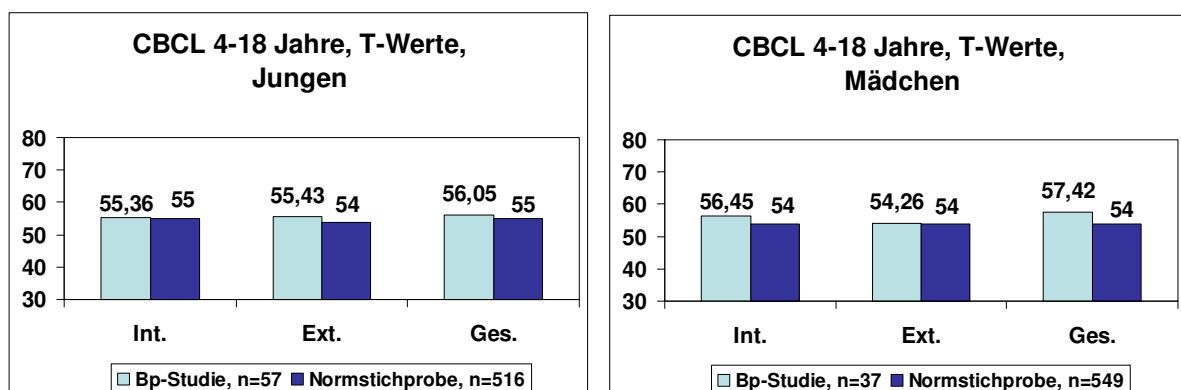


Abb. 4. T-Werte übergeordnete Skalen der *CBCL* 4-18 (nach Geschlecht)

Deskriptiv betrachtet zeigen sowohl die Jungen als auch die Mädchen auf den beiden übergeordneten Skalen und dem Gesamtwert der *CBCL* höhere T-Werte als die Vergleichsstichprobe. Die Streuung der Werte ist geringfügig höher als in der nichtklinischen Normstichprobe (siehe Tab. 38+39). In diesem Verfahren gelten T-Werte > 63 als klinisch auffällig. Der Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit beginnt ab einem T-Wert von 60. Im Durchschnitt ist das Verhalten der chronisch erkrankten Kinder mit Begleitperson somit nicht als klinisch auffällig zu bezeichnen. Für die Planung von psychologischen Interventionen interessierte der prozentuale Anteil der Kinder, deren Verhalten in den klinisch auffälligen Bereich fällt. Die Häufigkeitsauszählung ergab:

Prozentualer Anteil mit „klinisch auffälligem“ Verhalten (T= >63)	Gesamtgruppe (n=94)	Jungen (n=57)	Mädchen (n=37)
Internalisierende Störungen	23,6 %	23,2 %	23,7 %
Externalisierende Störungen	13,8 %	19,6 %	5,2 %
Gesamtwert CBCL (4-18)	22,3 %	25 %	18,4 %

Tab. 37. Anteil der Kinder mit „klinisch auffälligem“ Verhalten, CBCL (4-18), n=94

Im Gesamtwert der *CBCL* liegen 22,3 % - dies entspricht 21 von n=94 Kindern – im klinisch auffälligen Bereich. Ein Viertel der Jungen und etwa ein Fünftel der Mädchen zeigen ein klinisch auffälliges Verhalten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe (Jungen +Mädchen) sind die „Internalisierenden Störungen“ bei den klinisch auffälligen Kindern fast doppelt so häufig vertreten wie die „Externalisierenden Störungen“. Es zeigen sich jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei den klinisch auffälligen Mädchen überwiegen die „Internalisierenden Störungen“ (diese kommen etwa vier mal so häufig wie die „Externalisierenden Störungen“ vor). Bei den klinisch auffälligen Jungen sind die „Externalisierenden Störungen“ fast genauso häufig vertreten wie die „Internalisierenden Störungen“.

Die nächsten beiden Tabellen zeigen die Ergebnisse des multiplen Vergleichstests getrennt für Jungen und Mädchen über die übergeordneten Skalen und den Gesamtwert der *CBCL*.

CBCL 4-18 für Jungen	Bp-Studie (n=57)		Normstichprobe (n=516)		Ergebnis			
	m	s	m	s	T	df	p	d
Internalisierend	6,25	5,80	4,8	4,6	2,189	571	0,0272	0,183
Externalisierend	10,09	6,73	7,8	6,6	2,479	571	0,0129	0,207
Gesamtauffälligkeit	25,89	16,91	20,5	14,8	2,573	571	0,0101	0,215

Tab. 38. Ergebnis CBCL 4-18 Jahre für Jungen

CBCL 4-18 für Mädchen	Bp-Studie (n=37)		Normstichprobe (n=549)		Ergebnis			
	m	s	m	s	T	df	p	d
Internalisierend	6,35	4,89	4,6	4,3	2,377	584	0,0168	0,197
Externalisierend	8,89	7,21	5,9	5,0	3,411	584	0,0011	0,282
Gesamtauffälligkeit	26,89	16,88	17,3	12,8	4,315	584	0,0001	0,357

Tab. 39. Ergebnis CBCL 4-18 für Mädchen

Im Ergebnis unterscheiden sich die Kinder aus der Begleitpersonenstudie in der Einschätzung durch ihre Begleitpersonen sowohl auf den übergeordneten Skalen als auch im Gesamtwert der *CBCL* signifikant von der nichtklinischen Normstichprobe (zu beachten sind jedoch die kleinen Effektstärken). Die Hypothese 1e) konnte somit für Kinder ab einem Alter von vier Jahren bestätigt werden. Für Kinder im Alter von 1 ½ - drei Jahren wird die Hypothese 1e) zurückgewiesen.

Erweiterte Datenanalyse Hypothese 1e)

Bei der Auswertung dieser Hypothese stellte sich die Frage, ob es in Bezug auf die Diagnosen der chronisch erkrankten Kinder Unterschiede in den von den Begleitpersonen beobachteten Verhaltensauffälligkeiten gibt. Aus der Stichprobe von $n=94$ begleiteten Kindern ab einem Alter von vier Jahren wurden 66 Kinder ausgewählt, die die Einweisungsdiagnose Asthma bronchiale oder Neurodermitis oder die Doppeldiagnose Asthma+ Neurodermitis aufwiesen. In der folgenden Tabelle ist das Ergebnis für die übergeordneten Skalen und den Gesamtwert der *CBCL 4-18* aufgeführt.

CBCL Übergeordnete Skalen	n=66 (Diagnose AS und / oder ND, Jungen+Mädchen) T-Werte
Internalisierende Störungen	54,83
Externalisierende Störungen	54,03
Gesamtwert	55,38

Tab. 40. Ergebnis übergeordnete Skalen der *CBCL* (T-Werte ≥ 63 = klinisch auffällig; 60 bis 63 = Übergangsbereich).

In der Einschätzung der befragten Begleitpersonen ist der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder mit einem T-Wert von 55,38 im Vergleich zur Normstichprobe als durchschnittlich zu bezeichnen. Dies gilt auch für die beiden übergeordneten Skalen „Internalisierende“ und „Externalisierende“ Störungen. In der folgenden Abbildung ist das Untersuchungsergebnis der *CBCL (4-18)* getrennt nach Diagnosegruppen dargestellt.

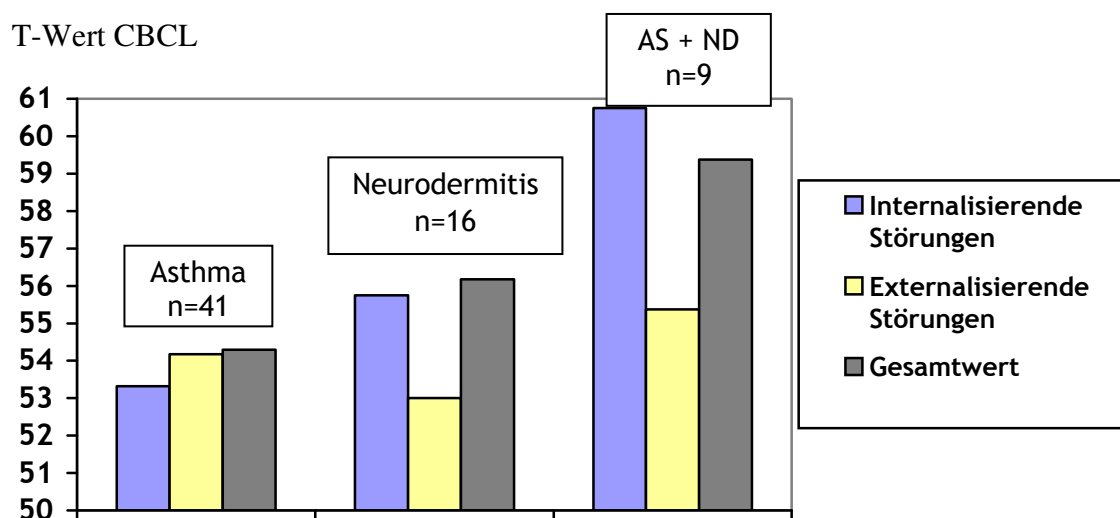


Abb. 5. Ergebnis übergeordnete Skalen und Gesamtwert der *CBCL 4-18* (Diagnosegruppen)

Insgesamt ist folgender Trend erkennbar: Bei der Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten der von ihnen begleiteten Kinder heben Begleitpersonen besonders ängstlich-depressive und aggressive Verhaltensweisen ihrer Kinder hervor, wobei die Diagnose des Kindes entscheidet, welcher Bereich überwiegt. Bei Kindern mit der Diagnose Asthma bronchiale überwiegen die „Externalisierenden Störungen“; bei Kindern mit Neurodermitis die „Internalisierenden Störungen“. Kinder mit Neurodermitis zeigen aus der Sicht ihrer Begleitpersonen insgesamt (Gesamtwert) ein auffälligeres Verhalten als Kinder mit Asthma bronchiale. Bei Kindern mit der Doppeldiagnose Asthma + Neurodermitis überwiegen die „Internalisierenden Störungen“. Insgesamt haben die Kinder mit einer Doppeldiagnose auf beiden übergeordneten Skalen und dem Gesamtwert einen höheren Mittelwert als Kinder mit einer einfachen Diagnose. Bei den „Internalisierenden Störungen“ liegt der Mittelwert mit $T=60,75$ sogar im Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit ($T=60-63$). Auf eine statistische Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen wurde aufgrund der geringen Stichprobengröße und des unterschiedlichen Stichprobenumfangs verzichtet.

Ergebnis Fragestellung 2a)

Es soll untersucht werden, ob stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder im Vorschulalter bei deren Bezugspersonen Akzeptanz finden würden, wenn diese ohne Begleitperson stattfinden würden. Das Ergebnis lautet: Lediglich 0,8 % der befragten $n=130$ Begleitpersonen hätten einer stationären Reha-Maßnahme ihres Kindes unter diesen Bedingungen zugestimmt, 99,2 % wären dagegen gewesen. Das Ergebnis zeigt, dass der Begleitwunsch der Bezugspersonen nicht mit dem Alter des Kindes zusammenhängt, weil nicht nur die Begleitpersonen der jüngeren Kinder (< 5 Jahre) in dieser Studie sondern auch diejenigen der älteren Kinder (> 5 Jahre) angaben, dass sie einer Reha-Maßnahme ihres Kindes ohne Begleitperson nicht zugestimmt hätten.

Ergebnis Fragestellung 2b)

Es wurde untersucht, aus welchen Gründen Eltern ihr Kind während dessen stationärer Rehabilitationsmaßnahme begleiten. Im *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* wurden sechs Antwortkategorien vorgegeben (Mehrfachantworten waren möglich). Das Ergebnis der Befragung von $n=130$ Begleitpersonen lautet:

1. „Mein Kind würde ohne Begleitperson Heimweh haben.“ (77,5 %)
2. „Mein Kind ist noch zu klein.“ (74,4 %)
3. „Es ist mir wichtig, bei den medizinischen Untersuchungen meines Kindes dabei zu sein.“ (63,9 %)
4. „Eine Trennung von meinem Kind würde ich nicht aushalten.“ (48,8 %)
5. „Ich befürchte, dass mein Kind ohne meine Begleitung nicht bei den Therapien mitmacht.“ (34,9 %)
6. „Ich habe als Kind selbst schlechte Erfahrungen mit einer Reha-Maßnahme gemacht, die ich meinem Kind ersparen möchte.“ (7,0 %)

Darüber hinaus konnten die Begleitpersonen freie schriftliche Angaben machen, die über die vorgegebenen Kategorien hinausgehende Gründe für die Begleitung des Kindes aufzuführen. Von 18 Begleitpersonen liegen Angaben vor. Diese wurden zu sieben Themenbereichen zusammengefasst. Die dazugehörigen freien Angaben der Begleitpersonen werden als Zitat aufgeführt.

1. Die Reha-Maßnahme ist zu lang (n=2)

- „Für die Dauer von 6 Wochen würde ich mein Kind keinesfalls allein lassen, ein kürzerer Zeitraum (bis 3 Wochen) wäre denkbar.“
- „Eine so lange Trennung würde sicherlich den Erfolg der Kur in Frage stellen, mein Sohn hätte sicherlich Probleme.“

2. Mangelndes Vertrauen in das Reha-Personal (n=2)

- „Ich würde mein Kind nie blind in fremde Hände geben!“
- „Ich übertrage keiner anderen Person die Verantwortung. Verschiedene Gründe.“

3. Psychologische Begründung (n=9)

- „Aus seelischen Gründen meines Sohnes, denke ich, würde die Kur nicht den Erfolg haben, wenn er allein gewesen wäre.“
- „Ich kenne mein Kind, der kommt alleine nicht klar, es ist ein Mama-Kind. Er war noch nie alleine.“
- „Kind war noch nie von mir getrennt und somit wäre ein Heilungsprozess eher negativ (auch die Meinung des Hausarztes).“
- „Mein Kind hat alleine Angst, vor allem vor Untersuchungen und Tests (alles was mit Ärzten zu tun hat).“
- „Aufgrund seiner Vorgeschichte und seiner sozial ernsthaften Art wäre der Heilungserfolg nicht gegeben. Er hätte zuviel Angst, wäre in der Entwicklung blockiert.“
- „Meine Meinung ist es, dass mein Kind ohne ein Elternteil mehr krank sein würde, als es ohnehin schon ist. Eltern können besser trösten und fürs eigene Kind da sein als eine Betreuungsperson für mehrere Kinder.“
- „Mein Kind würde Schaden nehmen, da er emotional noch recht unreif ist für seine 7 Jahre.“
- „Da Reha-Maßnahmen in weiterer Zukunft immer wieder zu dem Leben meines Kindes gehören – möchte ich dass mein Kind sich bei der Reha wohl fühlt (ohne Heimweh, Einsamkeit) bis er selbstständig ist um diese alleine zu absolvieren.“
- „Meiner Tochter das Gefühl zu geben diese Reha mit ihr zu durchgehen!“

4. Negative Reha-Erfahrungen von Bekannten (n=1)

1. „Ich kenne viele Menschen, die als Kind ohne Begleitung schlechte Erfahrungen gemacht haben.“

5. Bezugsperson möchte den Verlauf der Reha selbst erleben (n=1)

- „Ich möchte gerne an dem Verlauf teilnehmen.“

6. Bezugsperson benötigt Informationen/Erfahrungsaustausch über die Erkrankung des Kindes (n=2)

- „Weil ich selbst Informationen benötige!“
- „Die ersten 7 Punkte der Frage 12 würden entfallen, die ich für sehr wichtig halte (Info über die Erkrankung, Einblick in neue Behandlungsmethoden, praktische Erfahrung in der Behandlung der Erkrankung meines Kindes, psychologische Unterstützung, Erfahrungsaustausch, neue Kontakte zu anderen Betroffenen, Anregung für die Erziehung meines Kindes).“

7. Eigener Erholungsbedarf der Bezugsperson (n=1)

- „Ich brauche auch Erholung, ich brauche meine Informationen.“

Ergebnis Fragestellung 2c)

Es wurde mit dem *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* untersucht, welche Erwartungen Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind und an den eigenen Reha-Aufenthalt haben. Die Erwartungen der Begleitpersonen an den Psychologischen Bereich der Fachklinik Satteldüne werden bei der Ergebnisdarstellung besonders hervorgehoben.

In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis für die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihre Kinder dargestellt. Die in der Tabelle aufgeführten Antwortkategorien wurden vorgegeben, Mehrfachantworten waren möglich.

Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihre Kinder:	Antwort: „Trifft zu“ Prozent (Häufigkeit)
Medizinische Unterstützung und Therapie der Erkrankung	89,1 % (n=115)
Erholung und Entspannung	86,0 % (n=111)
Schulung im Umgang mit der Erkrankung	73,6 % (n=95)
Erlernen eines selbständigen Umgangs mit der Erkrankung	59,7 % (n=77)
Kontakte zu anderen Betroffenen	44,2 % (n=57)
Psychologische Unterstützung	40,3 % (n=52)
Weitere Erwartungen	29,5 % (n=38)

Tab. 41. Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für das Kind (n= 129, t1).

Nachfolgend wird das Untersuchungsergebnis für die Erwartungen der Begleitpersonen an den eigenen Reha-Aufenthalt aufgeführt. Die Kategorien wurden vorgegeben, Mehrfachantworten waren möglich.

Erwartungen der Begleitperson an die eigene Reha-Maßnahme:	Antwort: „Trifft zu“ Prozent (Häufigkeit)
Information über die Erkrankung meines Kindes	78,3 % (n=101)
Einblicke in neue Behandlungsmethoden	76,0 % (n=98)
Praktische Erfahrung in der Behandlung meines Kindes	72,9 % (n=94)
Erholung und Entspannung	65,1 % (n=84)
Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen	59,7 % (n=77)
Anregung für die Erziehung meines Kindes	36,4 % (n=47)
Neue Kontakte zu anderen Betroffenen	34,9 % (n=45)
Psychologische Unterstützung	34,9 % (n=45)
Freizeit außer Haus, auch ohne die Kinder	24,8 % (n=32)
Entlastung von der Verantwortung für mein Kind	7,8 % (n=10)
Weitere Erwartungen	13,2 % (n=17)

Tab. 42. Erwartungen der Begleitperson an die eigene Reha-Maßnahme (n= 129, t1).

Bei der Beantwortung der *Items 10* und *12* (Erwartungen für das Kind bzw. für die Begleitpersonen) konnten die Begleitpersonen freie Angaben machen, die weitere über die vorgegebenen Kategorien hinausgehende Erwartungen aufführen. Diese Angaben wurden zu übergeordneten Bereichen zusammengefasst, die im folgenden als Überschriften für die einzelnen von den Begleitpersonen frei formulierten Erwartungen dienen.

Erwartungen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind (freie Angaben von 29 Begleitpersonen):

1. Stabilisierung der Gesundheit des Kindes (n=4)

- „Endgültige Stabilisierung der Gesundheit meines Kindes.“
- „Stabilisierung seines Gesundheitszustandes für den Winter.“
- „Stabilisierung des Gesundheitszustandes.“
- „Stabilen Gesundheitsstatus erhalten.“

2. Besserung der Erkrankung / Stärkung des Immunsystems / Nutzung des Klimaefektes (n=12)

- „Langfristige Besserung.“
- „Das sich das Krankheitsbild verbessert.“
- „Verbesserung des allgemeinen Zustandes, Abhärtung.“
- „Deutliche Besserung des Allgemeinzustandes.“
- „Besserung der Krankheit.“
- „Das für das Kind der Winter durch die Kur besser ist (weniger Infekte).“
- „Eine schöne Zeit an guter Luft.“
- „Besserung durch Klimawechsel.“
- „Immunsystem stärken durch das Klima auf Amrum und damit besser gewappnet zu sein gegen Infekte im Winter.“
- „Verbesserung des Krankheitsbildes, Stärkung des Immunsystems.“
- „Stärkung der Abwehrkräfte.“
- „Stärkung des Immunsystems.“

3. Heilung der Erkrankung (n=4)

- „Eventuelle Heilung der Erkrankung.“
- „Erfolg zur Heilung.“
- „Genesung – Stärkung des Immunsystems, „Verschleissen/Auswachsen“ des Asthmas durch Klimawechsel; neue Ideen: alternative Naturheilverfahren wie z.B. Stärkung der Darmschleimhäute.“
- „Gesundheit.“

4. Information (Umgang mit der Erkrankung) (n=1)

- „Anleitung zum Umgang mit der Krankheit, soziale Kontakte.“

5. Information erhalten über Erfolge der Schulungen des Kindes (n=1)

- „Das ich unterrichtet werde von den evtl. Erfolgen der Schulungen meines Kindes.“

6. Diagnostik (n=1)

- „Beobachtung durch Fachpersonal, ob weitere Untersuchungen notwendig sind.“

7. Besserung der Erkrankung durch Veränderung der Lebensbedingungen und erholte Bezugsperson (n=1)

- „Ruhigerer Tagesablauf als zu Hause, weniger gestresste Bezugsperson, Besserung der Krankheit.“

8. Verhaltensänderung des Kindes erzielen (n=3)

- „Lernen im sozialen Umgang mit Gleichaltrigen.“
- „Erhöhte Selbständigkeit des Kindes.“
- „Besseres Essverhalten lernen.“

9. Spaß (n=2)

- „Spaß.“
- „Spaß bei den Therapien.“

Im folgenden werden die Erwartungen die Begleitpersonen an den eigenen Reha-Aufenthalt dargestellt, die diese zusätzlich zu den vorgegebenen Kategorien formuliert haben. Die Antworten wurden zu fünf Bereichen zusammengefasst, die als Überschriften für die freien Angaben dienen.

Erwartungen der Begleitpersonen an die eigene Reha-Maßnahme (freie Angaben von 14 Begleitpersonen):

1. „Loslassen“ des Kindes erlernen (n=1)

- „„Loslassen“ meines jüngsten Kindes im Vertrauen, dass es sein Leben wohl behütet selbst meistern kann.“

2. Selbst aktiv etwas gegen die Erkrankung des Kindes tun können / Information erhalten (n=4)

- „Das Gefühl, die Erkrankung meiner Tochter nicht einfach hingenommen zu haben.“
- „In dieser Zeit Informationen & Tipps zu bekommen, sich intensiver zu informieren, weil zu Hause die Zeit und Ruhe fehlt.“
- „Information über Alternativen zur reinen medikamentösen Behandlung der Erkrankung.“
- „Ich erwarte Alternativen zu nur medikamentöser Behandlung.“

3. Etwas für die eigene Gesundheit tun (n=4)

- „Neue Kraft für mich und endlich genügend Zeit für mich.“
- „Info über Gewichtsprobleme / Diätberatung.“
- „Gewichtszunahme, Stressabbau.“
- „Aufklärung und Tipps zur Ernährung, Verhalten in der Schwangerschaft bei hohem Allergierisiko.“

4. Psychologische Unterstützung (n=1)

- „Psychologische Gespräche.“

5. Mehr Zeit für das Kind haben (n=4)

- „Zeit für mein Kind haben.“
- „Mehr Zeit für mein Kind.“
- „Erholung und Entspannung mit dem Kind zusammen, mehr Zeit mit meinem Kind zusammen verbringen zu können, mehr Muße, weniger Terminzwänge – die durch Berufstätigkeit sonst immer an der Tagesordnung stehen, die Seele baumeln lassen zu können.“
- „Tolle Unternehmungen mit Kindern zu denen man sonst nicht kommt + Spaß!“

Ergebnis Fragestellung 2d)

Die Frage 2d) zielt darauf ab herauszufinden, wie stark zu Beginn des Reha-Aufenthaltes das Interesse der Begleitpersonen für die verschiedenen Angebote der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen ist. Als Schwerpunkt wird deren Interesse an den Angeboten des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen ausgewertet. Die nachfolgende Tabelle listet das Interesse von n= 128 Begleitpersonen an allen Angeboten auf, die in der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen vorhanden sind.

Mein eigenes Interesse für dieses Angebot für Begleitpersonen ist ...	sehr gering / gering	mittel	Stark/ sehr stark
Medizinischer Bereich:			
Begleitung ihres Kindes zu den ärztlichen Visiten und Untersuchungen	0,8 %	3,9 %	95,4 %
Begleitung ihres Kindes zu Therapiemaßnahmen	2,3 %	20,3 %	77,4 %
Psychologischer Bereich:			
Erziehungsberatung	26,2 %	31,7 %	42,1 %
Psychologische Einzelgespräche	44,7 %	28,9 %	26,5 %
Entspannungstraining	24,3 %	26,8 %	48,8 %
Fortbildungsangebote für Begleitpersonen:			
Schulungen über die Erkrankung des Kindes	3,9 %	13,3 %	82,8 %
Physiotherapie-Bereich:			
Krankengymnastische Behandlung	12 %	20,0 %	68 %
Diätküche:			
Diätberatung	36,4 %	14,0 %	49,6 %
Diätessen für Begleitpersonen, die abnehmen möchten	43,4 %	11,7 %	45 %
Sportbereich:			
Sportangebote für Begleitpersonen	14,2 %	23,8 %	62 %
Freizeitangebote:			
Freizeitangebote in der Fachklinik Satteldüne (z.B. Bastelraum, Bücherei, Schwimmbad, Sauna)	3,9 %	23,6 %	72,4 %
Freizeitaktivitäten außer Haus mit den Kindern	3,2 %	15,1 %	81,8 %
Freizeit außer Haus ohne die Kinder	31,8 %	31,0 %	37,3 %
Erfahrungsaustausch:			
Mit anderen Begleitpersonen	12,5 %	27,3 %	58,6 %
Mit anderen Patienten	19,5 %	34,1 %	46,3 %
Mit Stationsmitarbeitern	5,5 %	30,2 %	64,3 %

Tab. 43. Interesse der Begleitpersonen an Angeboten und Möglichkeiten für Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne (n=128, t1).

Ergebnis Fragestellung 2e)

Mit der Fragestellung 2e) soll herausgefunden werden, welche Angebote der Fachklinik Satteldüne die Begleitpersonen für ihr Kind favorisieren. Das Ergebnis – begrenzt auf die Angebote des Psychologischen Bereichs – ist in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt .

Dass mein Kind an diesem Angebot teilnimmt, ist mir.....	gar nicht wichtig / weniger wichtig	weder wichtig noch unwichtig	Wichtig / sehr wichtig
Psychologischer Bereich:			
Entspannungstraining für Kinder	15,7 %	20,5 %	63,8 %
Psychologische Einzeltherapie	35,8 %	30,1 %	34,1 %
Diagnostik bei Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	22,2 %	18,3 %	59,5 %

Tab. 44. Interesse der Begleitpersonen zu t1 an Angeboten des Psychologischen Bereichs für das begleitete Kind, n=129

Für Begleitpersonen rangiert in der Wichtigkeit der psychologischen Maßnahmen für ihr Kind an erster Stelle das Entspannungstraining, gefolgt von den diagnostischen Maßnahmen bei Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes und der psychologischen Einzeltherapie für das Kind während der Reha-Maßnahme.

Ergebnis Fragestellung 3a)

Fragestellung 3a) zielt auf die Evaluation des Reha-Angebotes für Begleitpersonen durch die Begleitperson ab. Die Tabelle zeigt, welche Angebote und Möglichkeiten die Begleitpersonen während ihres Aufenthaltes in der Fachklinik Satteldüne genutzt haben (Angaben in Prozent).

Folgende Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen habe ich.....	Regelmäßig	Unregelmäßig	Nie
	wahrgenommen		
Medizinischer Bereich			
Begleitung des Kindes zu den täglichen ärztlichen Visiten	97,4 %	2,6 %	-
Begleitung des Kindes zu ärztlichen Untersuchungen	96,5 %	2,6 %	0,9 %
Begleitung des Kindes zu Therapiemaßnahmen	85,1 %	7,9 %	7,0 %
Psychologischer Bereich			
Erziehungsberatung	8,0 %	8,0 %	83,9 %
Psychologische Einzelgespräche	6,1 %	5,3 %	88,6 %
Entspannungstraining	9,7 %	13,3 %	77,0 %

Fortbildungsangebote (Schulungen)¹⁶			
Asthmaschulung für Bp	66,4 %	8,6 %	25,0 %
Neurodermitisschulung für Bp	28,6 %	7,6 %	36,2 %
Elternabende für Eltern von Kindern mit Mukoviszidose	2,0 %	1,0 %	97,0 %
Schulung für Eltern von übergewichtigen Kindern	2,9 %	-	97,1 %
Physiotherapie-Bereich			
Begleitung des Kindes zur Atemgymnastik	45,8 %	11,2 %	43,0 %
Begleitung des Kindes zur Schulung durch Krankengymnasten	15,2 %	4,8 %	80,0 %
Diätküche			
Diätberatung (nach ärztlicher Verordnung)	10,5 %	8,6 %	81,0 %
Diätessen für Begleitpersonen, die abnehmen möchten	3,8 %	1,9 %	94,3 %
Sportbereich			
Sport für Begleitpersonen	2,9 %	14,6 %	82,5 %
Nutzung des Krafraums	1,0 %	9,5 %	89,5 %
Freizeitangebote			
Bastelangebote / Kreativraum	25,7 %	46,0 %	28,3 %
Schwimmbad	28,1 %	36,8 %	35,1 %
Sauna	3,5 %	3,5 %	92,9 %
Fernseh-Raum	12,3 %	43,9 %	43,9 %
Bücherei	13,2 %	26,3 %	60,5 %
Begleitpersonen-Café	15,7 %	33,3 %	50,9 %
Freizeit-Aktivitäten auf der Insel	22,7 %	48,2 %	29,1 %
Freizeit ohne die Kinder	11,5 %	57,5 %	31,0 %
Erfahrungsaustausch / Gespräche			
Mit anderen Begleitpersonen	59,6 %	35,1 %	5,3 %
Mit anderen Patienten	27,3 %	33,6 %	39,1 %
Mit Stationsmitarbeitern	1,8 %	20,4 %	16,8 %

Tab. 45. Nutzung der Angebote und Möglichkeiten der FK Satteldüne durch die Bps (Angabe zu t2)

¹⁶ Das Untersuchungsergebnis für die Teilnahme an den Schulungen für Bps ist nur eingeschränkt interpretierbar, da es im Untersuchungszeitraum bei den befragten Bps nur einen geringen Prozentsatz von Kindern gab, die von den Erkrankungen Mukoviszidose oder Adipositas betroffen waren und diesbezügliche Schulungen nur selten angeboten wurden. Für die Teilnahme an den regelmäßig angebotenen AS- oder ND-Schulungen gilt, dass diese hauptsächlich von denjenigen Bps besucht wurden, deren Kind auch an einer der Erkrankungen leidet. Es lässt sich daher aus den abgebildeten Prozentzahlen nicht interpretieren, dass eine Schulung besser oder schlechter besucht wurde als die andere.

Die Untersuchungsergebnisse bezogen auf die Angebote des Psychologischen Bereichs zeigen eine starke Diskrepanz zwischen dem Interesse der Begleitpersonen an den psychologischen Interventionen zu Beginn der Reha-Maßnahme (vgl. Fragestellung 2d) und den tatsächlichen Teilnehmezahlen. Nur ein Drittel bis etwa die Hälfte der anfänglich Interessierten nahm im Untersuchungszeitraum an den psychologischen Angeboten teil.

In der nächsten Tabelle ist dargestellt, wie **zufrieden** die befragten Begleitpersonen im Zeitraum 08 - 12 / 2002 mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne waren, die sie selbst als Begleitpersonen betreffen. 117 Begleitpersonen haben dazu im *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* Angaben gemacht.

Wie zufrieden waren Sie mit....	Unzufrieden / eher unzufrieden	mittel	eher zufrieden / zufrieden
1. Service Speisesaal	8,7 %	18,3 %	73 %
2. Essen	12 %	16,3 %	71,8 %
3. Medizinischer Bereich	8,8 %	19,5 %	71,6 %
4. Verwaltung	9,7 %	25,4 %	64,9 %
5. Psychologischer Bereich	12,4 %	22,9 %	64,7 %
6. Rezeption / Anmeldung	8,9 %	24,8 %	66,3 %
7. Unterkunft	18,1 %	19,8 %	62,1 %
8. Fortbildungsangebote für Bps (z.B. Asthmaschulung)	16,5 %	27,5 %	56 %
9. Sauberkeit im Haus	28,4 %	17,2 %	54,3 %
10. Sport für Bps	29,8 %	23,4 %	46,8 %
11. Diätberatung	24,6 %	39,3 %	36,1 %
12. Freizeitangebote für Bps	45,6 %	24,3 %	30,1 %

Tab. 46. Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den Angeboten der FK Satteldüne für Begleitpersonen

An dieser Stelle soll das Untersuchungsergebnis für den Psychologischen Bereich hervorgehoben werden. Mit dem Psychologischen Bereich zeigten sich mit 64,7 % ca. zwei Drittel der Befragten „eher zufrieden“ bis „zufrieden“. 12,4 % gaben an, hiermit „unzufrieden“ zu sein.

Verbesserungsbedarf besteht aus der Sicht der Begleitpersonen bei den Bereichen „Freizeit- und Sportangebote“ sowie „Sauberkeit im Haus“ und „Diätberatung“. Mit diesen Bereichen waren jeweils mehr als ein Viertel der Befragten „unzufrieden“.

Ergebnis Fragestellung 3b)

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie die befragten Begleitpersonen die **Effektivität der Fortbildungsangebote** hinsichtlich verschiedener Faktoren bewerten. Die Daten basieren auf den Angaben, die n=1 03 Begleitpersonen zu *Item 5* des „*Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen*“ gemacht haben.

Wie schätzen Sie die Effektivität der Fortbildungsangebote für Bps ein, hinsichtlich...	Sehr gering / gering	mittel	Hoch / sehr hoch
Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung	14,6 %	33,0 %	52,5 %
Kennen lernen neuer Therapiemethoden	26,5 %	33,3 %	40,2 %
Umgang mit der Erkrankung im Alltag	24,3 %	33,0 %	42,7 %
Erfahrungsaustausch mit anderen Bps	20,4 %	33,0 %	46,6 %

Tab. 47. Effektivität der Fortbildungsangebote für Begleitpersonen (n=103)

Ergänzend zu *Item 5* konnten die Begleitpersonen im „*Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen*“ freie Angaben dazu machen, was ihnen in den Schulungen für Begleitpersonen gefehlt hat. Von dieser Möglichkeit haben 36 Begleitpersonen Gebrauch gemacht. Diese Angaben werden zusammengefasst zu verschiedenen Bereichen dargestellt.

Alternative Behandlungsmethoden (n=4)

- „Alternative Behandlungsmethoden.“ (n=2)
- „Eine offene Runde für Schlagabtausch hinsichtlich der eigenen Erfahrungen mit Anschluss einer medizinischen Zusammenfassung evtl. erfolgreichen gegangenen Wege, gerade auch der unkonventionellen Möglichkeiten.“
- „Vorträge sollten von Fachkräften gehalten werden („Hautpflege für Neurodermitiker“ nicht von Psychologen sondern von Hautärzten), die „reine Schulmedizin“ sollte verlassen werden.“

Zeit (n=6)

- „Ich glaube die Zeit war zu kurz um mit dem Stoff durchzukommen, da ja auch Einwände von anderen Begleitpersonen dazu kamen und diese geklärt wurden. Es war interessant, aber sollte eine halbe bis ¾ Stunde länger gehen.“
- „Dass sie nur 2 x stattfand.“
- „Zu wenig (n=2), keine Gespräche mit anderen Begleitpersonen, keine aktiven Übungen.“
- „Zeit! Die Schulung könnte aufbauend 4-5 mal ca. 2-3 Stunden stattfinden. Ich kenne aus einer Klinik auf Norderney die dortige AS-Schulung, die 25 Stunden umfasste und durch viele Wiederholungen und auch medizinisches Wissen sehr informativ war und einen sicheren Umgang mit der Krankheit brachte.“
- „Es gab keine Schulung über Mukoviszidose.“

Inhalt (n=20)

- „Praktische Hilfestellungen/Anwendungen (n=3), zu viele Personen, zu sehr fachlich, Atemgymnastik wurde nicht vermittelt.“
- „Kennenlernen neuer Therapiemethoden, Medikamente, Kosmetika.“
- „Erfahrungsaustausch.“
- „Einzelschulungen mit meinem Kind zusammen.“
- „Tipps für den Notfall. Praktische Übungen zur Atemerleichterung.“
- „Die Schulung war oberflächlich; es fehlte an Entspannungstechniken für Eltern und Kinder gemeinsam.“
- „Ich habe mich schon die Jahre vorher sehr viel und aus verschiedenen Sichten informiert. Mir dann einen eigenen Weg gemacht der sehr gut funktioniert.“
- „Tiefer gehende Erkenntnisse. Ich komme aus dem medizinischen Bereich und kenne mich oberflächlich gut aus. Hätte mir mehr Infos erhofft und praktische Tips, z.B. wenn des Kind nicht mehr inhalieren will und völlig durchhängt. Insgesamt fehlten praktische Tips, die man zu Hause anwenden kann im Alltagsgeschehen.“

- „Vieles weiß man schon, mehr über andere Krankheitsbilder / Krupp-Husten, mehr über Wirkung von bestimmten Medikamenten.“
- „Die erste Neurodermitisschulung war für mich viel zu trocken gestaltet. Das kannte ich schon alles.“
- „Das persönliche Gespräch über Situationen im Alltag unter Einbezug persönlicher Erfahrung der Begleitpersonen. Allgemeine Gespräche über eventuelle Situationen finde ich überflüssig, wenn kein Betroffener dabei ist.“
- „Die Neurodermitisschulung war im Gegensatz zur Asthmaschulung total langweilig. Konnte mir leider keine neuen Erkenntnisse liefern. Kein fesselnder Vortrag!“
- „Ich habe mich vorher durch Bücher über die Erkrankung meines Kindes informiert und daher nicht viel Neues erfahren. Einzige Ausnahme: der Vortrag über Inhalationstechniken. Der war sehr informativ.“
- „Alltagsrelevante Themen, neue Therapiemethoden, Infos über die verschiedenen Medikamente.“
- „Tiefe des Wissens + medizinische Forschungsergebnisse.“
- „Ernährung! Kreonbeigabe, Psychologische Situationen mit der Krankheit, Schulung des Kindes!!! (CF).“
- „Neuigkeiten zum Thema Asthma bzw. es war anfürsich immer das Gleiche in den 4 Sitzungen. Man hat nichts Neues erfahren.“
- „Eine ruhigere Atmosphäre (z.B. großer Schulungsraum und nicht der Hof).“

Verständlichkeit / Kompetentes Schulungspersonal (n=6)

- „Erklärungen im einfachen „Deutsch“!“
- „Schulungen schwankten in der Verständlichkeit für Laien.“
- „Eine kompetente Schulkraft!“
- „Verständliche Erklärung für eine Frage wurde erst nach mehrmaligem Fragen erfüllt.“
- „Die Veranstaltung von Frau XY. war eine Frechheit. Zuerst kam sie ½ Stunde zu spät und dann erhielten wir eine Pariboy-Verkaufsveranstaltung. Die Veranstaltung von Dr. XY war ebenfalls eine Katastrophe. 1. konnte man ihn akustisch kaum verstehen und 2. unterbrach er viele Fragen, die gestellt wurden. Er schaute permanent auf seine Uhr und gab uns zu verstehen, dass er eigentlich gar keine Zeit hatte.“
- „Gruppenarbeit, learning by doing, bei den Schulungen durch Psychologen fehlte die Rhetorik und praktische Erfahrung!“

Im folgenden werden die Ergebnisse für das *Item 4* des „Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen“ dargestellt. Mithilfe von vorgegebenen Kategorien wurden Gründe für die unregelmäßige oder fehlende Teilnahme der Begleitpersonen an den sie selbst betreffenden Fortbildungsangeboten erhoben.

Gründe für unregelmäßige- oder Nicht-Teilnahme an den Fortbildungsangeboten für Begleitpersonen (Kategorien)	Trifft nicht zu	Trifft zu
Es gab organisatorische Probleme (z.B. zeitliche Überschneidung mehrerer Angebote)	96,7 %	3,3 %
Die Betreuung der Kinder während der Schulung gestaltete sich schwierig	86,7 %	13,3 %
Ich hatte kein Interesse	97,8 %	2,2 %
Ich habe ausreichende Vorkenntnisse	84,4 %	15,6 %
Sonstige Gründe	81,1 %	18,9 %

Tab. 48. Gründe für unregelmäßige oder fehlende Teilnahme der Bps an den Fortbildungsangeboten (n=90)

Die Kategorie „Sonstige Gründe“ konnte durch freie Angaben durch die Begleitperson näher spezifiziert werden. Von dieser Möglichkeit haben acht Begleitpersonen Gebrauch gemacht. Die Angaben lauten im Einzelnen:

Sonstige Gründe (freie Angaben, n=8)

- „Ich hätte gerne an mehr Schulungen mit dem Kind teilgenommen (Atemgymnastik) aber es wurde mir nur an den letzten Tagen ermöglicht und nur da das Kind einen Infekt hatte. Ich hätte mir mehr Schulung speziell mit dem Kind in diesem Bereich gewünscht!“
- „Fand nur zwei Mal statt“
- „In der Zeit (23.9.-16.10.2002) wurde es nur 1 x angeboten“
- „Wird auch zu unmöglichen Zeiten angeboten (abends 20 Uhr“)
- „Keine CF Schulung, welche ich gerne besucht hätte“
- „Keine Schulung für Krankheitsbild des Kindes vorhanden (CF)“
- „Mein Kind wollte nicht in der angebotenen Kinderbetreuung (Kindergruppe) bleiben, deshalb konnte ich nicht teilnehmen“
- „Die Neurodermitisschulung war nicht effektiv genug“
- „Das Wetter war zu gut um mitten am Nachmittag drinnen zu sitzen“

In der nachfolgenden Tabelle wird dargestellt, wie die befragten Begleitpersonen die **Effektivität der Fortbildungsangebote für ihre Kinder** hinsichtlich verschiedener Faktoren bewerten.

Wie schätzen Sie die Effektivität der Patientenschulungen für Ihr Kind ein, hinsichtlich...	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
1. ...Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung.	5,2 %	9,4 %	33,3 %	38,5 %	13,5 %
2. ...Kennen lernen neuer Therapiemethoden.	9,5 %	13,7 %	30,5 %	31,6 %	14,7 %
3. ...Umgang mit der Erkrankung im Alltag.	6,3 %	10,4 %	34,4 %	33,3 %	15,6 %
4. ... Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten.	16,1 %	17,2 %	30,1 %	22,6 %	14,0 %

Tab. 49. Effektivität der Patientenschulungen für die begleiteten Kinder aus Sicht der Bp (n=96)

Darüber hinaus wurden die Begleitpersonen im „Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen“ nach den Gründen gefragt, aus denen ihr Kind während der Reha-Maßnahme ggf. nicht oder nicht regelmäßig an den Patientenschulungen teilgenommen hat. In der Tabelle sind die prozentualen Häufigkeiten aufgelistet.

Gründe für unregelmäßige – oder Nicht-Teilnahme an den Patientenschulungen	Trifft nicht zu	Trifft zu
Es gab organisatorische Probleme (z.B. zeitliche Überschneidung von Angeboten)	99,1 %	0,9 %
Mein Kind hatte kein Interesse	99,1 %	0,9 %
Mein Kind hat ausreichende Vorkenntnisse	100 %	-
Mein Kind ist noch zu klein (unter 4 Jahren)	88,8 %	11,2 %
Sonstige Gründe	90,5 %	9,5 %

Tab. 50. Gründe für unregelmäßige- oder Nicht-Teilnahme des begleiteten Kindes an den Patientenschulungen aus Sicht der Begleitperson (n=116)

Von acht Begleitpersonen liegen freie Angaben vor, die die Antwortkategorie „sonstige Gründe“ näher spezifizieren. Aufgeführt wurden folgende Begründungen:

- „Mein Kind hat nur an den Schulungen nicht teilgenommen, die auf Satt II (*Anmerkung: Nebenhaus der FK Satteldüne*) auch nicht angeboten wurden bzw. nicht seine Erkrankung betrafen.“
- „Von mir vergessen 1x; 1x von den Schwestern trotz Zusage (1x zu Anfang wusste ich nicht, dass sie nicht gebracht werden sondern ich sie bringen muss).“
- „Pneumonie! 3 Wochen lang.“
- „Krankheit.“
- „Es gab keine Schulung für Mukoviszidose-Patienten“ (n=2)
- „Ein Mal wurde der Termin in der Kinderbetreuung übersehen.“
- „Gutes Wetter – aufhalten an der Wasserkante war für die Bronchien wichtiger.“
- „Nur Atemgymnastik von Interesse.“

Ergebnis Hypothese 4a)

Es wurde untersucht, ob ein linearer Zusammenhang zwischen den Merkmalen „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“ und deren „Einschätzung des Rehabilitationserfolgs ihres Kindes“ besteht. Die Hypothese 4a) konnte bestätigt werden.

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der deskriptiven Datenanalyse.

	m	s	min	max
Skala 4: Gesamtwert „Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot“ (n=114) (<i>Abreise-Fragebogen Items 01.1 – 01.7</i>)	0,17	0,90	-1,86	1,71
Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Bp (n=112) (<i>Abreise-Fragebogen Item 13.1</i>)	0,68	1,06	-2,00	2,00

Tab. 51. Deskriptive Datenanalyse Hypothese 4a)

Im Durchschnitt liegt die unabhängige Variable „Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem eigenen Reha-Angebot“ zum Ende der Reha-Maßnahme mit einem Mittelwert von 0,17 in einem Bereich, der als mittlere Zufriedenheit gewertet werden kann. Die Streuung ist mit 0,90 jedoch stark.

Die abhängige Variable „Beurteilung des Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson“ liegt bei $m=0,68$. Dies entspricht einem mittleren bis hohen Reha-Erfolg des Kindes. Es liegt eine starke Streuung der Werte vor ($s=1,06$). Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeitsverteilung:

Beurteilung des Reha-Erfolgs für Ihr Kind. Antwort:	Häufigkeit	Gültige Prozente
Sehr gering	7	6,3
Gering	4	3,6
Mittel	32	28,6
Hoch	44	39,3
Sehr hoch	25	22,3

Tab. 52. Ergebnis AV: Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson (n=112)

Zusammenfassend betrachtet ist für 9,9 % der Befragten der Reha-Erfolg des Kindes „sehr gering“ bis „gering“. 28,6 % geben an, dass der Reha-Erfolg des Kindes „Mittel“ ist. Für mehr als die Hälfte der Befragten (61,9 %) liegt der Reha-Erfolg des Kindes im Bereich „hoch“ bis „sehr hoch“.

Das folgende Streudiagramm stellt die gemeinsame Verteilung der Variablen dar.

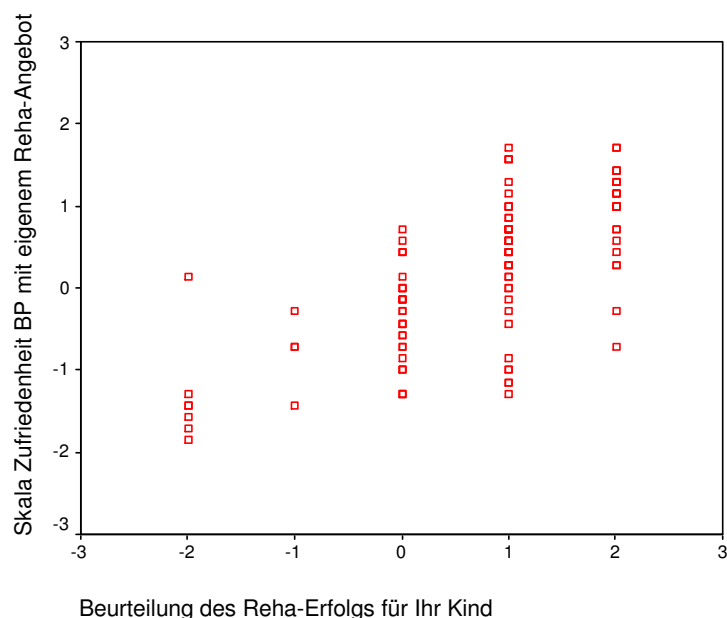


Abb. 6. Streudiagramm für die Variablen „Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot“ und „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Bp“

Die graphische Darstellung lässt auf einen positiven linearen Zusammenhang zwischen den Variablen schließen. Die statistische Überprüfung bestätigt dies. Ergebnis: Die Korrelation von $r = 0,696$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant. Je zufriedener die Begleit-

person zu t2 mit dem eigenen Reha-Angebot ist, desto positiver stuft sie den Reha-Erfolg für ihr Kind ein.

Ergebnis Hypothese 4b)

Es wurde untersucht, ob ein linearer Zusammenhang zwischen den Merkmalen „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und deren „Beurteilung des Reha-Erfolgs für ihr Kind“ besteht. Die Hypothese 4b) konnte bestätigt werden.

Für die unabhängige Variable ergab die deskriptive Datenanalyse folgendes Ergebnis:

	m	s	min	max
Skala 3: Gesamtwert „Zufriedenheit der Bp mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ (n=107) (Abreise-Fragebogen Items 07.1-07.6)	0,43	1,0	-2,00	2,00

Tab. 53. Deskriptive Datenanalyse Hypothese 4b)

Der Mittelwert der UV „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ von $m=0,43$ liegt in einem Bereich, der als mittlere bis hohe Zufriedenheit gewertet werden kann. Die Streuung der Werte ist mit 1,0 jedoch groß.

Der Mittelwert der abhängigen Variable (Beurteilung Reha-Erfolg des Kindes durch die Begleitperson) ist unter „Ergebnis Hypothese 4a)“ dargestellt.

Das folgende Diagramm veranschaulicht den linearen Zusammenhang zwischen den Merkmalen:

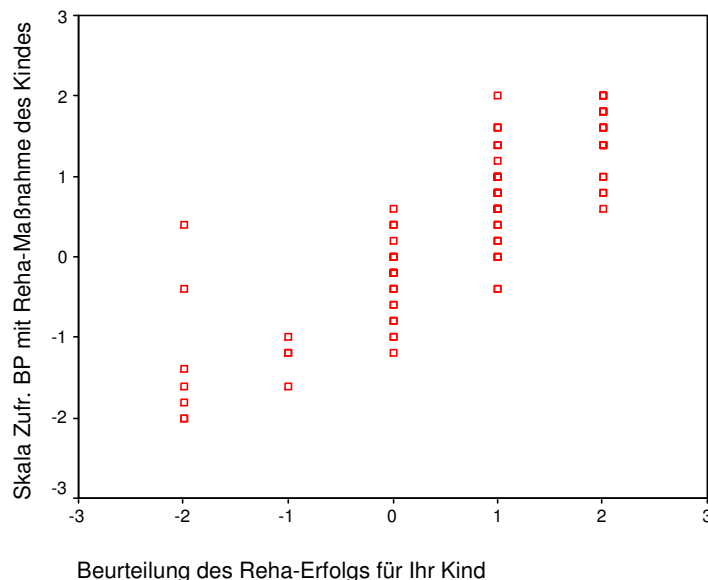


Abb. 7. Streudiagramm für die Merkmale „Zufriedenheit der Bp mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Bp“

Die graphische Darstellung zeigt einen positiven linearen Zusammenhang zwischen den Variablen. Die statistische Datenauswertung bestätigt dies. In der vorliegenden Untersuchung besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Die Korrelation von $r = 0,843$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant. Je zufriedener

die Begleitperson zu t2 mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes ist, desto positiver bewertet sie dessen Reha-Erfolg.

Ergebnis Hypothesen 5a-d.)

In der folgenden Tabelle ist das deskriptive Untersuchungsergebnis (Mittelwert und Standardabweichung der unabhängigen und abhängigen Variablen) für die Hypothesen 5a-d) dargestellt.

UV + AV Hypothese 5a-d	m	s
UV1: Erfüllung der Erwartungen der Bp an die eigene Reha	0,20	1,24
UV2: Erfüllung der Erwartungen der Bp an die Reha ihres Kindes	0,56	1,15
AV 1: Zufriedenheit mit dem eigenen Reha-Angebot für Bps:		
AV 1a: Item 01.1 „Ich bin mit dem Angebot für Bps zufrieden“	-0,26	1,20
AV 1b: Skala 4: Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot	0,15	0,87
AV 1c: Skala 2: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der FK für Bps	0,64	0,81
AV 2: Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme des Kindes:		
AV 2a: Item 07.1 „Ich bin mit der Reha meines Kindes zufrieden“	0,56	1,10
AV 2b: Skala 3: Zufriedenheit der Bp mit der Reha des Kindes	0,50	0,95
AV 2c: Skala 1: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der FK für ihr Kind	0,73	0,76

Tab. 54. Mittelwert und Standardabweichung von UV und AV der Hypothesen 5a-d

Bezüglich der UV „Erfüllung der Erwartungen“ ist der Trend erkennbar, dass Begleitpersonen ihre Erwartungen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind eher erfüllt sehen, als die Erwartungen an das eigene Reha-Angebot für Begleitpersonen. Der Mittelwert für das *Item*: „Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“ beträgt 0,56, was einer mittleren bis starken Zustimmung zu dieser Aussage entspricht (trifft ziemlich zu = 0; trifft stark zu = 1). Der Mittelwert für das *Item*: „Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“ beträgt 0,20, was einer eher mittleren Zustimmung entspricht. Zu betrachten ist die starke Streuung der Werte ($s < 1$).

Hierzu passt, dass die Begleitpersonen bei der AV „Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme“ im Durchschnitt eine größere Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme für ihr Kind angeben ($m = 0,56$) als mit dem eigenen Reha-Angebot für Begleitpersonen ($m = -0,26$). Der Wert -1 entsprach hier der Antwort: „trifft wenig zu“, der Wert 0 entsprach der Antwort: „trifft ziemlich zu“ und der Wert 1 der Antwort: „trifft stark zu“

Bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen und deren Kinder fällt der Mittelwertsunterschied gering aus.

Ergebnis Hypothese 5a)

Es wurde untersucht, ob ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der „Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind“ und deren „Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ besteht. Die Hypothese 5a) konnte bestätigt werden.

In einem ersten Schritt wurde mit einem Signifikanztest (Pearson) die Korrelation zwischen dem *Item Nr. 07.2* („Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“) und dem *Item Nr. 07.1* („Ich bin mit der Reha-Maßnahme meines Kindes zufrieden“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* ermittelt. Die Korrelation beträgt $r= 0,886$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem zweiten Schritt wurde der Gesamtwert der *Skala 3* „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes – ohne das Item Erwartungen“ mit dem *Item Nr. 07.2* („Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“) korreliert. Die Korrelation von $r= 0,807$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem dritten Schritt wurde der Gesamtwert der *Skala 1* „Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für das Kind“ mit dem Ausmaß der Erfüllung der „Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind“ korreliert. Die Korrelation beträgt $r= 0,678$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Zusammenfassend betrachtet besteht ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Je stärker sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind erfüllen, desto zufriedener sind sie mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes.

Ergebnis Hypothese 5b)

Es wurde untersucht, ob ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Erfüllung der eigenen Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme und deren Zufriedenheit mit dem eigenen Reha-Angebot besteht. Die Hypothese 5b) konnte bestätigt werden.

In die Berechnung gingen $n=115$ Fälle ein In einem ersten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem *Item Nr. 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) und dem *Item Nr. 07.1* („Ich bin mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* mit einem einseitigen Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation von $r= 0,607$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem zweiten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem Gesamtwert der *Skala 4* „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot (ohne das Item „Erwartungen“) und dem *Item 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) mit einem einseitigen Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation beträgt $r= 0,776$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem dritten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem Gesamtwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen für Begleitpersonen“ und dem *Item 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) mit einem einseitigen Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation von $r= 0,619$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Zusammenfassend betrachtet besteht ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Je stärker sich die eigenen Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme erfüllen, desto zufriedener sind sie mit dem eigenen Reha-Angebot.

Ergebnis Hypothese 5c)

Es wurde untersucht, ob zwischen dem Ausmaß, in dem Begleitpersonen ihre eigenen Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme erfüllt sehen und deren Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme ihres Kindes ein signifikanter positiver Zusammenhang besteht. Die Hypothese 5c) konnte bestätigt werden.

In die Berechnung gingen n=115 Fälle ein. In einem ersten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem *Item Nr. 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) und dem *Item Nr. 07.1* „Ich bin mit der Reha-Maßnahme meines Kindes zufrieden“ des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* mit einem Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation beträgt $r= 0,713$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem zweiten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem Gesamtwert der *Skala 3* „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und dem *Item 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) aus dem *Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen* mit einem einseitigen Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation von $r= 0,754$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem dritten Schritt wurde die Korrelation zwischen dem Gesamtwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen für das Kind“ und dem *Item 01.3* („Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt“) mit einem einseitigen Signifikanztest (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) errechnet. Die Korrelation beträgt $r= 0,681$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Zusammenfassend besteht ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Je stärker sich die eigenen Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme erfüllen, desto zufriedener sind die Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes.

Ergebnis Hypothese 5d)

Es wurde untersucht, ob ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind und deren Zufriedenheit mit dem eigenen Reha-Angebot besteht. Die Hypothese 5d) konnte bestätigt werden.

In die Berechnung gingen n=116 Fälle ein. In einem ersten Schritt wurde mit einem Signifikanztest (Pearson) die Korrelation zwischen dem *Item Nr. 07.2* („Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt“) und dem *Item Nr. 07.1* („Ich bin mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden“) des *Abreise-Fragebogens für Begleitpersonen* ermittelt. Die Korrelation beträgt $r= 0,480$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem zweiten Schritt wurde der Gesamtwert der *Skala 4* „Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot“ mit dem Ausmaß der Erfüllung der „Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind“ korreliert. Die Korrelation von $r= 0,709$ ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

In einem dritten Schritt wurde der Gesamtwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen“ mit dem Ausmaß der Erfüllung der „Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme für ihr Kind“ korreliert. Die Korrelation beträgt $r= 0,526$ und ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant (n=56).

Zusammenfassend betrachtet besteht ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Je stärker sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind erfüllen, desto zufriedener sind die Begleitpersonen mit dem eigenen Reha-Angebot.

Abschließend werden in einer Kreuztabelle die Korrelationen zwischen den untersuchten Merkmalen der Hypothesen 5a-5d übersichtlich dargestellt:

	AV 1a Item 07.1 Zufriedenheit der Bp mit dem Angebot für Bps	AV 1b Skala 4: Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot	AV 1c Skala 2: Zufriedenheit der Bp mit den versch. Bereichen der FK für Bps	AV 2a Item 07.1 Zufriedenheit der Bp mit dem Angebot für ihr Kind	AV 2b Skala 3: Zufriedenheit der Bp mit der Reha für das Kind	AV 2c Skala 1: Zufriedenheit der Bp mit den versch. Bereichen der FK für ihr Kind
UV 1 <i>Item 01.3</i> Erfüllung eigener Erwartungen der BP an die Reha	$r=0,607^{**}$ Hypothese 5b)	$r=0,776^{**}$ Hypothese 5b)	$r=0,619^{**}$ Hypothese 5b)	$r=0,713^{**}$ Hypothese 5c)	$r=0,754^{**}$ Hypothese 5c)	$r=0,681^{**}$ Hypothese 5c)
UV 2 <i>Item 07.2</i> Erfüllung Erwartungen der Bp an die Reha für das Kind	$r=0,480^{**}$ Hypothese 5d)	$r=0,709^{**}$ Hypothese 5d)	$r=0,526^{**}$ Hypothese 5d)	$r=0,886^{**}$ Hypothese 5a)	$r=0,807^{**}$ Hypothese 5a)	$r=0,678^{**}$ Hypothese 5a)

Tab. 55. Ergebnis Hypothesen 5a-d **** = auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant**

Ergebnis Hypothese 6a)

Es wurde untersucht, ob sich Begleitpersonen mit einem hohen oder einem niedrigen Ausgangswert im *GSI* (Gesamtwert psychische Belastung, gemessen mit dem *BSI*) zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) in ihrer Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne für Begleitpersonen unterscheiden. Die Hypothese 6a) konnte nicht bestätigt werden.

Der Mittelwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen (*GSI*) betrug zum Messzeitpunkt t1 $m=0,56$. Für die Auswertung wurde mithilfe des Median-Split festgelegt, dass Begleitpersonen mit einem T-Wert (*GSI*) von ≥ 40 zu den psychisch hoch belasteten und Begleitpersonen mit einem T-Wert von ≤ 40 zu den psychisch gering belasteten Personen gehören. In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis dargestellt.

UV: Psychische Belastung Bp zu t1 (<i>GSI</i>)	n	AV: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der FK für Bps m (s)	T-Wert	df	Sign. (2-seitig)
$\geq 0,40$ (psychisch hoch belastet)	54	0,56 (0,76)	-1,311	111	0,193
$\leq 0,40$ (psychisch gering belastet)	59	0,76 (0,83)			

Tab. 56. Wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6a)

Auf der deskriptiven Ebene ist der Mittelwert der abhängigen Variable „Zufriedenheit der Begleitperson mit den Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“ bei der Gruppe von Begleitpersonen höher, die zu Beginn der Reha-Maßnahme eine niedrige psychische Belastung aufweist. Dieser Trend konnte durch die statistische Überprüfung (T-Test bei unabhängigen Stichproben) nicht bestätigt werden ($p=0,193$). Es besteht kein signifikanter Unterschied im Ausmaß der zum Messzeitpunkt t2 geäußerten „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen“ bei Begleitpersonen mit hoher oder niedriger psychischer Belastung (Ausgangslevel, t1). Die Hypothese 6a) wird daher zurückgewiesen.

Ergebnis Hypothese 6b)

Es wurde untersucht, ob sich Begleitpersonen mit einem hohen oder einem niedrigen Ausgangswert im *GSI* (Gesamtwert psychische Belastung, gemessen mit dem *BSI*) zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) in ihrer Zufriedenheit mit den Angeboten der Fachklinik Satteldüne für ihr Kind unterscheiden. Die Hypothese 6b konnte nicht bestätigt werden.

Der Mittelwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen (*GSI*) betrug zum Messzeitpunkt t1 $m=0,56$. Für die Auswertung wurde mithilfe des Median-Split festgelegt, dass Begleitpersonen mit einem T-Wert (*GSI*) von ≥ 40 zu den psychisch hoch belasteten und Begleitpersonen mit einem T-Wert von ≤ 40 zu den psychisch gering belasteten Personen gehören. In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis dargestellt.

UV: Psychische Belastung Bp zu t1 (<i>GSI</i>)	n	AV: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der Fk für ihr Kind m (s)	T-Wert	df	Sign. (2-seitig)
$\geq 0,40$ (psychisch hoch belastet)	54	0,66 (0,74)	-1,207	111	0,230
$\leq 0,40$ (psychisch gering belastet)	59	0,83 (0,76)			

Tab. 57. Wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6b)

Auf der deskriptiven Ebene ist der Mittelwert der abhängigen Variable „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“ bei den Begleitpersonen, die zu t1 eine geringe psychische Belastung aufweisen, höher, als bei den Begleitpersonen, die zu t1 eine hohe psychische Belastung aufweisen. Durch die statistische Überprüfung (T-Test bei unabhängigen Stichproben) ließ sich dieser Trend nicht bestätigen ($p= 0,230$). Es besteht kein signifikanter Unterschied im Ausmaß der zum Messzeitpunkt t2 geäußerten „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“ bei Begleitpersonen mit hoher oder niedriger psychischer Belastung (Ausgangslevel, t1).

Ergebnis Hypothese 6c)

Es wurde untersucht, ob eine Veränderung der psychischen Belastung der Begleitperson während der Reha-Maßnahme ausschlaggebend für das Ausmaß von deren Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für Begleitpersonen ist. Die Hypothese 6c) konnte bestätigt werden.

Der Mittelwert und die Standardabweichung des Gesamtwertes der psychischen Belastung der Begleitpersonen (*GSI*) betragen zu Beginn der Reha-Maßnahme $m=0,56$ ($s= 0,52$) und zum Ende der Reha-Maßnahme $m=0,27$ ($s= 0,35$).

Für den Mittelwertsvergleich der Hypothese 6c) wurden die Begleitpersonen in zwei Gruppen eingeteilt.

- Gruppe 1: Das Ausmaß der psychischen Belastung hat sich im Verlauf der Reha-Maßnahme verringert ($n=90$)
- Gruppe 2: Das Ausmaß der psychischen Belastung hat sich im Verlauf der Reha-Maßnahme erhöht oder ist unverändert geblieben ($n=16$)

In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis für Hypothese 6c) dargestellt.

UV: Psychische Belastung Bp (Differenz GSI von t1 zu t2)	n	AV: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der Fk für Bps m (s)	T	df	Sign. (2-seitig)
> = 0,10 Psychische Belastung verringert	90	0,75 (0,74)	2,267	18	0,036 *
< 0,10 Psychische Belastung erhöht oder gleich geblieben	16	0,14 (1,04)			

Tab. 58. Zentrale Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6c)

Auf der deskriptiven Ebene ist der Mittelwert der *Skala 2* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen für Begleitpersonen“ bei der Gruppe der Begleitpersonen höher, deren psychische Belastung sich im Verlauf der Reha-Maßnahme verringert hat, als bei derjenigen Gruppe, deren psychische Belastung sich erhöht hat oder gleich geblieben ist. Das Ergebnis des Signifikanztests (t-Test für unabhängige Stichproben) zeigt, dass ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht ($p= 0,036$; * = auf dem

Niveau von 0,05 2-seitig signifikant). Dies bedeutet zusammengefasst, dass die Veränderung im *GSI* während der Reha-Maßnahme zu einem statistisch signifikanten Unterschied führt, nicht aber der Ausgangslevel der psychischen Belastung (vgl. Ergebnis Hypothese 6a). Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, sind mit den verschiedenen sie selbst betreffenden Bereichen der Fachklinik Satteldüne zufriedener als diejenigen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht oder unverändert bleibt.

Ergebnis Hypothese 6d)

Es wurde untersucht, ob eine Veränderung der psychischen Belastung der Begleitperson während der Reha-Maßnahme ausschlaggebend für das Ausmaß von deren Zufriedenheit mit den Bereichen der Fachklinik für ihr Kind ist. Dies konnte bestätigt werden.

Die Mittelwerte der UV „Psychische Belastung der Begleitperson“ sowie das Verfahren der Gruppeneinteilung für den Mittelwertsvergleich sind unter Hypothese 6c) dargestellt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt das Untersuchungsergebnis für die Hypothese 6d).

UV: Psychische Belastung Bp (Differenz GSI von t1 zu t2)	n	AV: Zufriedenheit der Bp mit den Bereichen der Fk für ihr Kind m (s)	T	df	Sign. (2-seitig)
> = 0,10 Psychische Belastung verringert	90	0,84 (0,71)	2,224	18	0,039 *
< 0,10 Psychische Belastung erhöht oder gleich geblieben	16	0,29 (0,95)			

Tab. 59. Zentrale Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6d)

Auf der deskriptiven Ebene ist der Mittelwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“ bei der Gruppe der Begleitpersonen höher, deren psychische Belastung sich im Verlauf der Reha-Maßnahme verringert hat, als bei der Gruppe von Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich erhöht hat oder unverändert geblieben ist.

Mit einem T-Test für unabhängige Stichproben wurde überprüft, ob sich der Mittelwert der *Skala 1* „Zufriedenheit der Begleitperson mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind“ in diesen beiden Gruppen signifikant unterscheidet. Das Ergebnis zeigt, dass ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht ($p=0,039$, * = auf dem Niveau von 0,05 2-seitig signifikant). Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Veränderung im *GSI* (Gesamtwert der psychischen Belastung) zu einem statistisch signifikanten Unterschied führt, nicht aber der Ausgangslevel der psychischen Belastung (vgl. Ergebnis Hypothese 6b). Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, sind mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik für ihr Kind zufriedener als diejenigen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht oder gleich bleibt.

Ergebnis Hypothese 7a)

Es wurde untersucht, ob zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen zu t1 ein signifikanter negativer korrelativer Zusammenhang besteht. Es wurde angenommen, dass das Interesse an den Schulungsmaßnahmen bei denjenigen Begleitpersonen geringer ist, die eine hohe psychische Belastung aufweisen. Die Hypothese 7a) konnte nicht bestätigt werden.

Der Mittelwert des Gesamtwertes der psychischen Belastung (*GSI*) der Begleitpersonen zu t1 lag bei $m=0,56$ ($s=0,52$). Der Mittelwert des *Items 19* (Interesse der Begleitperson an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen) lautete $m=1,32$ ($s=0,90$), was einem starken bis sehr starken Interesse an den Schulungsmaßnahmen entspricht. Dem Ergebnis liegen die Angaben von $n=128$ Begleitpersonen zugrunde. Der statistische Signifikanztest (Korrelation nach Pearson) ergab keinen signifikanten linearen Zusammenhang zwischen den Merkmalen ($r= 0,026$). Deshalb wird die Hypothese 7a) zurückgewiesen.

Ergebnis Hypothese 7b)

Die Hypothese 7b) diente dazu herauszufinden, ob zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson und deren Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen ein negativer korrelativer Zusammenhang besteht. Es wurde angenommen, dass Begleitpersonen mit einer hohen psychischen Belastung geringere Teilnahmezahlen an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen aufweisen als Begleitpersonen mit einer geringen psychischen Belastung. Die Hypothese 7b) konnte nicht bestätigt werden. Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen unterscheiden sich nicht signifikant in dem Ausgangsniveau ihrer psychischen Belastung zu t1. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Mittelwerte des Gesamtwertes der psychischen Belastung *GSI* sowohl bei den regelmäßigen Teilnehmern als auch bei Teilnehmern, die nicht bzw. unregelmäßig an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen teilnahmen.¹⁷

Teilnahme an Asthma- oder Neurodermitisschulung	n	m GSI	s
Nicht bzw. unregelmäßig teilgenommen	12	0,5959	0,5955
Regelmäßig teilgenommen	101	0,5870	0,5380

Tab. 60. Mittelwerte der Hypothese 7b)

Auf der deskriptiven Ebene weisen Begleitpersonen, die nicht an den Schulungsmaßnahmen für Begleitpersonen teilgenommen haben, zu t1 eine geringfügig höhere psychische Belastung auf als Begleitpersonen, die an den Schulungsmaßnahmen teilgenommen haben.

Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab, dass der Mittelwertsunterschied nicht signifikant ist ($p= 0,96$). Teilnehmer oder Nicht-Teilnehmer an den Schulungsmaßnahmen unter-

¹⁷ In diesen Vergleich wurden nur die Asthma- und Neurodermitisschulungen einbezogen, weil diese regelmäßig einmal pro Woche stattfanden.

scheiden sich zu t1 nicht signifikant im Ausgangslevel ihrer psychischen Belastung. Die Hypothese 7b wird deshalb zurückgewiesen.

Ergebnis Hypothese 8a)

Hypothese 8a) untersucht den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Begleitperson zu t1 und dem Reha-Erfolg des Kindes zu t2 (aus der Sicht der Begleitperson, des Stationsarztes und des Pflegepersonals). Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden.

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde die Korrelation (Pearson) zwischen dem Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI*) der Begleitpersonen zu t1 und der Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes aus der Sicht der Begleitperson, der Stationsärzte und des Pflegepersonals errechnet. Die folgende Tabelle zeigt den Mittelwert der unabhängigen Variable *GSI* für n=127 Begleitpersonen sowie den Mittelwert für die abhängige Variable „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes“:

	n	m	s
UV: GSI	127	0,5637	0,5225
AV: Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch:			
Begleitpersonen	112	0,6786	1,0588
Stationsärzte	128	0,8359	0,4120
Pflegepersonal	121	0,5806	0,5376

Tab. 61. Mittelwerte Hypothese 8a)

Die Betrachtung der Mittelwerte der abhängigen Variable „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes“ zeigt folgendes Ergebnis: die Stationsärzte beurteilen den Reha-Erfolg der begleiteten Kinder im Mittel am höchsten ($m=0,84$), gefolgt von den Begleitpersonen selbst mit $m=0,68$ und dem Pflegepersonal mit $m=0,58$ (der Wert „0“ steht für einen mittleren Reha-Erfolg, der Wert „1“ für einen hohen Reha-Erfolg). Mittels statistischem Vergleichstest konnte nachgewiesen werden, dass die Stationsärzte den Reha-Erfolg des Kindes signifikant höher einschätzen als das Pflegepersonal ($p= 0,000$), der Mittelwertsunterschied zu den Begleitpersonen ließ sich hingegen nicht von zufälligen Schwankungen abgrenzen. Die Streuung der Werte ist bei der Einschätzung des medizinischen Reha-Erfolgs durch die Stationsärzte am geringsten, was den Trend zur positiven Beurteilung unterstreicht. Bei der Einschätzung des Reha-Erfolgs durch die Begleitpersonen streuen die Werte am stärksten.

Das Ergebnis des Signifikanztests zeigt, dass die Korrelation zwischen der unabhängigen Variable *GSI* und der abhängigen Variable „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes aus der Sicht der Begleitperson“ mit $r= -0,170$ auf dem Niveau von 0,05 einseitig signifikant ist. Die Korrelation zwischen dem *GSI* und der Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes aus der Sicht der Stationsärzte ist mit $r= -0,253$ auf dem Niveau von 0,01 einseitig signifikant.

Zwischen dem *GSI* und der Beurteilung des Erfolgs der Reha-Maßnahme aus der Sicht des Pflegepersonals besteht keine signifikante Korrelation ($r= -0,031$).

Die Annahme, dass zwischen der Höhe der psychischen Belastung der Begleitperson zu t1 und dem Reha-Erfolg des Kindes ein negativer korrelativer Zusammenhang besteht, konnte somit für die Einschätzung des Reha-Erfolgs durch die Begleitpersonen selbst sowie durch die Stationsärzte bestätigt werden. Zwischen der Höhe der psychischen Belastung der Begleitperson zu t1 und der Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch das Pflegepersonal konnte jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

Ergebnis Hypothese 8b)

Es wurde untersucht, ob sich Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme des Kindes zum Positiven oder zum Negativen verändert hat, in ihrer Einschätzung des Reha-Erfolgs ihres Kindes signifikant unterscheiden. Weiterhin wurde überprüft, ob ein solcher signifikanter Mittelwertsunterschied in der Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch das Pflegepersonal und die Stationsärzte besteht. Die Hypothese 8b) konnte teilweise bestätigt werden.

Für die Auswertung wurde die Differenz des *GSI* von t1 zu t2 gebildet und drei Gruppen von Begleitpersonen eingeteilt.

Gruppe 1: Die psychische Belastung hat sich von t1 zu t2 erhöht (n=13; 12,3 %)

Gruppe 2: Die psychische Belastung ist gleich geblieben (n=3; 2,8 %)

Gruppe 3: Die psychische Belastung hat sich von t1 zu t2 verringert (n=90; 84,9 %)

Die Mittelwerte der AV „Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes“ sind unter Hypothese 8a) ausführlich dargestellt. Die folgende Kreuztabelle zeigt das Untersuchungsergebnis:

Differenz GSI in drei Gruppen		Beurteilung Reha-Erfolg Kind durch:		
		Bps	Pflegepersonal	Stationsärzte
-1,00 (erhöht)	<i>n</i>	13	13	13
	<i>m</i>	-0,08	0,34	0,85
	<i>s</i>	1,32	0,76	0,38
,00 (gleich geblieben)	<i>n</i>	3	3	3
	<i>m</i>	0,00	0,26	1,00
	<i>s</i>	1,73	0,44	0,00
1,00 (verringert)	<i>n</i>	88	81	88
	<i>m</i>	0,81	0,62	0,85
	<i>s</i>	0,95	0,51	0,42
Insgesamt	<i>n</i>	104	97	104
	<i>m</i>	0,68	0,57	0,86
	<i>s</i>	1,06	0,55	0,40

Tab. 62. Mittelwerte der AV „Einschätzung Reha-Erfolg des Kindes“ bezogen auf die verschiedenen Gruppen des GSI

Auf der deskriptiven Ebene zeigt sich, dass diejenigen Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert hat, den Reha-Erfolg ihres Kindes höher einschätzen, als diejenigen Begleitpersonen, deren psychische Belastung gleich geblieben ist oder sich erhöht hat. Dies gilt auch für die Einschätzung des Reha-Erfolgs des

Kindes durch das Pflegepersonal. Die Stationsärzte hingegen schätzen den Reha-Erfolg von Kindern, deren Begleitpersonen eine Erhöhung der psychischen Belastung während der Reha-Maßnahme erfahren haben, etwa genauso hoch ein, wie den Reha-Erfolg von Kindern, deren Begleitpersonen eine Verringerung der psychischen Belastung erfahren haben.

Um zu prüfen, ob die Mittelwertsunterschiede in den drei betrachteten Gruppen statistisch signifikant sind, wurde eine einfaktorielle ANOVA durchgeführt.

Differenz GSI in drei Gruppen:		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sign.
Einschätzung durch:						
Bps	Zwischen den Gruppen:	10,515	2	5,257	5,009	0,008 **
	Innerhalb der Gruppen:	106,014	101	1,050		
	Insgesamt:	116,529	103			
Pflegepersonal	Zwischen den Gruppen:	1,185	2	0,593	1,986	0,143
	Innerhalb der Gruppen:	28,045	94	0,298		
	Insgesamt:	29,230	96			
Stationsärzte	Zwischen den Gruppen:	0,065	2	0,032	0,195	0,823
	Innerhalb der Gruppen:	16,772	101	0,166		
	Insgesamt:	16,837	103			

Tab. 63. Anova-Tabelle Hypothese 8b)

Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt, dass der Mittelwertsunterschied bei der Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes nur für die Einschätzung der Begleitperson statistisch signifikant ist (**Signifikanz = 0,008 **** = auf dem Niveau von 0,01). Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht, schätzen den Reha-Erfolg ihres Kindes signifikant niedriger ein, als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert. Der auf der deskriptiven Ebene beschriebene Mittelwertsunterschied bei der Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch das Pflegepersonal wird statistisch nicht signifikant (**Signifikanz = 0,143**). Die Mittelwertdifferenzen lassen sich damit nicht von zufälligen Schwankungen abgrenzen. Ebenso zeigt die Einschätzung der Stationsärzte über den Reha-Erfolg des Kindes keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit einer Veränderung der psychischen Belastung der Begleitperson während der Reha-Maßnahme (**Signifikanz = 0,823**). Die Hypothese 8b) kann deshalb nur teilweise bestätigt werden.

Ergebnis Hypothese 9a)

Es wurde erwartet, dass Kinder von Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) eine geringe psychische Belastung aufweisen, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) generell höher einschätzen, als Kinder von Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha-Maßnahme eine hohe psychische Belastung aufweisen. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Die Reliabilität der Gesamtskala des *Kiddy-Kindl*^R betrug bei der Begleitpersonenstudie zum Messzeitpunkt t1 (Beginn der Reha-Maßnahme) $\alpha = .4720$ ($n= 88$) und ist im Vergleich geringer als bei der Normierungsstichprobe, die eine interne Konsistenz von $\alpha = .70$ aufweist (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

In der folgenden Tabelle ist die Altersverteilung der Kinder dargestellt, die im Rahmen der Begleitpersonenstudie zum Messzeitpunkt t1 mit dem *Kiddy-Kindl*^R interviewt wurden.

	Häufigkeit	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
4 Jahre	30	30,6	30,6
5 Jahre	44	44,9	75,5
6 Jahre	13	13,3	88,8
7 Jahre	11	11,2	100,0
Gesamt	98	100,0	

Tab. 64. t1 *Kiddy-Kindl*^R Altersverteilung der befragten Kinder

In der nachfolgenden Tabelle sind die Mittelwerte für den *Global Severity Index* des *BSI* und die Gesamtskala des *Kiddy-Kindl*^R zu t1 aufgeführt.

	m	s	n
t1 BSI Global Severity Index	0,53	0,52	86
t1 Kiddy Kindl Total Score	2,46	0,25	91

Tab. 65. Mittelwerte „GSI“ und „Kiddy Kindl Total Score“ zu t1

Mithilfe des median-split wurden die zwei Stufen der unabhängigen Variable gebildet. Begleitpersonen mit einem Mittelwert des *GSI* von <36 gehören zu den psychisch gering Belasteten und Begleitpersonen mit einem Mittelwert von >36 zu den psychisch hoch Belasteten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass sich der Mittelwert der abhängigen Variable „Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder zu t1“ auf den zwei Stufen der unabhängigen Variable hypothesenkonform unterscheidet. Kinder von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t1 niedrig ist ($GSI <36$), weisen eine geringfügig höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Kinder von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t1 hoch ist ($GSI >36$).

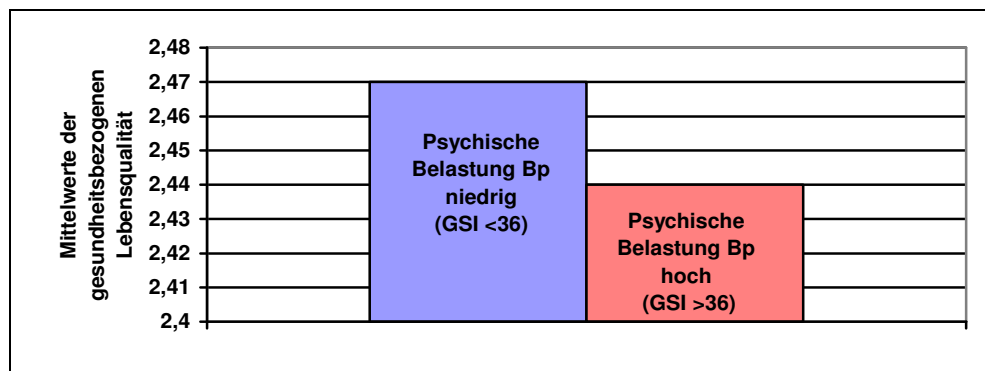


Abb. 8. Graphische Darstellung der Mittelwerte der AV „Gesundheitsbezogene Lebensqualität der begleiteten Kinder zu t1“ (von Begleitpersonen mit zu t1 niedriger versus hoher psychischer Belastung)

Dieser Unterschied wurde jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .590$). In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über die wichtigen Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 9a) gegeben.

AV	UV	n	m (s)	T	df	Sig. (2-seitig)
Gesundheits- bezogene Lebensqualität Kind	Bp hohe psychische Belastung (GSI > 36)	42	2,44 (0,22)	-.538	84	0,590
	Bp niedrige psychische Belastung (GSI < 36)	44	2,47 (0,27)			

Tab. 66. Kennwerte statistische Überprüfung Hypothese 9a)

Ergebnis Hypothese 9b)

Es wurde erwartet, dass Kinder von Begleitpersonen, die zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) eine niedrige psychische Belastung aufweisen, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) generell höher einschätzen, als Kinder von Begleitpersonen, die zum Ende der Reha-Maßnahme eine hohe psychische Belastung aufweisen. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Die Reliabilität der Gesamtskala des *Kiddy-Kindl^R* betrug bei der Begleitpersonenstudie zum Messzeitpunkt t2 (Ende der Reha-Maßnahme) $\alpha = .6799$ ($n = 83$) und ist im Vergleich geringer als bei der Normierungsstichprobe, die eine interne Konsistenz von $\alpha = .70$ aufweist (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

In der nachfolgenden Tabelle sind die Mittelwerte für den globalen Kennwert *GSI* des *Brief Symptom Inventory* und die Gesamtskala des *Kiddy-Kindl^R* zu t2 aufgeführt.

	m	s	n
t2 BSI Global Severity Index	0,26	0,38	76
t2 Kiddy Kindl Total Score	2,58	0,27	81

Tab. 67. Mittelwerte „GSI“ und „Kiddy Kindl Total Score“ zu t2

Die deskriptive Betrachtung der Mittelwerte zeigt, dass der Mittelwert des Gesamtwertes der psychischen Belastung (*GSI*) der Begleitpersonen zum Messzeitpunkt t2 deutlich geringer ausfällt als zu t1 (vgl. Ergebnis Hypothese 9a) und die Begleitpersonen ihre psychische Belastung somit zum Ende der Reha-Maßnahme niedriger einschätzen als zum Beginn. Dieser Mittelwertsunterschied ist – bezogen auf die Gesamtgruppe aller befragten Begleitpersonen – statistisch signifikant ($p = .000$; vgl. Ergebnis Hypothese 1b).

Der Gesamtwert (Total Score) des *Kiddy-Kindl^R* ist zu t2 höher als zu t1 (vgl. Hypothese 9a). Die befragten Kinder schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität somit zum Ende der Reha-Maßnahme insgesamt höher ein als zum Beginn der Reha-Maßnahme. Dieser Mittelwertsunterschied ist ebenfalls statistisch signifikant ($p = .001$; t-Test für gepaarte Stichproben).

Im Rahmen der Auswertung der Hypothese 9b) wurden mithilfe des median-split die zwei Stufen der unabhängigen Variable für den Messzeitpunkt t2 gebildet. Begleitpersonen mit einem Mittelwert im GSI von <16 zählen zu den psychisch gering Belasteten und Begleitpersonen mit einem Mittelwert von >16 zu den psychisch hoch Belasteten.

Es wurde untersucht, ob sich Kinder von zu t2 psychisch niedrig oder hoch belasteten Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheiden und angenommen, dass Kinder von psychisch hoch belasteten Begleitpersonen zu t2 eine geringere Lebensqualität aufweisen als Kinder von psychisch gering belasteten Begleitpersonen. Es ergab sich ein der Hypothese widersprechendes Ergebnis.

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, dass der Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t2 hoch ist, auf der deskriptiven Ebene höher ausfällt als bei denjenigen, deren Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme eine geringe psychische Belastung aufweisen.

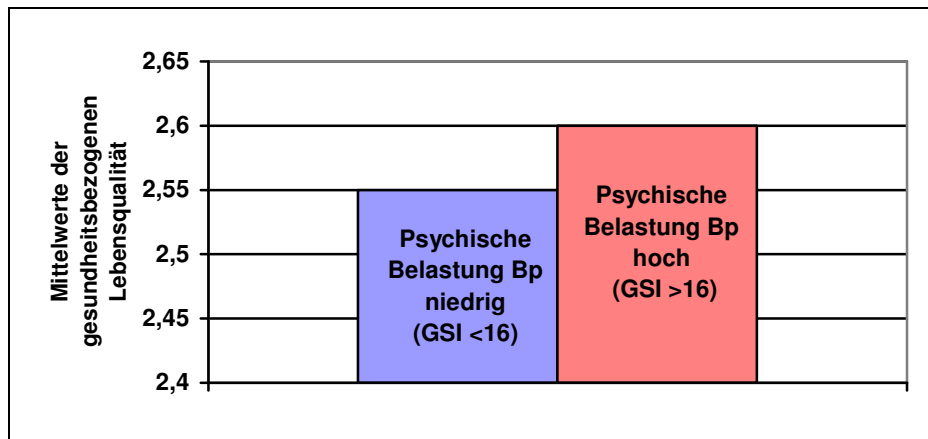


Abb. 9. Graphische Darstellung der Mittelwerte der AV „Gesundheitsbezogene Lebensqualität der begleiteten Kinder zu t2“ (von Begleitpersonen mit zu t2 niedriger vs. hoher psychischer Belastung)

Dieser Mittelwertsunterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .448$). In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über die wichtigen Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese gegeben.

AV	UV	n	m (s)	T	df	Sig. (2-seitig)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität Kind	Bp hohe psychische Belastung (GSI > 16)	34	2,60 (0,30)	.765	68	.448
	Bp niedrige psychische Belastung (GSI < 16)	36	2,55 (0,29)			

Tab. 68. Kennwerte statistische Überprüfung Hypothese 9b)

Ergebnis Hypothese 10)

Mit der Hypothese 10) wurde untersucht, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes zum Ende der Reha-Maßnahme besteht. Die Hypothese konnte ansatzweise bestätigt werden. Für die Beurteilung des Erfolgs der Reha-

Maßnahme des Kindes durch das Pflegepersonal ließ sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der von der Begleitperson zu t1 gezeigten negativen Erziehungsverhaltensweise „Nachsichtigkeit“ (gemessen mit dem *EFB-K*) und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes zu t2 erkennen. Je nachsichtiger die Begleitperson zu t1 mit ihrem Kind umgeht, desto geringer schätzte das Pflegepersonal den Reha-Erfolg des Kindes zu t2 ein.

Die Mittelwerte der unabhängigen Variable „Erziehungsverhalten der Begleitperson“ sind unter dem Ergebnis der Fragestellungen 1c) und 1d) ausführlich dargestellt. Die Mittelwerte der abhängigen Variable „Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes“ sind unter dem Ergebnis der Hypothese 8a) aufgeführt.

Für die Auswertung wurde zunächst die Korrelation zwischen dem positiven Erziehungsverhalten der **Begleitperson** zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) und der Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson (zu t2) errechnet.

Hierfür wurde die „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson“ zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) mit der Gesamtskala des *FZEV* (gemessen zu t1) korreliert. In die Berechnung gingen die Daten von n= 128 Begleitpersonen ein. Die Korrelation nach Pearson (2-seitiger Signifikanztest) ergab $r = -0,123$. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der positiven Erziehungsverhaltensweisen der Begleitperson und der Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson.

Anschließend wurde die „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson“ zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) mit den Subskalen „Nachsichtigkeit“, „Überreagieren“ und der „Gesamtskala“ des *EFB-K* (gemessen zu t1) korreliert. Der Signifikanztest ergab, dass zwischen diesen Variablen kein signifikanter Zusammenhang besteht. Die Korrelation zwischen der „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson“ und:

a) der Skala „Nachsichtigkeit“ ist $r = -0,120$

b) der Skala „Überreagieren“ ist $r = -0,090$

c) der Gesamtskala des *EFB-K* ist $r = -0,164$.

Zusammenfassend ergibt sich, dass das Erziehungsverhalten der Begleitperson zu t1 (gemessen mit dem *EFB-K* und dem *FZEV*) nicht signifikant mit deren Beurteilung des Reha-Erfolgs ihres Kindes zum Ende der Reha-Maßnahme zusammenhängt.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Angaben des **Pflegepersonals** der Fachklinik Satteldüne zur „Effektivität der Reha-Maßnahme des Kindes“ zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) mit dem Erziehungsverhalten der Begleitperson (gemessen mit dem *FZEV* und dem *EFB-K* zu t1) korreliert. Der Signifikanztest ergab:

- Der „Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht des Pflegepersonals“ korreliert nicht mit der Gesamtskala des *FZEV* ($r = 0,011$).
- Mit der Subskala „Nachsichtigkeit“ des *EFB-K* liegt eine schwache negative Korrelation vor ($r = -0,197$), die auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant ist.

- Der Erfolg der Reha-Maßnahme des Kindes aus Sicht des Pflegepersonals korreliert nicht signifikant mit der Subskala „Überreagieren“ des *EFB-K* ($r = 0,012$).
- Mit der Gesamtskala des *EFB-K* liegt keine signifikante Korrelation vor ($r = -0,102$).

Zusammenfassend betrachtet besteht in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes aus der Sicht des Pflegepersonals (gemessen zu t2) und dem positiven Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (gemessen mit dem *FZEV* zu t1). Es lässt sich jedoch für den Bereich des negativen Erziehungsverhaltens ein schwacher signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Skala „Nachsichtigkeit“ (gemessen zu t1) und der Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes aus der Sicht des Pflegepersonals (gemessen zu t2) feststellen. Der Reha-Erfolg des Kindes ist aus Sicht des Pflegepersonals um so geringer, je „nachsichtiger“ sich die Begleitperson gegenüber ihrem Kind verhält.

Im letzten Auswertungsschritt wurde der Zusammenhang zwischen der „Einschätzung des medizinischen Reha-Erfolgs des Kindes aus Sicht der **Stationsärzte**“ zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) und dem „Erziehungsverhalten der Begleitperson“ (gemessen mit dem *FZEV* und dem *EFB-K* zu t1) mit einem Signifikanztest errechnet.

Das ärztliche Urteil über den Reha-Erfolg korreliert nicht signifikant mit der Gesamtskala des *FZEV* ($r = 0,127$).

Ebenso ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang mit den Subskalen und der Gesamtskala des *EFB-K* (Nachsichtigkeit: $r = 0,033$; Überreagieren: $r = -0,37$; Gesamtskala *EFB-K*: $r = -0,020$). Zwischen der Einschätzung des Stationsarztes über den medizinischen Reha-Erfolg des Kindes und dem Erziehungsverhalten der Begleitperson lässt sich kein signifikanter Zusammenhang feststellen.

Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Erziehungsverhalten der Begleitperson, und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

Im Rahmen einer erweiterten Datenanalyse wurden die Korrelationen zwischen den verschiedenen in der Begleitpersonenstudie erhobenen unabhängigen und abhängigen Variablen untersucht. Es wurde angenommen, dass zwischen den zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) erhobenen Merkmalen „psychische Belastung der Begleitperson“, „positives und negatives Erziehungsverhalten der Begleitperson“ sowie „Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes“ lineare Zusammenhänge bestehen.

Bei der Auswertung wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson angewandt, da es sich bei den Fragebogenergebnissen um metrisch skalierte Daten handelt. Bei der Beurteilung der Ergebnisse wird die Effektstärke nach Cohen (1988) betrachtet. Als Effektstärke oder Effektgröße wird ein (standardisiertes) statistisches Maß bezeichnet, das die (relative) Größe eines Effektes angibt. Ein Effekt bzw. eine Wirkung liegt vor, wenn in einem (zugehörigen) statistischen Test die Nullhypothese (= kein Effekt) abgelehnt wird. Die Effektstärke entspricht dem Korrelationskoeffizienten r . Zur besseren Einordnung dieses Wertes

hat sich eine Klassifikation herausgebildet (vgl. Bortz & Döring, 2002). Von einem schwachen Effekt spricht man hier ab einem $r=0,10$, einem mittleren Effekt ab einem $r=0,30$ und einem starken Effekt ab $r=0,50$.

Es wurden zahlreiche signifikante Korrelationen gefunden, die an dieser Stelle kurz dargestellt und bei der Interpretation der Ergebnisse erneut aufgegriffen werden.

Zusammenhang zwischen der **psychischen Belastung der Begleitpersonen** und **a) den Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder:**

Der Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitperson wurde mit dem „*Global Severity Index*“ des *BSI* ermittelt ($t1, n=127; m=0,56$). Der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder wurde mit dem „total score“ der *CBCL* ermittelt. Für die Altersstufe der Kinder im Alter von 1 ½ - 3 Jahren wurde die *CBCL 1 ½ -5 Jahre* eingesetzt ($t1, n=29; m=49,06$). Für die Altersstufe der Kinder im Alter von 4-7 Jahren kam die *CBCL 4-18 Jahre* zur Anwendung ($t1, n=94; m=56,60$).

Ergebnis: Der Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen korreliert positiv mit dem Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder. Je höher das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen, desto größer das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Der vorgefundene statistisch signifikante Zusammenhang gilt sowohl für die Kleinkinder im Alter bis zu drei Jahren ($r= 0,495^{**}, p= 0,006$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant), als auch für Kinder im Alter von 4 - 7 Jahren ($r= 0,438^{**}; p= 0,000$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant). Bei diesem Untersuchungsergebnis kann von einem mittleren Effekt gesprochen werden.

b) dem Erziehungsverhalten der Begleitpersonen:

Der Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitperson wurde mit dem „*Global Severity Index*“ des *BSI* ermittelt ($t1, n=127; m=0,56$). Das Ausmaß des positiven Erziehungsverhaltens wurde mit der Gesamtskala des *FZEV* ($t1, n=127; m=2,01$) und das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens mit der Gesamtskala des *EFB-K* gemessen ($t1, n=127; m=2,91$).

Ergebnis: Zwischen der psychischen Belastung der Begleitpersonen und dem positiven Erziehungsverhalten der Begleitpersonen besteht ein negativer Zusammenhang ($r= -0,260^{**}; p= 0,003$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant). Die Effektstärke kann als klein bezeichnet werden. Zudem korreliert die psychische Belastung der Begleitpersonen positiv mit dem negativen Erziehungsverhalten der Begleitpersonen ($r= 0,355^{**}; p= 0,000$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant). Hier liegt ein mittlerer Effekt vor. Insgesamt gilt: Je höher die psychische Belastung der Begleitpersonen ausgeprägt ist, desto geringer ist das Ausmaß des positiven Erziehungsverhaltens und desto höher ist das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen.

Zusammenhang zwischen dem **Erziehungsverhalten der Begleitpersonen** und dem Ausmaß der **Verhaltensauffälligkeiten der Kinder:**

Zwischen dem **positiven Erziehungsverhalten der Begleitpersonen** (gemessen mit der Gesamtskala des *FZEV*: t_1 , $n=127$; $m=2,01$) und dem Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder (gemessen mit der *CBCL 1 ½ -5 Jahre*: t_1 , $n=29$; $m=49,06$ und der *CBCL 4-18 Jahre*: t_1 , $n=94$; $m=56,60$) besteht ein negativer linearer Zusammenhang. Je „positiver“ das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen, desto geringer das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder.

Der vorgefundene statistisch signifikante Zusammenhang gilt für Kleinkinder im Alter bis zu drei Jahren ($r= -0,401^*$, $p= 0,031$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 2-seitig signifikant). Die Effektstärke ist als mittel zu bezeichnen. Für Kinder im Alter von 4 -7 Jahren ist ein schwacher negativer linearer Zusammenhang zu erkennen ($r= -0,177$), dieser wird jedoch auf einem Niveau von 0,05 statistisch nicht signifikant ($p= 0,088$; 2-seitig). Es handelt sich um einen kleinen Effekt.

Zwischen dem **negativen Erziehungsverhalten der Begleitpersonen** (gemessen mit der Gesamtskala des *EFB-K*: t_1 , $n=127$, $m=2,91$) und dem Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder besteht ein positiver Zusammenhang: Je „negativer“ das Erziehungsverhalten der Begleitperson, desto höher das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Der vorgefundene statistisch signifikante Zusammenhang gilt für die Kleinkinder im Alter bis zu drei Jahren ($r= 0,444^*$, $p= 0,016$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 2-seitig signifikant). Die Effektstärke ist als mittel zu bezeichnen. Für Kinder im Alter von 4 -7 Jahren liegt ein schwacher linearer positiver Zusammenhang vor ($r= 0,202$), der jedoch auf einem Niveau von 0,05 statistisch nicht signifikant wird ($p= 0,052$; 2-seitig). Der Effekt ist als klein zu bezeichnen.

Zusammenhang zwischen dem **positiven** und dem **negativen Erziehungsverhalten** der Begleitperson:

Das Ausmaß des positiven Erziehungsverhaltens wurde mit der Gesamtskala des *FZEV* (t_1 , $n=127$; $m=2,01$) und das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens mit der Gesamtskala des *EFB-K* gemessen (t_1 , $n=127$; $m=2,91$). Ergebnis: Es liegt eine signifikante negative Korrelation zwischen den Variablen vor: je höher das Ausmaß des positiven Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen, desto geringer das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens ($r=-0,361^{**}$; $p= 0,000$: die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant). Es handelt sich um einen mittleren Effekt.

4. Empirischer Teil II: Experimentelle Therapiestudie „Triple-P“

4.1 Ableitung der Fragestellung

Auf Basis der Forschungsergebnisse aus dem empirischen Teil I dieser Studie sowie aufgrund der Ergebnisse einer von der Universität Kiel wissenschaftlich begleiteten Pilotstudie wurde ein neues psychologisches Betreuungsmodell für Begleitpersonen geplant, durchgeführt und evaluiert. Hierbei handelt es sich um das positive Erziehungsprogramm „Triple-P“ (= **positive parenting program**), welches während der Reha-Maßnahme als Gruppentraining durchgeführt werden kann. Hier interessieren – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne ein solches Erziehungsprogramm – die kurz- und langfristigen Effekte dieser Intervention in folgenden Bereichen:

- psychische Belastung der Begleitpersonen
- Erziehungsverhalten der Begleitpersonen
- Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder

Die einzelnen **Fragestellungen** lauten:

Führt die Teilnahme von Begleitpersonen an dem Erziehungstraining „Triple-P“ im Rahmen einer vierwöchigen Reha-Maßnahme zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe – zu:

- einer Verringerung der psychischen Belastung der Begleitpersonen? (**Fragestellung 11**)
- einer Erhöhung des positiven (günstigen) Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen? (**Fragestellung 12**)
- einer Verringerung des negativen (ungünstigen) Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen? (**Fragestellung 13**)
- Geben Begleitpersonen, die an der Intervention „Triple-P“ teilgenommen haben, während einer 4-wöchigen Reha-Maßnahme eine Verringerung der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder an (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe)? (**Fragestellung 14**)

Sind diese Effekte auch sechs Monate nach Beendigung der Reha-Maßnahme (t3) noch nachweisbar?

Weiterhin wird erfragt, wie die Zufriedenheit der Begleitpersonen mit verschiedenen Aspekten des Erziehungstraining „Triple-P“ ist und welche Auswirkungen dieses Training auf z.B. das Verhalten des Kindes, das Familienleben und die Partnerschaft der Begleitpersonen hat (**Fragestellung 15**).

Abschließend interessiert die Frage, ob die Teilnehmer am Erziehungstraining „Triple-P“ den Reha-Erfolg ihres Kindes kurz- und langfristig höher einschätzen als die Begleitpersonen der Kontrollgruppe, die die Reha-Maßnahme ohne dieses Erziehungstraining durchlaufen hat (**Fragestellung 16**).

4.2 Hypothesen

Für die Fragestellungen 11.-16. wurden folgende Hypothesen formuliert (Fragestellung 15. wird deskriptiv ausgewertet):

Hypothese 11.)

Hypothese 11.a) Kurzfristige Effekte des Erziehungstrainings „Triple-P“ auf die psychische Belastung der Begleitpersonen

11.1a): Erste Haupteffekthypothese

Der Faktor Zeit hat – bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen – einen signifikanten Effekt auf die psychische Belastung: Es wird erwartet, dass der Mittelwert des Gesamtwertes der psychischen Belastung (*GSI*) des *BSI* zum Messzeitpunkt t2 signifikant geringer ist als zu t1.

11.2a): Zweite Haupteffekthypothese

Der Faktor Gruppe hat einen signifikanten Effekt auf die psychische Belastung der Begleitpersonen (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass nach dem Training der Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI*) im Mittel bei der Experimentalgruppe signifikant geringer ist als bei der Kontrollgruppe.

11.3a): Interaktionshypothese

Eine signifikante Kombinationswirkung zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ (Interaktionseffekt) liegt vor. Über die Zeit einer vierwöchigen Reha-Maßnahme verringert sich der Gesamtwert der psychischen Belastung bei der Experimentalgruppe im Mittel stärker als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 11.b) Langfristige Effekte des Erziehungstrainings Triple-P auf die psychische Belastung der Begleitpersonen

11.1b): Erste Haupteffekthypothese

Der Faktor Zeit hat – bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen – einen signifikanten Effekt auf die psychische Belastung: Es wird erwartet, dass der Mittelwert des Gesamtwertes der *SCL-K-9* zu den Messzeitpunkten t2 und t3 signifikant geringer ist als zu t1.

11.2b): Zweite Haupteffekthypothese

Der Faktor Gruppe hat einen signifikanten Effekt auf die psychische Belastung der Begleitpersonen (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich signifikant im Hinblick auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass nach dem Training der Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI-9*) der Begleitpersonen im Mittel bei der Experimentalgruppe signifikant geringer ist als bei der Kontrollgruppe. Dieser Effekt soll auch langfristig – sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme – nachweisbar sein.

11.3b): Interaktionshypothese

Eine signifikante Kombinationswirkung zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ (Interaktionseffekt) liegt vor. Über den gesamten Untersuchungszeitraum von sechs Monaten verringert sich der mit der *SCL-K-9* erhobene Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen bei der Experimentalgruppe im Durchschnitt signifikant stärker als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 12.)

12.1: Erste Haupteffekthypothese

Der Faktor Zeit hat bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen einen signifikanten Effekt auf das positive Erziehungsverhalten: Es wird erwartet, dass der Mittelwert der Gesamtskala des *FZEV* zu den Messzeitpunkten t2 und t3 höher ist als zu t1.

12.2: Zweite Haupteffekthypothese

Der Faktor Gruppe hat einen signifikanten Effekt auf das positive Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass das positive Erziehungsverhalten der Begleitpersonen nach dem Training im Mittel bei der Experimentalgruppe signifikant höher ausgeprägt ist als bei der Kontrollgruppe

12.3: Interaktionshypothese

Eine signifikante Kombinationswirkung zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ (Interaktionseffekt) liegt vor. Über die gesamte Zeit der Untersuchung verbessert sich das positive Erziehungsverhalten der Experimentalgruppe im Mittel stärker als das der Kontrollgruppe.

Hypothese 13.)

Hypothese 13.a) Kurzfristige Effekte des Erziehungstrainings „Triple-P“ auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen:

Hypothese 13.1a) (Haupteffekt 1)

Der Faktor Zeit hat – bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen – einen signifikanten Effekt auf das negative Erziehungsverhalten. Es wird erwartet, dass die Mittelwerte der Gesamtskala des *Erziehungsfragebogens (EFB)* sowie von dessen Subskalen zum Ende der Reha-Maßnahme signifikant geringer ausfallen als zu Beginn der Reha-Maßnahme.

Hypothese 13.2a) (Haupteffekt 2)

Der Faktor B (Gruppe) hat einen signifikanten Effekt auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass das Ausmaß des negativen Erziehungsverhalten (ge-

messen mit dem *EFB*) im Mittel in der Gruppe, die an dem Triple-P-Training teilgenommen hat, signifikant niedriger ausfällt als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 13.3a) (Interaktionseffekt)

Ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ liegt vor. Über den gesamten Untersuchungszeitraum von vier Wochen Reha verringert sich das negative Erziehungsverhalten bei der Experimentalgruppe im Mittel stärker als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 13.b) Langfristige Effekte des Erziehungstrainings „Triple-P“ auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen:

Hypothese 13.1b) Erste Haupteffekthypothese

Der Faktor Zeit hat – bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen – einen signifikanten Effekt auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (gemessen mit dem *EFB-K*). Es wird erwartet, dass das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen im Mittel zu t2 signifikant geringer ist als zu t1 und dieser Effekt auch sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme (t3) noch nachweisbar ist.

13.2b): Zweite Haupteffekthypothese

Der Faktor Gruppe hat einen signifikanten Effekt auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich in Bezug auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass nach dem Triple-P-Training die Gesamtskala des *EFB-K* im Mittel bei der Experimentalgruppe signifikant geringer ist als bei der Kontrollgruppe. Dieser Effekt soll auch langfristig – sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme – nachweisbar sein.

13.3b): Interaktionshypothese

Eine signifikante Kombinationswirkung zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ (Interaktionseffekt) liegt vor. Über den gesamten Untersuchungszeitraum verringert sich die mit dem *EFB-K* erhobene Gesamtskala des negativen Erziehungsverhaltens der Experimentalgruppe im Durchschnitt signifikant stärker als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 14.)

14.1: Erste Haupteffekthypothese

Der Faktor Zeit hat bezogen auf die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen einen signifikanten Effekt auf die Verhaltensauffälligkeiten der von ihnen begleiteten Kinder (gemessen mit der *CBCL*). Es wird erwartet, dass die Begleitpersonen die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder im Mittel zu t2 und t3 signifikant niedriger einschätzen als zu t1.

14.2: Zweite Haupteffekthypothese

Der Faktor Gruppe hat einen signifikanten Effekt auf die Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder (mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen des Faktors Gruppe beziehen, unterscheiden sich in Bezug auf das betrachtete Merkmal). Es wird angenommen, dass der Gesamtwert des auffälligen Verhaltens der begleiteten Kinder (ge-

messen mit der *CBCL*) zu t2 und zu t3 im Mittel von den Teilnehmern der Experimentalgruppe signifikant niedriger eingeschätzt wird als von den Teilnehmern der Kontrollgruppe.

14.3: Interaktionshypothese

Eine signifikante Kombinationswirkung zwischen den beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ (Interaktionseffekt) liegt vor. Über die gesamte Zeit der Untersuchung verringern sich der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder der Experimentalgruppe im Mittel stärker als bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe.

Hypothese 16.)

Die Teilnehmer der Experimentalgruppe „Triple-P“ schätzen den Reha-Erfolg der von ihnen begleiteten Kinder zu den Messzeitpunkten t2 und t3 signifikant höher ein, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe.

4.3 Operationalisierung der Variablen

In diesem Kapitel werden die unabhängigen und abhängigen Variablen der einzelnen Hypothesen aufgeführt und zentrale Begriffe aus den Hypothesen definiert.

Zu Hypothese 11.)

Die **unabhängigen Variablen** dieser Hypothesen sind zum einen der dreifach gestufte **Faktor A: Zeit** (Messwiederholung: Pretest zu t1/Beginn der Reha-Maßnahme; Posttest zu t2/Ende der Reha-Maßnahme und Katamnese zu t3/sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) und zum anderen der zweifach gestufte **Faktor B: Gruppe** (Experimentalgruppe bzw. Kontrollgruppe).

Die **abhängige Variable** ist der Gesamtwert der „psychischen Belastung der Begleitpersonen“, der zu den Messzeitpunkten t1 und t2 mit dem *BSI* von Derogatis und zum Messzeitpunkt t3 mit einer 9-Item-Kurzform dieses Verfahrens (*SCL-K-9*) ermittelt wurde.

Zu den Hypothesen 12.) und 13.)

Die **unabhängigen Variablen** dieser Hypothesen sind zum einen der dreifach gestufte **Faktor A: Zeit** (Messwiederholung: Pretest zu t1/Beginn der Reha-Maßnahme; Posttest zu t2/Ende der Reha-Maßnahme und Katamnese zu t3/sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) und zum anderen der zweifach gestufte **Faktor B: Gruppe** (Experimentalgruppe bzw. Kontrollgruppe).

Die **abhängige Variable** der Hypothese 12.) ist das „positive Erziehungsverhalten“ und bei der Hypothese 13.) das „negative Erziehungsverhalten“ der Begleitpersonen.

In der vorliegenden Studie wurden die Begleitpersonen gebeten, selbst einzuschätzen, in welchem Ausmaß bestimmte Aussagen zum Erziehungsverhalten auf ihr eigenes Erziehungsverhalten zutreffen. Hierbei unterscheiden die angewandten Fragebögen in sogenanntes „positives“ und „negatives“ Erziehungsverhalten. Während der *FZEV* mithilfe eines Gesamtwertes die allgemeine Tendenz zu bestimmten als positiv bezeichneten Erziehungsver-

haltensweisen misst, lässt sich mithilfe der drei Subskalen des *EFB* herausarbeiten, in welchem Ausmaß bei den Begleitpersonen bestimmte als negativ bezeichnete Erziehungsverhaltensweisen wie z.B. „Überreagieren“, „Nachsichtigkeit“ oder „Weitschweifigkeit“ vorliegen. Weiterhin kann auch beim *EFB* ein Gesamtwert für das negative Erziehungsverhalten errechnet werden¹⁸.

Zu Hypothese 14.)

Die **unabhängigen Variablen** dieser Hypothese sind zum einen der dreifach gestufte Faktor A: Zeit (Messwiederholung: Pretest zu t1/Beginn der Reha-Maßnahme; Posttest zu t2/Ende der Reha-Maßnahme und Katamnese zu t3/sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) und zum anderen der zweifach gestufte Faktor B: Gruppe (Experimentalgruppe bzw. Kontrollgruppe).

Die **abhängige Variable** ist der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes (in der Einschätzung durch die Begleitperson), der mit der *CBCL*¹⁹ gemessen wird.

Zu Hypothese 16.)

Die **unabhängige Variable** der Hypothese 16.) lautet: Experimental- versus Kontrollgruppe. Die **abhängige Variable** ist der „Reha-Erfolg des Kindes“ in der Einschätzung durch die Begleitpersonen. Der Reha-Erfolg des Kindes wurde mit einem selbst erstellten Fragebogen zu den Messzeitpunkten t2 und t3 erhoben, der in Kapitel 4.6 dieser Arbeit dargestellt wird.

4.4 Statistische Datenauswertung

Im folgenden werden die statistischen Auswertungsverfahren für die einzelnen Hypothesen der „Triple-P“ Studie dargestellt: Das Signifikanzniveau für die Hypothesen 11.-14.) und 16.) wurde mit fünf Prozent festgelegt. Die Auswertung erfolgte mit SPSS (Version 15.0).

Statistische Datenauswertung der Hypothesen 11.)-14.)

Für die statistische Auswertung eines zweifaktoriellen Messwiederholungsplanes mit Experimental- und Kontrollgruppe empfiehlt sich laut Bortz (2004) eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen. Die interne Validität dieses Planes ist akzeptabel, solange sich die durchschnittlichen Vortestwerte aus Experimental- und Kontrollgruppe (und auch deren Streuungen) nicht allzu stark unterscheiden²⁰. Externe zeitliche Einflüsse, Reifungsprozesse und Testübung werden in diesem Plan durch die Berücksichtigung einer Kontrollgruppe kontrolliert.

Für die zweifaktoriellen Varianzanalysen der Hypothesen 11.-14.) gilt: Die beiden Faktoren sind zum einen der Gruppenfaktor (Interventions- bzw. Kontrollgruppe) und zum anderen

¹⁸ Zu den Fragebögen vgl. Kapitel 3.6 dieser Arbeit.

¹⁹ Auf die *CBCL* wird im Kapitel 3.6 eingegangen. Hier wird auch erläutert, was unter „auffälligem Verhalten“ verstanden wird, welche Aspekte des auffälligen Verhaltens von Kindern mit diesem Fragebogen erfasst werden können und wie sich der Gesamtwert „total problems“ zusammensetzt.

²⁰ Diese Voraussetzung ist in der vorliegenden Untersuchung gegeben. Zum statistischen Vergleich der Ausgangswerte der Gruppen siehe Anhang F dieser Arbeit.

der Zeitfaktor (Messwiederholung) Die Varianzanalysen werden als univariat bezeichnet, weil für jede einzelne Varianzanalyse jeweils nur eine abhängige Variable untersucht wurde.

Die Hypothesen werden über drei Effekte geprüft: Haupteffekt A, Haupteffekt B und die Interaktion erster Ordnung A x B. Ein signifikanter Interaktionseffekt A x B in der Varianzanalyse besagt, dass beide Faktoren nicht einfach additiv, sondern in einer anderen Weise zusammenwirken.

Die statistischen Hypothesen für die Varianzanalysen lauten:

Haupteffekthypothese 1:

Mindestens zwei Populationsmittelwerte bezogen auf die Faktorstufen des Faktors A (Zeit) unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das betrachtete Merkmal.

Nullhypothese 1:

Die Faktorstufen des Faktors A (Zeit: t1, t2 und t3) unterscheiden sich im Mittel nicht in Bezug auf das betrachtete Merkmal.

Haupteffekthypothese 2:

Mindestens zwei Populationsmittelwerte, die sich auf die Stufen von Faktor B (Experimental- und Kontrollgruppe) beziehen, unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das betrachtete Merkmal.

Nullhypothese 2:

Die Faktorstufen des Faktors B (Gruppe: Experimental- und Kontrollgruppe) unterscheiden sich im Mittel nicht im Hinblick auf das betrachtete Merkmal.

Interaktionshypothese:

Mindestens zwei Populationsmittelwerte bezogen auf die Faktorstufenkombinationen von A (Zeit) und B (Gruppe) unterscheiden sich im Mittel in Bezug auf das betrachtete Merkmal (d.h. ein signifikanter Interaktionseffekt liegt vor).

Nullhypothese:

Die Faktorstufenkombinationen von A (Zeit) und B (Gruppe) unterscheiden sich im Mittel nicht in Bezug auf das betrachtete Merkmal.

Für den Einsatz einer zweifaktoriellen univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung sind bestimmte **Voraussetzungen** nötig. Diese lauten:

- Normalverteilung der Stichprobenvariablen
- Varianzhomogenität der Stichprobenvariablen
- Die Kovarianzmatrizen der abhängigen Variablen sollten über die verschiedenen Meßzeitpunkte hinweg und für alle Gruppen eine Sphäritätsbedingung erfüllen (Homogenitätsanforderung sowohl für alle Gruppen eines "Zwischensubjekt"-Faktors als auch für die Kovarianzmatrizen der abhängigen Variablen zu allen Meßzeitpunkten).

Laut Bortz (1999) ist die Varianzanalyse bei gleichgroßen Stichproben gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen relativ robust. Falls bei kleinen Stichproben ($n < 10$) und bei

ungleichgroßen Stichproben der Verdacht besteht, dass eine oder mehrere Voraussetzungen verletzt sein können, sollte statt der Varianzanalyse auf ein verteilungsfreies Verfahren zurückgegriffen werden.

Im **Anhang E** werden die Tests erläutert, die für die Hypothesen 11.-14.) zur Überprüfung der Voraussetzungen der Varianzanalysen durchgeführt wurden. Weiterhin werden die Testergebnisse in Tabellenform dargestellt und interpretiert.

Post-hoc-tests für die Hypothesen 11.-14.)

Signifikante Ergebnisse aus den durchgeführten ANOVAS werden mit Post-hoc-tests (Anpassungstest nach Bonferroni) untersucht. Es wird dargestellt, ob sich die vorgefundenen Mittelwertsunterschiede zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) oder bei der Katamnese sechs Monaten nach der Reha-Maßnahme (t3) ergeben haben und herausgearbeitet, welche der beiden Gruppen sich stärker im Sinne der formulierten Alternativhypothese verändert hat.

Statistische Datenauswertung der Hypothese 16.)

Bei der Hypothese 16.) handelt sich um eine gerichtete Unterschiedshypothese ($H_1: \mu_1 > \mu_2$; $H_0: \mu_1 = \mu_2$), welche mit einem *t-Test für unabhängige Stichproben* ausgewertet wird.

4.5 Versuchsdesign

Für die Evaluation der neuen psychologischen Intervention „Triple-P“ wurde ein quasiexperimentelles Pretest-Posttest-Design mit Kontrollgruppe gewählt.

Die Befragung erfolgte zu drei Messzeitpunkten²¹:

- t1= Pretest (ein Tag nach der Anreise)
- t2= Posttest (ein Tag vor der Abreise)
- t3= Katamnese (sechs Monate nach Beginn der Reha-Maßnahme).

Das Kontrollgruppendedesign wurde ausgewählt, weil damit eine Treatmentwirkung sehr viel besser belegt ist als mit einem „Ein-Gruppen-Plan“ bei dem nur die behandelte Gruppe untersucht wird. Externe zeitliche Einflüsse, Reifungsprozesse und Testübung werden in diesem Plan durch die Berücksichtigung einer Kontrollgruppe kontrolliert (Verbesserung der internen Validität bei einem quasiexperimentellen Design).

Die Intervention (Erziehungstraining „Triple-P“) erfolgte im Rahmen einer vierwöchigen Reha-Maßnahme.

²¹ Laut Bortz (2004) wird die Reliabilität des Untersuchungsergebnisses erhöht, wenn statt zwei Messzeitpunkten (z.B. Pre- und Posttest) drei Messzeitpunkte vorgesehen werden. Diese Empfehlung wurde in der vorliegenden Untersuchung umgesetzt.

Es gilt folgender zweifaktorieller Untersuchungsplan:

	Messzeitpunkt t1 (Pretest)	Intervention „Triple-P“	Messzeitpunkt t2 (1. Posttest-Messung)	Messzeitpunkt t3 (2. Posttestmessung)
EG	S1	Mit Treatment	S1	S1
KG	S2	Ohne Treat- ment	S2	S2

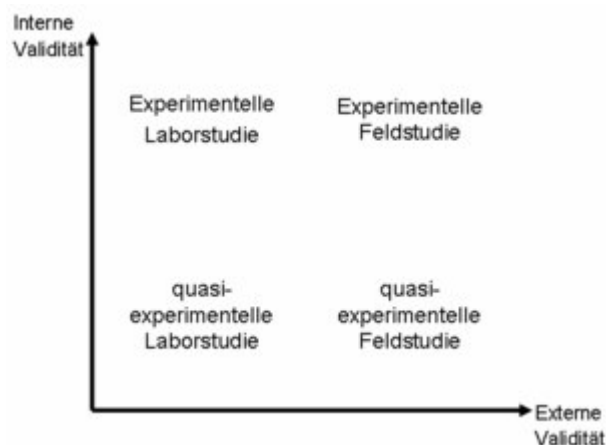
Tab. 69. Zweifaktorieller Messwiederholungsplan mit Experimental- und Kontrollgruppe

Der Plan wird als zweifaktoriell bezeichnet, weil zwei unabhängige Variablen (die Faktoren Gruppe und Zeit) enthalten sind. Er kontrolliert gleichzeitig die Bedeutung von zwei unabhängigen Variablen (Faktoren) für eine abhängige Variable. Zusätzlich informiert dieser Plan über die Kombinationswirkung (Interaktion oder Wechselwirkung) der beiden unabhängigen Variablen.

Mit dem Pretest wurden die abhängigen Variablen in den entsprechenden Stichproben vorgetestet, um zu überprüfen, ob die Maßnahme in den verschiedenen Populationen (EG/KG) unterschiedlich wirkt. Die treatmentbedingten Veränderungen werden durch den Vergleich der Pre- und Posttest-Messungen ermittelt. Veränderung wird damit in dieser quasiexperimentellen Untersuchung durch Differenzen zwischen Durchschnittswerten angezeigt, die für eine Stichprobe zu den drei Messzeitpunkten ermittelt werden.

Die durchgeführte Untersuchung zählt zu den **Felduntersuchungen**, da sie innerhalb des Klinikalltags und somit in einer von der Untersucherin unbeeinflussten, natürlichen Umgebung stattgefunden hat. Als **quasi- bzw. nichtexperimentell** ist sie zu bezeichnen, da die natürlichen Gruppen (Begleitpersonen, Kinder) nicht nur hinsichtlich der unabhängigen Variablen (z.B. EG / KG) sondern zusätzlich hinsichtlich anderer Variablen (z.B. Diagnose des chronisch kranken Kindes) nicht randomisiert zusammengestellt werden konnten, wie es für eine experimentelle Untersuchung ausschlaggebend ist.

Die folgende Grafik verdeutlicht die interne und externe Validität bei Experiment und Quasi-Experiment:



Quelle: Wikipedia (Stichwort Forschungsdesign, 2010)

Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich aufgrund dessen durch eine große externe Validität und eine geringe interne Validität aus.

Laut Bortz (2002) ist die Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich aller personengebundenen Störvariablen bei einem quasiexperimentellen Design umso mehr sichergestellt, je größer die zu vergleichenden Stichproben sind (Empfehlung: mindestens 20 Untersuchungsteilnehmer pro Experimental- und Kontrollgruppe). Diese Empfehlung konnte in der vorliegenden Untersuchung umgesetzt werden.

Eine Besonderheit der Triple-P-Studie bestand darin, dass alle Untersuchungsschritte von der Planung über die Durchführung der Befragung/ des Treatments bis hin zur Datenauswertung von meiner Person allein durchgeführt wurden, da aus ökonomischen Gründen keine externen Mitarbeiter zur Verfügung standen. Um Versuchsleitereffekte möglichst gering zu halten, wurde auf folgende Punkte geachtet:

- Es wurden Vorstudien durchgeführt, um den Untersuchungsablauf vorzutesten.
- Alle Untersuchungsteilnehmer erhielten am Informationsabend über die Studie und bei der Befragung mit Fragebögen dieselbe standardisierte Instruktion.
- Verständnisprobleme bei der standardisierten Instruktion von einzelnen Untersuchungsteilnehmern wurden individuell ausgeräumt (Möglichkeit zu telefonischen Rückfragen war gegeben).
- Es wurde auf konstante Untersuchungsbedingungen geachtet (bei der Instruktion wurde z.B. immer der gleiche Raum benutzt, die gleiche Uhrzeit gewählt).
- Die Abfolge der Untersuchung wurde konstant gehalten (Fragebögen immer im gleichen zeitlichen Abstand verteilt).
- Unregelmäßigkeiten im Untersuchungsablauf wurden protokolliert.
- Die Untersuchung wurde so angelegt, dass die Untersuchungsleiterin die Ergebnisse der Untersuchungsteilnehmer erst nach Abschluss der Untersuchung erfahren hat (die Fragebögen wurden erst nach Abreise der letzten Teilnehmer eingegeben und ausgewertet).

4.6 Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen der Therapiestudie „Triple-P“ wurden verschiedene standardisierte Fragebögen und ein teilstandardisiertes Leitfaden-Interview angewandt, die in diesem Kapitel beschrieben werden.²² Die für die Untersuchung relevanten selbst entwickelten Untersuchungsinstrumente sind im Anhang H dieser Arbeit abgebildet.

²² Ausnahmen bilden die Fragebögen *EFB + EFB-K*, *FZEV*, *BSI* und *CBCL*, die in Kapitel 3.6 der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt werden, da sie auch in der Begleitpersonenstudie zum Einsatz kamen.

Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Kurzform), Hoyer (2002)

Mit diesem selbst entwickelten Fragebogen, der eine Kurzfassung des in der Begleitpersonenstudie verwandten *Anreise-Fragebogens für Begleitpersonen*²³ darstellt, werden soziodemografische Daten der Begleitpersonen erhoben.

SCL-K-9

Hierbei handelt es sich um eine weitere Variante der *SCL-90-R* (Originalfassung des Tests; das *BSI* ist ebenso wie der *SCL-K-9* eine Kurzform der *SCL-90-R*). Der *SCL-K-9* enthält neun Items. In jede Skala geht jeweils nur ein Item ein und der Gesamtwert der psychischen Belastung (*GSI-9*) ist der Mittelwert über die neun Items. Die *SCL-K-9* stellt somit eine ökonomische Kurzform der *SCL-90-R* dar (ein wesentlicher Aspekt der Entwicklung der *SCL-K-9* liegt in der Kritik hoher Skaleninterkorrelationen bei der Originalversion *SCL-90-R* begründet, welche den hohen Umfang an Items in Zweifel ziehen). Die *SCL-K-9* korreliert mit dem Index (*GSI*) der Langform mit $r = .93$. Mit einem Cronbachs Alpha von .87 erreicht auch die Kurzform eine sehr gute interne Konsistenz (Klaghofer et al., 2001).

Fragebogen zur Kursbeurteilung „Triple-P“

Der *Fragebogen zur Kursbeurteilung „Triple-P“* von der PAG Braunschweig wurde für den Einsatz im Rahmen der vorliegenden Studie leicht modifiziert, damit sich die Fragen direkt auf das absolvierte Erziehungstraining in der Fachklinik Satteldüne bezogen. Der Fragebogen besteht aus 16 Items und wurde von der Experimentalgruppe zu t2 ausgefüllt. Die Items beziehen sich auf verschiedene Aspekte des absolvierten Erziehungstrainings (z.B. Zufriedenheit mit der Kursleitung, den Kursinhalten, der Atmosphäre im Kurs) und geben das Ausmaß der Effekte des Trainings auf das Verhalten des Kindes, auf das Familienleben und die Partnerschaft an. Die einzelnen Items zur Kursbeurteilung „Triple-P“ sind bei der Ergebnisdarstellung für die Fragestellung 15.) im Wortlaut aufgeführt.

Leitfaden-Interview für Begleitpersonen zu t3

Zu t3 wurde im Rahmen eines Leitfaden-Interviews eine weitere modifizierte Version des *Fragebogens zur Kursbeurteilung „Triple-P“* verwandt, bei der die Items jeweils so umformuliert wurden, dass der Fragebogen sowohl von der Experimental- als auch von der Kontrollgruppe bearbeitet werden konnte. Die Experimentalgruppe beurteilte insbesondere das Triple-P-Programm und die Kontrollgruppe das von ihnen absolvierte Reha-Programm. Weiterhin wurde erfragt, ob die Teilnehmer das Triple-P-Programm bzw. die Fachklinik Satteldüne weiterempfehlen würden.

Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson (zu den Messzeitpunkten t2 und t3)

Dieser Fragebogen besteht aus einem einzelnen Item. Die Begleitpersonen wurden zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) gebeten, den Reha-Erfolg für ihr Kind auf einer fünfstufigen

²³ Beschreibung des Fragebogens siehe Kapitel 3.6 dieser Arbeit

Intervallskala einzuschätzen. Sechs Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) wurde der Reha-Erfolg von den Begleitpersonen erneut mit diesem Fragebogen beurteilt.

Tabellarischer Überblick über die Messinstrumente

Messzeitpunkt t1 (ein Tag nach der Anreise)	Autor	Erscheinungsjahr
„Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen – Kurzform / Soziodemografische Daten“	Hoyer	2002
Child Behavior Checklist (CBCL) – Deutsche Version	Döpfner	1993
Brief Symptom Inventory, (BSI) – Deutsche Version	Derogatis	1995
Fragen zum Erziehungsverhalten (FZEV)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
Erziehungsfragebogen (EFB)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001

Tab. 70. Messinstrumente zu t1

Messzeitpunkt t2 (nach vier Wochen Reha, ein Tag vor der Abreise)	Autor	Erscheinungsjahr
Fragebogen zur Kursbeurteilung „Triple-P“	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson (t2)	Hoyer	2002
Child Behavior Checklist (CBCL) – Deutsche Version	Döpfner	1993
Brief Symptom Inventory (BSI) – Deutsche Version	Derogatis	1995
Fragen zum Erziehungsverhalten (FZEV)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
Erziehungsfragebogen (EFB)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001

Tab. 71. Messinstrumente zu t2

Messzeitpunkt t3 (6 Monate nach Abschluss der Reha- Maßnahme, Interview / Hausbesuch)	Autor	Erscheinungs- jahr
Leitfaden-Interview für Begleitpersonen zu t3 (inkl. Fragebogen zur Kursbeurteilung „Triple-P“)	Hoyer (Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig)	2002 2001
Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson (t3)	Hoyer	2002
Child Behavior Checklist (CBCL) – Deutsche Version	Döpfner	1993
Kurzversion Symptom-Checkliste (SCL-K-9) (Deutsche Version)	Derogatis	1995
Fragen zum Erziehungsverhalten (FZEV)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001
Erziehungsfragebogen (EFB-K)	Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig	2001

Tab. 72. Messinstrumente zu t3

4.7 Beschreibung der Intervention „Triple-P“

„Triple P“ steht für die drei P’s des australischen Namens: „Positive Parenting Program“ und wird in Deutschland unter der Bezeichnung „Positives Erziehungsprogramm“ durchgeführt. „Triple-P“ wurde in zwölfjähriger Forschung an der Universität von Queensland, Australien, entwickelt. Durch enge Zusammenarbeit mit Familien sind am dortigen Parenting-and-Family-Support-Centre unter der Leitung von Professor M. Sanders sehr praxisnahe Erziehungshilfen entstanden, die den Umgang mit häufigen kindlichen Verhaltensproblemen erleichtern. Dazu gehören Ungehorsam, Wutanfälle, Aggressionen, Probleme beim Schlafen oder Essen und andere Schwierigkeiten, die Eltern täglich erleben. Triple P ist ein hauptsächlich präventives Programm zur Unterstützung von Familien und Eltern bei der Kindererziehung. Es besteht aus gestuften Interventionen auf fünf Ebenen, die von ausschließlicher Information und Selbstanleitungsprogrammen über Gruppentrainings für Eltern bis zu intensiver (Einzel)-Familietherapie reichen. Ziel des Positiven Erziehungsprogramms ist es, Eltern Anregungen zu geben, die ihnen helfen können, eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und es bei seiner Entwicklung zu unterstützen. Es gibt Angebote für Eltern von Kindern aller Altersstufen.

Für die Intervention in der Fachklinik Satteldüne wurde die „Triple-P-Stufe 4“ (Gruppentraining für Eltern) ausgewählt. Diese umfasst vier zweistündige Gruppensitzungen und vier optionale individuelle Telefonkontakte à 20 Minuten. Die vier Gruppensitzungen fanden während des 4-wöchigen Reha-Aufenthaltes der Begleitpersonen statt. Die vier optionalen Telefonkontakte erfolgten im Anschluss an die Reha-Maßnahme über einen Zeitraum von vier Wochen.

Die Inhalte der einzelnen Sitzungen des Gruppentrainings lauten:

Sitzung 1 „Positive Erziehung“

- Grundprinzipien positiver Erziehung
- Ursachen kindlicher Verhaltensprobleme
- Ziele für Veränderungen
- Systematische Verhaltensbeobachtung

Sitzung 2 „Förderung kindlicher Entwicklung“

- Entwicklung positiver Beziehungen zu Kindern
- Förderung angemessenen Verhaltens
- Erlernen neuer Fertigkeiten und Verhaltensweisen

Sitzung 3 „Umgang mit Problemverhalten“

- Umgang mit Problemverhalten
- Kooperationsroutine
- Punkte-Karten

Sitzung 4 „Vorausplanen“

- „Überlebensstips“ für Familien
- Risikosituationen
- Aktivitätenpläne

Sitzung 5-8 „Einsatz von Erziehungsroutinen“ (individuelle Telefonkontakte)

4.7.1. Methodik / Didaktik des Triple-P-Trainings

Bei dem Erziehungstraining Triple-P handelt es sich um ein standardisiertes Programm, bei dem bestimmte Arbeitsmaterialien verwendet werden. Hierzu gehört ein Gruppenarbeitsbuch mit theoretischen und praktischen Teilen. Mit diesem Buch wird während der Sitzungen gearbeitet (schriftliche Übungen) und es dient darüber hinaus zur Veranschaulichung der Inhalte der einzelnen Sitzungen. Weiterhin gehört das Triple-P-Video „Überlebenshilfe für Eltern“ zu den Arbeitsmaterialien. In jeder Sitzung werden Videosequenzen gezeigt, die zum einen theoretische Inhalte erläutern und zum anderen diverse Fallbeispiele für die erlernten Erziehungsstrategien enthalten. Darüber hinaus arbeiten die Triple-P-Trainer mit standardisierten Folienvorträgen, um die Inhalte der verschiedenen Sitzungen zu veranschaulichen. Praktische Übungen werden in jeder Sitzung durchgeführt. Dazu zählen z.B. Partnerinterviews zum gemeinsamen Kennenlernen der KursteilnehmerInnen, Übungen der verschiedenen Erziehungsstrategien in Kleingruppen und Rollenspiele, um das Erlernte zu verfestigen. Die Teilnehmer erhalten zudem jede Woche Übungsaufgaben und können somit das Erlernte direkt in die Praxis umsetzen (z.B. Verhaltensbeobachtung, Einsatz einer Punktekarte, Durchführen von Aktivitätenplänen).

Obwohl es sich bei dem Erziehungstraining „Triple-P“ um ein standardisiertes Programm handelt, gibt es Raum für Diskussion, Erfahrungsaustausch und persönliche Beiträge, so dass jede Gruppe einen individuellen Charakter erhält. Eltern von Kindern mit Säuglingen haben z.B. andere Erziehungsprobleme als Eltern von Kindern im Grundschulalter; Eltern

von chronisch erkrankten Kindern haben zusätzliche Erziehungsprobleme durch den Umgang mit der Erkrankung, die bei Eltern von gesunden Kindern möglicherweise nicht auftreten.

Um eine möglichst vergleichbare Qualität des Triple-P-Angebotes zu gewährleisten, wird das Erziehungsprogramm unter dem Namen „Triple-P“ ausschließlich von lizenzierten Triple-P-Trainern durchgeführt. Für die Lizenz muss eine Ausbildung mit theoretischen und praktischen Teilen sowie eine Supervision durchlaufen werden. Die Lizenz als Triple-P-Trainer ist zeitlich befristet und muss nach fünf Jahren durch eine Re-Zertifizierung erneuert werden, bei der die Trainer neben praktischen Übungen unter Supervision auch über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Triple-P und über Neuerungen informiert werden.

Darüber hinaus wird jeder Triple-P-Kurs mit einem speziellen Fragebogenpaket für die Teilnehmer, welches diese vor und nach dem Kurs ausfüllen, evaluiert. Auf diese Weise ist eine Vergleichbarkeit der erzielten Ergebnisse gegeben, da die Fragebögen von Triple-P-Deutschland zentral gesammelt und von der PAG Braunschweig ausgewertet werden.

4.7.2. Evaluation und Effektivität des Erziehungstrainings Triple-P

Die Wirksamkeit der einzelnen Interventionsebenen des Erziehungstrainings „Triple-P“ wurden in diversen Studien belegt. Anfang der 80er Jahre veröffentlichte eine Forschergruppe um Sanders erstmalig Ergebnisse zur Effektivität einzelner Triple-P-Interventionen. Es folgten verschiedene kontrollierte und zum Teil breit angelegte Untersuchungen (vg. Sanders & Dadds, 1993). So wurde z.B. untersucht, welchen Effekt die Fernsehserie „Families“ – in der allgemeine Informationen über positive Erziehung vermittelt werden – auf das Erziehungsverhalten von Eltern und das Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder hat (vgl. Sanders, 1999). Diese kontrollierte Untersuchung ergab: Eltern, die die 13teilige Serie verfolgten und zusätzlich in schriftlicher Form „Kleine Helfer“ zu den vorgestellten Themen erhielten, berichteten von positiven Veränderungen innerhalb der Familien. Das Ausmaß der kindlichen Verhaltensprobleme reduzierte sich signifikant, die Eltern fühlten sich in der Kindererziehung kompetenter und ungünstige Erziehungspraktiken traten weniger häufig auf.

Die Wirksamkeit der Kurzinterventionen des Erziehungstrainings Triple-P (Stufe 2: Kurzberatung für spezifische Erziehungsprobleme und Stufe 3: Kurzberatung und aktives Training) wurde bei Kindern untersucht, die mildes Problemverhalten wie z.B. Schlaf- oder Eßprobleme, Nägelkauen oder Daumenlutschen zeigten (Christensen & Sanders, 1987; Sanders et al., 1984). Die Interventionen ergaben eine signifikante Abnahme des Problemverhaltens in den Experimentalgruppen.

In einer weiteren kontrollierten Studie (Sanders, 1999) wurde die Effektivität einzelner Interventionsebenen von Triple-P bei n=305 Kindern im Alter von drei Jahren mit external auffälligem Verhalten untersucht. Hier zeigte sich, dass die Stufen 4 (Gruppentraining) und 5 (individuelle Intervention auf Familienebene) gegenüber einem telefonisch unterstützten Selbsthilfeprogramm überlegen waren. Die Eltern der Stufen 4 und 5 waren mit ihrer Eltern-

rolle zufriedener als die Eltern der Selbsthilfe-Bedingung und zeigten eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm. Im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe zeigten sich für die Stufen 4 und 5 vergleichbare Effekte in den folgenden Bereichen: signifikant weniger berichtete und beobachtete Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, geringeres Ausmaß dysfunktionalen Erziehungsverhaltens, höhere Erziehungskompetenz der Eltern. Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr blieben die klinisch bedeutsamen Veränderungen im Verhalten der Kinder stabil und in den Experimentalgruppen vergleichbar.

Die Effekte eines telefonisch unterstützten Triple-P-Selbsthilfeprogrammes mit schriftlichen Selbsthilfematerialien für Familien mit Kindern im Vorschulalter wurden im Jahr 1997 überprüft (Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997). Diese Studie ergab, dass die Experimentalgruppe bei der Postmessung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant weniger kindliche Verhaltensprobleme, weniger ungünstiges Erziehungsverhalten, eine höhere Erziehungskompetenz sowie ein geringeres Ausmaß an Depressivität und Stress bei den Eltern aufwies.

In einer breit angelegten Studie mit n=1673 Familien in Westaustralien wurde die Effektivität des Triple-P-Gruppentrainings (Stufe 4) untersucht (vgl. Sanders, 1999). Im Ergebnis ergab sich eine signifikante Reduzierung kindlichen Problemverhaltens. Beim Pretest zeigten 42 % der Kinder klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten, beim Posttest nur noch 20 %. Signifikant positive Auswirkungen wurden zudem auf das Erziehungsverhalten der Eltern, die Ehequalität und die persönliche Befindlichkeit der Eltern beobachtet.

Ferner zeigten Studien von Sanders & McFarland (2000), dass sogenannte „Risikokinder“, die aufgrund von familiären Faktoren – wie z.B. minderjährige Eltern, Alleinerziehende Eltern, niedrige Beziehungsqualität der Eltern, Gewalt in der Familie, Depression der Mutter – in größerer Gefahr sind, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, signifikante Effekte der Triple-P-Stufen 4 (Gruppentraining) und 5 (individuelle Intervention auf Familienebene). Unter beiden Bedingungen reduzierte sich das kindliche Problemverhalten signifikant und die mütterliche Befindlichkeit verbesserte sich. Bei der Nachkontrolle nach 6 Monaten wiesen 53 % der Stufe 5-Bedingung und 13 % der Stufe 4-Bedingung eine signifikante Reduktion der Depression und des kindlichen Problemverhaltens auf.

Eine der größten Studien in den USA zu Triple P wurde von Prof. Dr. Ron Prinz in South Carolina durchgeführt. Die im Jahr 2009 publizierte Studie mit dem Titel „The U.S. Triple P System Population Trial“ ergab, dass in jenen Regionen von South Carolina, in denen das ganze System Triple P neu implementiert und angewendet wird, bei Familien mit mindestens einem Kind unter einem Alter von acht Jahren:

- weniger Misshandlung von Kindern (Anzahl gemeldeter Fälle an das Jugendamt)
- weniger Notaufnahmen von Kindern in Krankenhäusern wegen körperlicher Misshandlung
- und weniger Heimeinweisungen oder Zuweisungen von Kindern zu Pflegefamilien durch das Jugendamt

festgestellt wurden als in vergleichbaren Regionen, in denen das Triple-P-Erziehungstraining im Untersuchungszeitraum noch nicht eingeführt war. Insgesamt gingen in diese Studie 18 Landkreise ein, (n=9 Triple-P; n=9 Kontrollgruppe). Für die Durchführung dieser Studie wurden 649 Triple-P-Trainer ausgebildet. Der Interventionszeitraum betrug zwei Jahre. Es wurden alle Stufen des Triple-P-Trainings angeboten: von Information über Medien / Zeitungen und Vorträge bis hin zu intensiven Elterntrainings. Die Triple-P Interventionen erreichten geschätzte 8883-13560 Familien. Hiervon besuchten etwa zwei Drittel die Triple-P-Stufe 2 oder 3 während das übrige Drittel die Triple-P-Stufe 4 oder höher besuchte. Im Ergebnis lauten die geschätzten Populationseffekte der Intervention Triple-P (bezogen auf 100.000 Kinder bis zu einem Alter von acht Jahren; Reduktionen pro Jahr): 688 weniger Missbrauchsfälle, 240 weniger Fremdunterbringung des Kindes in Heim oder Pflegefamilie, 60 weniger Krankenhausaufnahmen eines Kindes wegen körperlicher Misshandlung (vgl. Prinz et al., 2009).

4.8 Durchführung der Therapiestudie „Triple-P“ in der Fk Satteldüne

In diesem Kapitel wird ein Überblick über das Untersuchungsergebnis der Pilotstudie zum Erziehungstraining „Triple-P“ gegeben, die ausschlaggebend für die Auswahl dieses Erziehungstrainings als neuer psychologischer Intervention für Begleitpersonen war. Anschließend werden die Rahmenbedingungen und der organisatorische Ablauf der Triple-P-Hauptstudie dargestellt.

4.8.1. Pilotstudie Triple-P für Begleitpersonen

Das Erziehungstraining „Triple-P“ wurde in der Fachklinik Satteldüne erstmalig im November 2002 als Pilotstudie von der Autorin der vorliegenden Arbeit in der Fachklinik Satteldüne durchgeführt. Diese Pilotstudie erfolgte zu Übungszwecken, um den organisatorischen Ablauf zu optimieren und weitere praktische Erfahrung in der inhaltlichen Durchführung des Trainings zu sammeln. Die Stichprobe bestand aus 20 Begleitpersonen (Mütter), die auf freiwilliger Basis an dem Erziehungstraining teilnahmen. Die Begleitpersonen wurden in drei Gruppen eingeteilt. Das Training dauerte pro Gruppe acht Zeitstunden (ein bis zwei Blöcke à zwei Zeitstunden wöchentlich, verteilt über einen Zeitraum von drei Wochen). Anschließend wurde mit zwei Begleitpersonen eine telefonische Nachbetreuung zur Umsetzung des Erlernten in den Alltag durchgeführt (die Teilnahme an diesen Telefonkontakten war freiwillig). Die Evaluation der Pilotstudie erfolgte mit Hilfe der in jedem Triple-P-Training eingesetzten Triple-P-Evaluationsbögen.

Die Pilotstudie ergab:

- Das Triple-P-Training wurde von den Begleitpersonen positiv angenommen: etwa 50 % der Begleitpersonen, die zum Zeitpunkt der Pilotstudie in der Fachklinik Satteldüne wohnten, nahmen daran teil.

- Die organisatorischen Rahmenbedingungen, wie z.B. Zeitpunkt und Ort des Trainings, Materialien wie Aushänge und Teilnahmebescheinigungen konnten optimiert und den Bedingungen in der Fachklinik Satteldüne angepasst werden.
- Die Rückmeldung der Teilnehmer war positiv.

Die Begleitpersonen gaben in den Triple-P- Evaluationsbögen zu t2 (im Anschluss an den letzten Abend des Gruppentrainings) an:

- dass sie sich aufgrund des absolvierten Trainings im Umgang mit täglichen Erziehungsschwierigkeiten sicherer fühlten,
- Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sich verringert hätten und
- die Inhalte des Trainings bereits während der Reha-Maßnahme im Stationsalltag anwendbar waren, z.B. im Hinblick auf den Umgang der Begleitperson mit dem chronisch kranken Kind, bei der Motivation des Kindes zur Durchführung der therapeutischen Maßnahmen, beim Umgang mit Therapieverweigerung und dem Erlernen eines selbständigen Umgangs mit der Erkrankung.
- dass die Kursinhalte zu regem Erfahrungsaustausch unter den Begleitpersonen geführt hätten. Besonders hervorgehoben wurde von den Begleitpersonen, dass aufgrund der Teilnahme an dem Erziehungstraining die anfängliche Stimmung der gegenseitigen Beobachtung / Kritik im Klinikalltag in kritischen Erziehungssituationen einer gegenseitigen Hilfestellung in Erziehungsfragen gewichen sei.

Im Rahmen der Pilotstudie wurden das Pflegepersonal während der wöchentlich stattfindenden Stationsbesprechungen in der Fachklinik Satteldüne befragt, welche Effekte das „Triple-P-Training“ aus ihrer Sicht auf die Interaktion zwischen Begleitpersonen und deren Kinder im Stationsalltag hatte. Die Stationsmitarbeiter gaben an, dass das Training der Strategien der positiven Erziehung unmittelbare Auswirkungen auf die Stimmung der Begleitpersonen hatte, da der Erfahrungsaustausch über Erziehung untereinander gefördert wurde und die Begleitpersonen sich während der Pilotstudie stärker als sonst üblich bei alltäglichen Erziehungsschwierigkeiten auf der Kind-Mutter-Station gegenseitig unterstützten.

Weiterhin stellte sich heraus, dass das Erziehungstraining „Triple-P“ von den Begleitpersonen stärker wahrgenommen wurde, als die bereits in der Klinik von Seiten des psychologischen Bereichs angebotene Erziehungsberatung. Hierzu trug der präventive Charakter des „Triple-P-Trainings“ bei, durch den sich auch diejenigen Begleitpersonen angesprochen fühlten, deren Kinder zum Zeitpunkt des Trainings keine Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Mit dieser Pilotstudie konnte das angestrebte Ziel erreicht werden, mit einer neuen psychologischen Intervention einen Großteil der Begleitpersonen anzusprechen und ihnen Hilfestellung bei der Kindererziehung zu geben, die von den Teilnehmern als effektiv eingestuft wurde. Ermutigt durch diese positiven Rückmeldungen wurde das Erziehungstraining „Triple-P“ als psychologische Intervention für Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne beibehalten und mit einer größeren Stichprobe mit Kontrollgruppendesign durchgeführt und evaluiert. Im folgenden wird der Ablauf dieser Studie näher beschrieben.

4.8.2. Hauptstudie „Triple-P“: Rekrutierung der Teilnehmer

In den Monaten Januar bis Februar 2003 wurde die Experimentalgruppe für das Erziehungstraining „Triple-P“ rekrutiert. Die Befragung der Kontrollgruppe wurde zu einem späteren Zeitpunkt (Ende März-Juni 2003) durchgeführt, um die Störvariable des gegenseitigen Erfahrungsaustausches der Interventions- und der Kontrollgruppe innerhalb der Fachklinik auszuschließen. Die Begleitpersonen wurden vor Beginn des Elterngruppentrainings mit Hilfe eines Aushanges auf die geplante Intervention „Triple-P“ (Experimentalgruppe) bzw. auf die „Begleitpersonenstudie“ (Kontrollgruppe) aufmerksam gemacht. Im Rahmen eines Elternabends, der kurz nach der Anreise der Begleitpersonen stattfand, wurden diese umfassend über Inhalte, Ziele und Ablauf der Intervention „Triple-P“ (bzw. bei der Kontrollgruppe der „Begleitpersonenstudie“) informiert. Die Teilnahme basierte in beiden Gruppen auf Freiwilligkeit. Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass ihre Angaben mithilfe eines persönlichen Codes anonymisiert ausgewertet werden. Die Interessenten konnten sich zum Ende des Elternabends in eine Liste eintragen und damit ihr Einverständnis zur Teilnahme am Erziehungstraining und der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung erklären.

4.8.3. Ablauf der Befragung für Interventions- und Kontrollgruppe

Die Evaluation durch Fragebögen erfolgte anonymisiert mittels persönlichem Code. Die Teilnehmer erhielten am Elternabend das erste Fragebogenpaket (t1), welches umgehend bis zum nächsten Tag ausgefüllt wurde. Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte anonymisiert. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einen Briefumschlag gesteckt und verschlossen, der den Teilnehmern mit dem Fragebogenpaket ausgehändigt wurde. Anschließend wurde dieser Briefumschlag – aus dem keinerlei Rückschlüsse über den Absender gezogen werden konnten – von den Begleitpersonen in einen extra für die Studie aufgestellten Briefkasten auf der Station geworfen und dort von den Mitarbeitern des Psychologischen Bereichs eingesammelt. So wurde verhindert, dass die Daten von Dritten eingesehen werden konnten. Während der Zeitdauer der Studie hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, kostenlos über das Haustelefon Kontakt mit dem Psychologischen Bereich der Fachklinik aufzunehmen, um Rückfragen zu den Fragebögen zu stellen. Das zweite Fragebogenpaket zum Messzeitpunkt t2 wurde den Teilnehmern kurz vor der Abreise persönlich überreicht und einen Tag vor der Abreise ausgefüllt. Dies Fragebogenpaket enthielt eine frankierte Postkarte, die an den psychologischen Bereich der Fachklinik Satteldüne adressiert war. Hiermit sollten die Begleitpersonen im Falle eines Umzuges ihre neue Anschrift bzw. Änderungen der Telefonnummer mitteilen, um die Drop-out-Rate für den Messzeitpunkt t3 gering zu halten. Die Katamnese (t3) fand im Rahmen eines persönlichen Interviews im jeweiligen Zuhause der Teilnehmer an deren Heimatort statt: Mit den Teilnehmern wurde telefonisch ein Termin vereinbart. Anschließend wurde den Teilnehmern ein persönlicher Brief mit ihrem Interviewtermin zugestellt. Am Tag des Interviews erfolgte ein weiteres kurzes Telefonat, um festzustellen, ob die Begleitperson an den Termin gedacht hat und dieser tatsächlich zu der geplanten Uhrzeit stattfinden konnte.

4.8.4. Katamnese

Die persönliche Befragung der Teilnehmer der **Experimentalgruppe** am jeweiligen Heimatort (t3) wurde mit einer Forschungsrundreise realisiert. Diese fand von August bis September 2003 per Wohnmobil statt. Da sich die Wohnorte über ganz Deutschland verteilten, war dies eine gute Möglichkeit, innerhalb eines kurzen Zeitraumes alle Teilnehmer persönlich in ihrem Zuhause interviewen zu können, da diese in einigen Fällen sehr abgelegen und ohne Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz wohnten.

Die Befragung der Teilnehmer der **Kontrollgruppe** am jeweiligen Heimatort zu t3 erfolgte in den Monaten Oktober bis Dezember 2003. Die Interviews fanden an den Wochenenden statt, weil für eine längere Rundreise die zeitlichen Kapazitäten fehlten. An mehreren verlängerten Wochenenden wurde jeweils ein anderes Bundesland per PKW oder Bahn aufgesucht und die persönlichen Interviews im Haus der Teilnehmer durchgeführt.

4.9 Beschreibung der Stichproben

Insgesamt nahmen 98 Begleitpersonen (97 Mütter, 1 Vater) an der Untersuchung teil. Die Untersuchungsgruppe wurde aus denjenigen Begleitpersonen gebildet, die Kinder im Vorschulalter (bis sieben Jahre) hatten und während einer Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik Satteldüne auf Amrum gemeinsam mit ihrem Kind in einer Wohneinheit wohnten („rooming in“). Der Mindestaufenthalt betrug vier Wochen. Die Stichprobe bestand aus einer Experimentalgruppe (n= 48) und einer Kontrollgruppe (n=50).

4.9.1. Experimentalgruppe

Die Experimentalgruppe erhielt zusätzlich zu dem optionalen Standardprogramm des Psychologischen Bereichs der Fachklinik Satteldüne (dazu zählten: Einzel-Erziehungsberatung, Entspannungstraining, psychologische Einzelgespräche) ein 8-stündiges Erziehungstraining („Triple-P“ Stufe 4, Gruppentraining). Anschließend an die Reha-Maßnahme gab es für die Teilnehmer auf freiwilliger Basis die Möglichkeit, einmal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen an Triple-P-Telefonkontakten teilzunehmen, um das Erlernte zu vertiefen und alltägliche Erziehungssituationen zu besprechen.

4.9.2. Kontrollgruppe

Die **Kontrollgruppe** durchlief die Reha-Maßnahme unter den gleichen Bedingungen wie die Experimentalgruppe (d.h. mit dem optionalen Standardprogramm des Psychologischen Bereichs), jedoch ohne die Möglichkeit der Teilnahme am Erziehungstraining „Triple-P“, das in diesem Zeitraum in der Fachklinik Satteldüne generell nicht angeboten wurde.

4.9.3. Soziodemografische Daten der Stichprobe

Im Folgenden werden die soziodemografischen Daten der Gesamtstichprobe (EG + KG) aufgeführt, die zu t1 mit einer Kurzform des *Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen* erhoben wurden.

Merkmal	m (s)	Häufigkeit (%)
Durchschnittsalter der Bps (n=74)	4,07 (1,53)	
Durchschnittsalter der Kinder (n=74)	32,94 (4,69)	
Geschlecht Kind (n=74) Männlich: Weiblich:		47 (63,5 %) 27 (36,5 %)
Anzahl Geschwisterkinder (n=70) 0: 1: 2: 3:		25 (35,7 %) 31 (44,3 %) 12 (17,1 %) 2 (2,9 %)
Schulabschluss Bp (n=72) Hauptschule ohne Abschluss Hauptschule Realschule Erweiterter Realschulabschluss Abitur		3 (4,1 %) 21 (28,8 %) 26 (35,6 %) 9 (12,3 %) 13 (17,8 %)
Berufsausbildung Bp (n=74) Keine Berufsausbildung Lehre ohne Abschluss Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss Meister Fachhochschulabschluss Universitätsabschluss		2 (2,7 %) 4 (5,4 %) 61 (82,4 %) 2 (2,7 %) 1 (1,4 %) 4 (5,4 %)
Derzeit ausgeübter Beruf Bp (n=74) Ungelernter Arbeiter Gelernter Arbeiter Angestellter Beamter Selbständige Tätigkeit Student Umschulungsmaßnahme Hausfrau/mann Arbeitslos Sonstige		7 (9,5 %) 4 (5,4 %) 17 (23 %) 1 (1,4 %) 2 (2,7 %) 2 (2,7 %) 1 (1,4 %) 26 (35,1 %) 10 (13,5 %) 4 (5,4 %)
Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche (n=74) Keine Arbeit Weniger als 10 Stunden 10-20 Stunden 20-30 Stunden Mehr als 30 Stunden		28 (37,8 %) 17 (23 %) 11 (14,9 %) 8 (10,8 %) 10 (13,5 %)
Quadratmeterzahl Wohnraum (n=71)	110,79 m ²	
Anzahl Wohnräume inkl. Küche (ohne Bad) (n=63)	5,16 Räume (1,58)	
Wohnsituation (n=74) Haus Wohnung		44 (59,5 %) 30 (40,5 %)
Anzahl Personen im Haushalt des Kindes (n=74) 2 Personen: 3 Personen: 4 Personen: 5 Personen: 6 Personen:	3,72 (0,84)	4 (5,4 %) 26 (35,1 %) 32 (43,2 %) 11 (14,9 %) 1 (1,4 %)
„Ist Ihr Kind ein leibliches Kind?“ Ja:		74 (100 %)

„Lebte Ihr Kind schon einmal in einer Pflegefamilie?“ Nein:		73 (100 %)
Die Eltern des Kindes... (n=74) Sind verheiratet Leben zusammen ohne Trauschein Haben eine Partnerschaft ohne zusammenzuwohnen		57 (77 %) 8 (10,8 %) 1 (1,4 %)
Eltern des Kindes getrennt oder geschieden (n=74): Ja: Nein: Falls ja, sind sie selbst... Zur Zeit ohne Partner / allein erziehend Mit neuem Partner zusammenlebend Mit neuem Partner, ohne mit ihm zusammenzuleben		9 (12,2 %) 65 (87,8 %) 7 (9,5 %) 1 (1,4 %) 2 (2,7 %)
Falls Eltern getrennt: bei wem lebt das Kind? (n=10) Mutter: Vater:		8 (10,8%) 2 (2,7 %)
Ist ein Elternteil des Kindes verstorben? (n=2) Vater:		2 (2,7 %)
Ist ein Elternteil des Kindes schwer erkrankt? (n=73) Ja: Nein: Falls ja, woran? (n=72) Trifft nicht zu Körperliche Erkrankung: Psychische Erkrankung Körperliche und psychische Erkrankung Falls ja, wer? (n=73) Trifft nicht zu Mutter Vater		4 (5,5 %) 67 (91,8 %) 69 (95,8 %) 1 (1,4 %) 1 (1,4 %) 1 (1,4 %) 67 (91,8 %) 5 (6,8 %) 1 (1,4 %)
„Haben Sie in der Vergangenheit psychologische Hilfe in Anspruch genommen?“ (n=73) Ja: Nein:		21 (28,8 %) 52 (71,2 %)
„Haben Sie sich wegen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in der Vergangenheit psych. Hilfe geholt?“ Ja: Nein:		9 (12,3 %) 64 (87,7 %)
Besuch des Kindes von Betreuungseinrichtung: (n=73) Kein Besuch einer Einrichtung Kinderkrippe Kindergarten Schule Dauer der Betreuung: Ganztags Halbtags Stundenweise „Falls Ihr Kind keine Einrichtung besucht und zuhause betreut wird. Von wem?“ (n=17) Mutter		11 (15,1 %) 4 (5,4 %) 50 (68,5 %) 8 (11 %) 12 (16,4 %) 40 (54,8 %) 10 (13,7 %) 17 (23 %)
Diagnose des begleiteten Kindes: (n=74) Asthma Neurodermitis Infektanfälligkeit Bronchitis		38 (51,4 %) 28 (37,8 %) 30 (40,5 %) 5 (6,8 %)

Tab. 73. Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe der Triple-P-Studie

4.9.4. Drop-Out-Analyse

Insgesamt nahmen zu **t1 und t2** n= 98 Begleitpersonen an der Triple-P-Studie teil.

Bei der **Experimentalgruppe** wurden die Datensätze von 16 Personen von der Auswertung ausgeschlossen. Sie gingen aus folgenden Gründen nicht in die Datenauswertung ein:

- Die Begleitperson hat während der Rehabilitationsmaßnahme nicht an allen vier Trainingseinheiten des Erziehungstrainings „Triple-P“ teilgenommen (n=9)
- Die Begleitperson ist vorzeitig abgereist (n=2)
- Die Begleitperson hat nur am Training teilgenommen, aber die Fragebogenpakete zu t1 und /oder t2 nicht bzw. nur teilweise ausgefüllt (n=5)

Bei der **Kontrollgruppe** mussten die Datensätze von 18 Personen von der Auswertung ausgeschlossen werden. Sie gingen aus folgenden Gründen nicht in die Datenauswertung ein:

- Die Begleitperson hatte zwar ihre Teilnahme signalisiert, hat aber das Fragebogenpaket t1 nicht oder nur teilweise ausgefüllt (n=6)
- Die Begleitperson hat das Fragebogenpaket zu t2 nicht ausgefüllt (n=12)

Nach Abzug dieser Datensätze wurden die Daten von 32 Personen aus der Experimentalgruppe und 32 Personen aus der Kontrollgruppe (d.h. insgesamt 64 Personen) für die Auswertungen, die sich auf t1 und t2 beziehen, verwendet.

Von diesen 64 Personen nahmen 49 Personen an einer **Nachbefragung (t3)** teil, die ein halbes Jahr nach Abschluss der Rehamaßnahme durchgeführt wurde (EG: 27 Personen; KG: 22 Personen). Die Gründe für die Nicht-Teilnahme zu t3 („drop-outs“) lauten:

- **Experimentalgruppe:** Krankheit der Begleitperson zum Interviewtermin n=2, Weigerung teilzunehmen n=2, unbekannt verzogen n=1.
- **Kontrollgruppe:** Krankheit der Begleitperson zum Interviewtermin n=1, Weigerung teilzunehmen n=1, kein Besuch möglich aus organisatorischen Gründen n=8.

Statistische Drop-Out-Analyse für den Messzeitpunkt t2

Für die Experimentalgruppe wurde zu t2 eine **Drop-Out-Analyse** mit Chi-Quadrat-Tests und T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Es wurde untersucht, ob sich die Teilnehmer, die zu t2 aufgrund unregelmäßiger Teilnahme am Triple-P-Training „herausgefallen“ sind, in Bezug auf psychosoziale und soziodemografische Merkmale von denjenigen unterscheiden, die regelmäßig am Triple-P-Training teilgenommen haben.

In folgender Tabelle ist die Häufigkeitsverteilung für die Gruppe der „drop-outs“ und der Teilnehmer dargestellt:

	Häufigkeit	%
kein dropout	32	78,0
dropout	9	22,0
Gesamt	41	100,0

Tab. 74. Ausfall bei t2

In Bezug auf die untersuchten psychosozialen und soziodemografischen Merkmale ließen sich drei signifikante Unterschiede zwischen „drop-outs“ und Teilnehmern feststellen:

- Die Kinder der „drop-outs“ weisen einen signifikant höheren Mittelwert auf der Skala II: „Ängstlich / Depressiv“ der *CBCL 1 ½ -5*. auf. Für die *CBCL* gilt: Je höher der Wert, desto auffälliger wird das Verhalten des Kindes beurteilt. Der Mittelwert der Teilnehmer beträgt $m=3,25$ ($s=2,20$) und der Mittelwert der „drop-outs“ $m=5,55$ ($s=4,06$). Der T-Test ergab: $T= -2,272$; Signifikanz (2-seitig) = 0,029 (auf einem Signifikanzniveau von 5 %).
- Die Kinder der „drop-outs“ sind signifikant häufiger männlichen Geschlechts (alle neun „drop-outs“ sind Jungen). Der Chi-Quadrat-Test ergab eine asymptotische Signifikanz von 0,015 (exakte Signifikanz = 0,009).
- Zu t2 „herausgefallene“ Begleitpersonen haben im *EFB* bei der Skala „Überreagieren“ einen signifikant geringeren Mittelwert als die Teilnehmer (je höher der Wert, desto „negativer“ das Erziehungsverhalten). Der Mittelwert der Teilnehmer beträgt $m=3,95$ ($s=0,99$) und der Mittelwert der „drop-outs“ $m=3,01$ ($s=1,27$). Das Ergebnis des t-Test lautet: $T= 2,335$; Signifikanz (2-seitig) = 0,025 (Signifikanzniveau 5 %).

4.9.5. Teilnahmequote am Erziehungstraining „Triple-P“

Zum Zeitpunkt der Triple-P-Studie (im Januar 2003) waren insgesamt 50 Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne untergebracht. Hiervon nahmen 48 Begleitpersonen am ersten Teil des Erziehungstrainings „Triple-P“ teil. Nach vier Wochen hatten 32 der 50 Begleitpersonen (= 64 %) regelmäßig an allen vier Teilen des „Triple-P-Trainings“ teilgenommen. Dies ist die höchste Teilnahmequote, die von einer psychologische Intervention in der Fachklinik Satteldüne im Untersuchungszeitraum erzielt wurde.²⁴

Zum Vergleich: Bei der Kontrollgruppe ($n=22$) betrug die Teilnahmequote an der optionalen Erziehungsberatung des Psychologischen Standardprogramms 22,7 %.

4.9.6. Vergleichbarkeit der Gruppen

Mit *nonparametrischen Tests (Chi-Quadrat-Homogenitätstests)* wurde geprüft, ob die Experimental- und die Kontrollgruppe zu t1 in den wichtigsten soziodemographischen Merkmalen miteinander vergleichbar sind und derselben Grundgesamtheit bzw. Verteilung entstammen (bei großen Differenzen besteht die Gefahr von Regressionseffekten, die sich darin äußern würden, dass sich eine hohe Pretestdifferenz im Posttest verkleinert). Mit *t-Tests für unabhängige Stichproben* wurde geprüft, ob die beiden Gruppen in den untersuchten metrisch skalierten psychosozialen Merkmalen sowie soziodemografischen Merkmalen miteinander vergleichbar sind bzw. derselben Grundgesamtheit entstammen. Bei einem vorher festgelegten Signifikanzniveau von 5 % ist bei keinem der untersuchten Merkmale ein signifikanter Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe erkennbar, so dass von einer Gleichverteilung ausgegangen werden kann.

²⁴ In den Monaten vor der Einführung des Erziehungstrainings „Triple-P“ wurde als psychologische Intervention einmal wöchentlich „Erziehungsberatung“ angeboten. 42,8 % der 134 befragten Bps der Bp-Studie gaben ein starkes Interesse an dieser Intervention an. Die tatsächliche Teilnahmezahl betrug jedoch nur 8 % .

Das Untersuchungsergebnis ist in tabellarischer Form im Anhang F wiedergegeben.

4.10 Untersuchungsergebnisse der Therapiestudie „Triple-P“

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse für die Fragestellungen 11.)- 16.) der quasiexperimentellen Therapiestudie „Triple-P“ dargestellt.

Ergebnis Hypothese 11.a) (kurzfristige Effekte)

Bei der Fragestellung 11a) interessieren kurzfristige Effekte der Reha-Maßnahme mit oder ohne Erziehungstraining Triple-P auf die **psychische Belastung** der Begleitpersonen. Es wurde erwartet, dass sich die psychische Belastung der Experimentalgruppe über die Zeit von vier Wochen Reha signifikant stärker verringert als diejenige der Kontrollgruppe. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Es liegt jedoch ein signifikanter Zeiteffekt vor.

In der folgenden Tabelle sind die deskriptiven Statistiken für die abhängige Variable „Psychische Belastung“ zu den zwei Messzeitpunkten – getrennt für die Experimentalgruppe, die Kontrollgruppe und die Gesamtgruppe der Befragten – aufgeführt:

BSI Skalen	T1			T2		
	EG n=32 m (s)	KG n=32 m (s)	Ges n=64 m (s)	EG n=32 m (s)	KG n=32 m (s)	Ges n=64 m (s)
Skala 1 Somatisierung	0,31 (0,46)	0,34 (0,54)	0,32 (0,50)	0,78 (0,35)	0,23 (0,51)	0,21 (0,44)
Skala 2 Zwanghaftigkeit	0,74 (0,67)	0,60 (0,64)	0,67 (0,65)	0,44 (0,55)	0,32 (0,63)	0,38 (0,59)
Skala 3 Unsicherheit	0,75 (0,86)	0,64 (0,61)	0,70 (0,74)	0,44 (0,52)	0,33 (0,39)	0,39 (0,46)
Skala 4 Depressivität	0,54 (0,69)	0,39 (0,52)	0,47 (0,61)	0,33 (0,61)	0,29 (0,51)	0,31 (0,36)
Skala 5 Ängstlichkeit	0,57 (0,48)	0,47 (0,50)	0,52 (0,49)	0,26 (0,55)	0,22 (0,21)	0,24 (0,44)
Skala 6 Aggressivität	0,70 (0,57)	0,53 (0,49)	0,62 (0,53)	0,51 (0,68)	0,37 (0,51)	0,44 (0,60)
Skala 7 Phobische Angst	0,29 (0,48)	0,21 (0,34)	0,25 (0,41)	0,09 (0,18)	0,08 (0,17)	0,09 (0,18)
Skala 8 Paranoides Denken	0,62 (0,68)	0,60 (0,66)	0,61 (0,67)	0,41 (0,48)	0,41 (0,55)	0,41 (0,51)
Skala 9 Psychotizismus	0,29 (0,50)	0,26 (0,43)	0,27 (0,46)	0,25 (0,39)	0,20 (0,32)	0,22 (0,35)
GSI	0,52 (0,46)	0,45 (0,43)	0,48 (0,44)	0,31 (0,43)	0,27 (0,36)	0,29 (0,39)

EG: Experimentalgruppe KG: Kontrollgruppe Ges: Gesamtgruppe

Tab. 75. Deskriptive Statistiken Hypothese 11a.)

Auf der deskriptiven Ebene ist erkennbar, dass sich die psychische Belastung der Gesamtgruppe der Begleitpersonen (EG+KG, n=64) von t1 zu t2 verringert hat. Dieser Trend gilt sowohl für die Experimentalgruppe als auch für die Kontrollgruppe und ist auf allen neun Skalen des BSI und dem *Global Severity Index (GSI)* erkennbar.

Der *GSI* liegt bei der Gesamtgruppe der befragten Begleitpersonen zu t1 bei $m=0,48$, was einem T-Wert von 58 entspricht. Hiermit liegt die Stichprobe der Begleitpersonen fast eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe mit $T=50$. Die psychische Belastung der Begleitpersonen zu t1 kann somit als überdurchschnittlich hoch bezeichnet werden. Zu t2 liegt der *GSI* bei der Gesamtgruppe bei $m=0,29$ ($T=51$) und somit im Vergleich zu der Normstichprobe im durchschnittlichen Bereich.

Im Mittel liegt die Gesamtgruppe der Begleitpersonen sowohl zu t1 als auch zu t2 auf einem Niveau, welches Derogatis (1993) in die Kategorie „keine messbare psychische Belastung“ einstuft. Bei T-Werten, die zwischen 40 und 60 liegen, wird noch nicht von „klinischer Auffälligkeit“ gesprochen, da sich in diesem Wertebereich zwei Drittel der Normgruppe befinden. Der Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit beginnt bei einem T-Wert von 60; T-Werte ab 63 gelten als „klinisch auffällig“ (vgl. Franke, 2000).

Die Streuung der Werte ist in der vorliegenden Studie in beiden Gruppen vergleichbar und ähnlich wie in der Normierungsstichprobe des Verfahrens auf einem hohen Niveau²⁵. Aus diesem Grund ist die alleinige Betrachtung der Mittelwerte des *GSI* wenig aussagekräftig. Um dies zu veranschaulichen, wurden die Untersuchungsergebnisse der befragten Begleitpersonen gemäß einem Schema von Derogatis in drei Gruppen eingeteilt:

	Keine messbare psychische Belastung ($T \leq 60$)	Deutlich messbare psychische Belastung ($T 61-62$)	Hohe bis sehr hohe psychische Belastung (klinisch relevant, $T \geq 63$)
t1: n (%)	46 (71,9 %)	0 (0 %)	18 (28,1 %)
t2: n (%)	55 (84,4 %)	0 (0 %)	9 (15,6 %)

Tab. 76. Hypothese 11.a) Deskriptive Auswertung: *GSI* des *BSI* (Triple-P-Studie)

Zum Messzeitpunkt t1 liegt bei etwa zwei Dritteln der Befragten (46 Begleitpersonen) keine messbare psychische Belastung vor ($T \leq 60$). Etwa ein Drittel der Befragten (18 Begleitpersonen) weist im *GSI* zu t1 jedoch eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung auf, die in den Bereich der klinischen Relevanz fällt ($T \geq 63$).

Zum Messzeitpunkt t2 befinden sich nur noch halb so viele Begleitpersonen (15,6 %) im Bereich der klinisch relevanten psychischen Belastung. Der Anteil der Begleitpersonen, der „keine messbare psychische Belastung“ aufweist, ist auf 84,4 % angestiegen.

Die deskriptive Betrachtung der **Subskalen** des *BSI* zeigt:

- Die höchsten Mittelwerte weist die Gesamtstichprobe ($n=64$) zu beiden Messzeitpunkten auf den Skalen 3 (Unsicherheit), 2 (Zwanghaftigkeit), 6 (Aggressivität) und 8 (Paranoides Denken) auf. Die Skala 6 „Aggressivität“ liegt zu t1 mit $T=59-63$ sogar im Grenzbereich zur „klinischen Relevanz“.

²⁵ Der Minimalwert im *GSI* liegt zu t1 bei einem Rohwert von 0,02 ($T=30$) und der Maximalwert bei einem Rohwert von 2,10 ($T=80$). Zu t2 liegt der Minimalwert bei einem Rohwert von 0,00 ($T=24$) und der Maximalwert bei einem Rohwert von 2,21 ($T=80$).

- Die niedrigsten Mittelwerte weist die Gesamtstichprobe zu beiden Messzeitpunkten auf den Skalen 9 (Psychotizismus) und 7 (Phobische Angst) auf.

Im folgenden werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Auswertung der Hypothese 11.a) dargestellt. Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt nachfolgende Tabelle:

	Zeit	Gruppe (EG/KG)	Interaktion Zeit und Gruppe
F	14,326	F: 0,378	F: 0,113
df:	2	1	2
Signifikanz	0,000* (Greenhouse-Geisser)	0,541	0,737 (Greenhouse-Geisser)
* signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 77. Hypothese 11.a: Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ergibt, dass sich die psychische Belastung der Gesamtgruppe der Begleitpersonen (n=64) über einen Zeitraum von vier Wochen signifikant verringert.²⁶ Der Faktor Zeit hat somit einen Effekt auf die psychische Belastung der Begleitpersonen, die Hypothese 11.1a) (Haupteffekt 1) wird angenommen.

Signifikante Unterschiede zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe sind nicht erkennbar. Der Faktor Gruppe hat keinen signifikanten Effekt auf das Ausmaß der psychischen Belastung, weshalb die Hypothese 11.2a) (Haupteffekt 2) zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen wird.

Ebenso gibt es keinen Interaktionseffekt zwischen den Gruppen. Die Annahme, dass sich die psychische Belastung der Experimentalgruppe über einen Zeitraum von vier Wochen Reha stärker verringert als bei der Kontrollgruppe (Hypothese 11.3a, Interaktionseffekt) wird daher zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen.

Ergebnis Hypothese 11.b) (langfristige Effekte)

Es wurde erwartet, dass sich die psychische Belastung einer Gruppe von Begleitpersonen, die während einer stationären Reha-Maßnahme zusätzlich zum psychologischen Standardprogramm an der Intervention „Erziehungstraining Triple-P“ teilgenommen hat, über den gesamten Untersuchungszeitraum stärker verringert als bei einer Kontrollgruppe, die keine zusätzliche Intervention erhalten hat. Dieser Effekt sollte sowohl kurzfristig (t2, Ende der Reha-Maßnahme) als auch langfristig (t3, 6 Monate nach der Reha-Maßnahme) messbar sein. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

In der vorliegenden Studie wurden zur Erhebung der psychischen Belastung der Begleitpersonen zu t1 und t2 der Fragebogen *BSI* und zu t3 der Fragebogen *SCL-K-9* (Klaghofer et al., 2001) eingesetzt. Bei letzterem handelt es sich – ebenso wie beim *BSI* – um eine Kurzform der *SCL-90-R*, die aus den jeweils trennschärfsten Items der neun Originalskalen besteht. In der folgenden Tabelle sind die neun Items der *SCL-K-9* im Wortlaut dargestellt und aufge-

²⁶ Hierdurch wird das Ergebnis der Begleitpersonenstudie (signifikante Verringerung der psychischen Belastung von t1 zu t2 bei n=134 Begleitpersonen) noch einmal mit den Daten der Triple-P-Studie (n=64) bestätigt.

führt, welcher Skala sie zugeordnet werden. Weiterhin kann der Tabelle entnommen werden, an welcher Stelle die Items der *SCL-K-9* in der Originalversion *SCL-90-R* sowie im *BSI* enthalten sind.

Skala BSI / SCL-K-9	Item SCL-90-R (Original)	Item BSI (53-Item- Kurzform)	Item SCL-K-9 (9-Item- Kurzform)	Wortlaut Item SCL-K-9
Skala 1 Somatisierung	58	-	7	„Schweregefühl in den Armen“
Skala 2 Zwanghaftigkeit	28	15	2	„Das Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen“
Skala 3 Unsicherheit	34	20	4	„Verletzlichkeit in Gefühlsdingen“
Skala 4 Depressivität	31	-	3	„Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen“
Skala 5 Ängstlichkeit	57	38	6	„Dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein“
Skala 6 Aggressivität	24	13	1	„Gefühlsausbrüche, denen gegenüber Sie machtlos waren“
Skala 7 Phobische Angst	75	47	8	„Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden“
Skala 8 Paranoides Denken	43	24	5	„Dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden“
Skala 9 Psychotizismus	77	14	9	„Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind“

Tab. 78. Items der *SCL-K-9* und ihre Entsprechung in der *SCL-90-R* und dem *BSI*

Um eine Vergleichbarkeit der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte zu gewährleisten, wurden für die statistische Auswertung der Hypothese 11.b) aus dem zu t1 und t2 eingesetzten *BSI* post-hoc die neun Items der *SCL-K-9* extrahiert. Da die *SCL-K-9* aus der *SCL-90-R* entwickelt wurde und nicht aus deren 53-Items enthaltenden Kurzform *BSI*, sind zwei Items der *SCL-K-9* im *BSI* nicht im gleichen Wortlaut enthalten. Hierbei handelt es sich um die Items 3 und 7 der *SCL-K-9*, die den Skalen „Depressivität“ und „Somatisierung“ zugeordnet sind. An Stelle dieser zwei Items wurden für die statistische Auswertung die jeweiligen Skalenmittelwerte der Skalen „Depressivität“ und „Somatisierung“ des zu den ersten beiden Messzeitpunkten eingesetzten *BSI* eingesetzt.

In der folgenden Tabelle werden die deskriptiven Statistiken der abhängigen Variable „Psychische Belastung der Begleitpersonen“ (gemessen mit der *SCL-K-9*) zu den drei Messzeitpunkten getrennt für Experimentalgruppe, Kontrollgruppe und die Gesamtstichprobe dargestellt. Es werden die Ergebnisse für die neun Items der *SCL-K-9* und den Gesamtwert aufgeführt. Weiterhin werden zum Vergleich die teststatistischen Kennwerte der Normstichprobe der *SCL-K-9*²⁷ aufgeführt.

²⁷ Repräsentativbefragung *SCL-K-9* (n=2057); Deutschland; 1998.

SCL-K-9	T1			T2			T3			Normstichprobe SCL-K-9 m (s)
	EG n=26 m (s)	KG n=21 m (s)	Ges n=47 m (s)	EG n=26 m (s)	KG n=21 m (s)	Ges n=47 m (s)	EG n=26 m (s)	KG n=21 M (s)	Ges n=47 m (s)	
Somatisierung (Item 7)	0,20 (0,28)	0,28 (0,50)	0,24 (0,39)	0,09 (0,14)	0,23 (0,57)	0,15 (0,40)	0,52 (1,05)	0,32 (0,72)	0,43 (0,91)	0,38 (0,78)
Zwanghaftigkeit (Item 2)	0,74 (1,02)	0,82 (0,91)	0,77 (0,96)	0,26 (0,65)	0,27 (0,63)	0,26 (0,64)	0,74 (1,02)	0,54 (0,86)	0,65 (0,95)	0,43 (0,73)
Unsicherheit im Sozialkontakt (Item 4)	1,31 (1,16)	1,04 (1,09)	1,19 (1,12)	0,55 (0,80)	0,54 (0,80)	0,55 (0,79)	0,85 (0,95)	1,09 (1,15)	0,96 (1,04)	0,55 (0,84)
Depressivität (Item 3)	0,45 (0,65)	0,39 (0,55)	0,42 (0,60)	0,20 (0,29)	0,20 (0,32)	0,20 (0,30)	1,00 (1,11)	1,04 (0,90)	1,02 (1,01)	0,64 (0,85)
Ängstlichkeit (Item 6)	1,19 (0,75)	0,95 (0,99)	1,08 (0,87)	0,44 (0,75)	0,59 (0,80)	0,47 (0,77)	1,15 (1,13)	0,91 (0,87)	1,04 (1,02)	0,47 (0,71)
Aggressivität (Item 1)	0,81 (1,07)	0,73 (1,12)	0,77 (1,08)	0,52 (0,75)	0,41 (0,80)	0,47 (0,77)	1,04 (1,25)	1,00 (1,07)	1,02 (1,16)	0,35 (0,66)
Phobische Angst (Item 8)	0,52 (0,93)	0,19 (0,51)	0,37 (0,79)	0,18 (0,56)	0,09 (0,29)	0,14 (0,46)	0,40 (0,89)	0,14 (0,35)	0,28 (0,71)	0,29 (0,66)
Paranoides Denken (Item 5)	0,41 (0,50)	0,57 (0,81)	0,48 (0,65)	0,41 (0,57)	0,54 (0,80)	0,47 (0,68)	0,11 (0,32)	0,32 (0,65)	0,20 (0,50)	0,35 (0,68)
Psychotizismus (Item 9)	0,55 (1,01)	0,52 (0,98)	0,54 (0,99)	0,63 (0,93)	1,00 (1,07)	1,02 (1,16)	0,22 (0,64)	0,14 (0,47)	0,18 (0,56)	0,22 (0,59)
GSI-9	0,67 (0,63)	0,60 (0,72)	0,64 (0,66)	0,45 (0,58)	0,48 (0,67)	0,46 (0,61)	0,59 (0,55)	0,61 (0,53)	0,60 (0,53)	0,41 (0,51)

Tab. 79. Deskriptive Statistiken des SCL-K-9 (Hypothese 11.b)

Die deskriptive Betrachtung der Daten der Gesamtstichprobe (n=47) zeigt bei der *SCL-K-9* eine deutliche Verringerung des Gesamtwertes der psychischen Belastung (*GSI-9*) von t1 zu t2. Vom Ende der Reha-Maßnahme (t2) bis zur Katamnese nach sechs Monaten steigt der *GSI-9* wieder an, bleibt jedoch leicht unter dem Niveau, welches bei der Ausgangsmessung (t1) vorlag. Die Betrachtung der beiden Gruppen zeigt folgenden Trend:

- Bei der Experimentalgruppe verringert sich der Gesamtwert der psychischen Belastung von t1 zu t2 deutlich. Zu t3 ist der *GSI-9* wieder höher als zu t2, jedoch nicht so hoch wie zu t1.
- Bei der Kontrollgruppe verringert sich der Gesamtwert der psychischen Belastung von t1 zu t2 deutlich. Zu t3 ist der *GSI-9* höher als zu t2 und übersteigt sogar leicht den Mittelwert der Ausgangsmessung (t1).

Bei dem Vergleich mit der Normstichprobe der *SCL-K-9* (siehe Tab. 79) zeigt sich, dass der *GSI-9* bei den befragten Begleitpersonen zu den Messzeitpunkten t1 und t3 deutlich und zu t2 leicht über dem Mittelwert der Normstichprobe liegt. Bei der Betrachtung der Mittelwerte der einzelnen Items der *SCL-K-9* fällt auf, dass bei der Gesamtstichprobe der Begleitperso-

nen sieben der insgesamt neun Items über den Mittelwerten der Normstichprobe liegen. Dies gilt für die Items „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“ und in besonderem Maße für die Items „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“ und „Zwanghaftigkeit“. Zu t2 liegen nur noch drei der neun Items über den Mittelwerten der Normstichprobe („Aggressivität“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“). Zu t3 erreichen die Begleitpersonen auf sechs der neun Items der *SCL-K-9* höhere Mittelwerte als die Normstichprobe. Hierbei handelt es sich um die Items „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Aggressivität“.

Die Streuung der Werte ist bei der „Triple-P-Studie“ geringer als bei der Normstichprobe des *SCL-K-9* (vgl. Tabelle 79). Bei der Gesamtstichprobe (n=47 Begleitpersonen) verringert sich die Standardabweichung des Gesamtwertes der *SCL-K-9* von t1 – t3 kontinuierlich (t1: s=0,66; t2: s=0,61; t3: s=0,53).

Im folgenden wird das Ergebnis der inferenzstatistischen Auswertung wiedergegeben.

Gesamtwert SCL-K-9	Faktor Zeit	Faktor Gruppe	Interaktion Zeit * Gruppe
F	2,216	0,002	0,183
df	2	1	2
p	0,115 (Greenhouse-Geisser)	0,961	0,833 (Greenhouse-Geisser)

Tab. 80. Hypothese 11.b) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Die Hypothese 11.1b) (Haupteffekthypothese 1) wird zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen, da der Faktor „Zeit“ keinen signifikanten Einfluss auf den Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen hat (gemessen mit der *SCL-K-9*).

Die Hypothese 11.2b) (Haupteffekthypothese 2) wird ebenfalls zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen, da der Faktor „Gruppe“ keinen signifikanten Effekt auf den Gesamtwert der psychischen Belastung der Begleitpersonen hat.

Folglich gibt es auch keinen Interaktionseffekt (Hypothese 11.3b) zwischen den Faktoren „Zeit und Gruppe“. Über den gesamten Untersuchungszeitraum verringert sich der Gesamtwert der psychischen Belastung der Experimentalgruppe nicht signifikant stärker als der der Kontrollgruppe; die Teilnahme an dem Triple-P-Training während der Reha-Maßnahme hat – gemessen mit der *SCL-K-9* – keinen signifikanten kurz- oder langfristigen Effekt auf das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen.

Ergebnis Hypothese 12.)

Es wurde angenommen, dass eine Gruppe von Begleitpersonen, die während einer stationären Reha-Maßnahme zusätzlich zum psychologischen Standardprogramm an der Intervention „Erziehungstraining Triple-P“ teilgenommen hat, im Hinblick auf ihr positives Erziehungsverhalten über den gesamten Untersuchungszeitraum stärker von der Reha-Maßnahme profitiert als eine Kontrollgruppe, die keine zusätzliche Intervention erhalten hat. Dieser

Effekt sollte sowohl kurzfristig (t2, Ende der Reha-Maßnahme) als auch langfristig (t3, 6 Monate nach der Reha-Maßnahme) messbar sein. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

Das deskriptive Untersuchungsergebnis ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

	T1			T2			T3		
FZEV	EG n=27 m (s)	KG n=22 m (s)	Ges n=49 m (s)	EG n=27 m (s)	KG n=22 m (s)	Ges n=49 m (s)	EG n=27 m (s)	KG n=22 m (s)	Ges n=49 m (s)
Gesamt- skala	2,17 (0,39)	2,12 (0,36)	2,15 (0,37)	2,27 (0,40)	2,16 (0,36)	2,22 (0,38)	2,19 (0,34)	2,13 (0,30)	2,16 (0,32)
EG= Experimentalgruppe KG = Kontrollgruppe Ges = Gesamtstichprobe									

Tab. 81. Ergebnis Hypothese 12.) Deskriptive Statistiken FZEV

Die Betrachtung der Mittelwerte zeigt, dass sich in beiden Gruppen der Mittelwert der Gesamtskala des FZEV von t1 zu t2 leicht erhöht hat (je höher der Wert, desto „positiver“ das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen). Diese Verbesserung fällt in der Experimentalgruppe stärker aus als in der Kontrollgruppe.

Von t2 zu t3 hat sich der Mittelwert in beiden Gruppen wieder etwas verringert. Bei der Experimentalgruppe ist diese Tendenz stärker als bei der Kontrollgruppe. Dennoch zeigen beide Gruppen noch sechs Monate nach der Reha (t3) einen höheren Mittelwert im FZEV als beim Pretest zu t1, wobei diese Tendenz bei der Experimentalgruppe stärker ausfällt als bei der Kontrollgruppe.

Im Vergleich zu der Normstichprobe des FZEV²⁸ und zu der Stichprobe der Begleitpersonenstudie aus dem empirischen Teil I dieser Arbeit²⁹ liegt der Mittelwert des Gesamtwertes der FZEV bei der Gesamtstichprobe der Triple-P-Studie zu allen drei Messzeitpunkten geringfügig höher.

Die Streuung der Werte ist in beiden Gruppen zu t1 und zu t2 ungefähr gleich bleibend (EG t1 s=0,39, t2 s=0,40; KG t1+t2 s=0,36) und zu t3 in beiden Gruppen geringer als bei den vorangegangenen Messungen (EG s=0,34; KG s=0,30). Die Streuung der Werte ist in etwa mit der der Normstichprobe des FZEV vergleichbar.

Die inferenzstatistische Berechnung mittels Varianzanalyse ergab:

Gesamtskala FZEV	Faktor Zeit	Faktor Gruppe	Interaktion Zeit * Gruppe
F	1,378	0,666	0,325
df	2	1	2
p	0,257	0,419	0,724

Tab. 82. Hypothese 12.) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Die Interaktion zwischen dem Messwiederholungsfaktor und dem Treatmentfaktor „Gruppe“ ist statistisch nicht signifikant (p= 0,724). Die aufgeklärte Varianz beträgt 0,7 %. Der

²⁸ Braunschweiger Kindergartenstudie, n=206; FZEV m= 2,04; s=0,4

²⁹ Begleitpersonenstudie, n=128; FZEV m=2,10; s=0,39

Messwiederholungsfaktor allein ist statistisch nicht signifikant ($p=0,257$) bei einer aufgeklärten Varianz von 2,8 %. Der Haupteffekt des Faktors „Gruppe“ ist mit $p=0,419$ ebenfalls nicht signifikant (aufgeklärte Varianz = 1,4 %).

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Testergebnis:

- In Bezug auf die abhängige Variable „Positives Erziehungsverhalten“ bestehen im Mittel keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten t1, t2 und t3 (Hypothese 12.1; Haupteffekt 1). Dies bedeutet, dass der Faktor „Zeit“ die Variable „Positives Erziehungsverhalten“ bei der Gesamtstichprobe der Begleitpersonen nicht signifikant beeinflusst.
- Ebenso sind keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erkennbar (Hypothese 12.2; Haupteffekt 2). Der Faktor „Gruppe“ kann als Einflussgröße ebenso ausgeschlossen werden.
- Ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ liegt hier folglich nicht vor, d.h. über den gesamten Untersuchungszeitraum erhöht sich der Mittelwert der abhängigen Variable „Positives Erziehungsverhalten“ bei der Experimentalgruppe nicht signifikant stärker als bei der Kontrollgruppe (Hypothese 12.3).

Weder der Faktor Gruppe noch der Faktor Zeit noch deren Kombinationswirkung beeinflusst signifikant das positive Erziehungsverhalten der Begleitpersonen (wie es von der Gesamtskala *FZEV* operationalisiert wird). Deshalb werden die Hypothesen 12.1-3 zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen.

Ergebnis Hypothese 13.a) (kurzfristige Effekte)

Es wurde erwartet, dass sich das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen von t1 zu t2 bei der Experimentalgruppe „Triple-P“ stärker verringert als bei der Kontrollgruppe. Diese Annahme konnte zum Teil bestätigt werden.

Das deskriptive Untersuchungsergebnis der Hypothese 13.a):

EFB	Messzeitpunkt t1 m (s)	Messzeitpunkt t2 m (s)
Experimentalgruppe (n=31)		
Subskala „Überreagieren“	3,95 (1,00)	3,55 (1,00)
Subskala „Nachsichtigkeit“	2,53 (0,67)	2,50 (0,66)
Subskala „Weitschweifigkeit“	4,60 (1,06)	3,53 (1,23)
Gesamtwert EFB	3,57 (0,66)	3,23 (0,76)
Kontrollgruppe (n=32)		
Subskala „Überreagieren“	3,40 (1,00)	3,20 (0,77)
Subskala „Nachsichtigkeit“	2,60 (0,67)	2,52 (0,78)
Subskala „Weitschweifigkeit“	4,39 (1,05)	3,84 (0,95)
Gesamtwert EFB	3,30 (0,64)	3,10 (0,64)
Gesamtgruppe (n=63)		
Subskala „Überreagieren“	3,67 (1,03)	3,37 (0,90)
Subskala „Nachsichtigkeit“	2,56 (0,66)	2,51 (0,72)
Subskala „Weitschweifigkeit“	4,49 (1,05)	3,69 (1,09)
Gesamtwert EFB	3,44 (0,66)	3,16 (0,65)

Tab. 83. Deskriptive Statistiken Hypothese 13.) Ergebnis *EFB*

In der folgenden Abbildung werden die Mittelwerte des *EFB* zu den beiden Messzeitpunkten veranschaulicht:

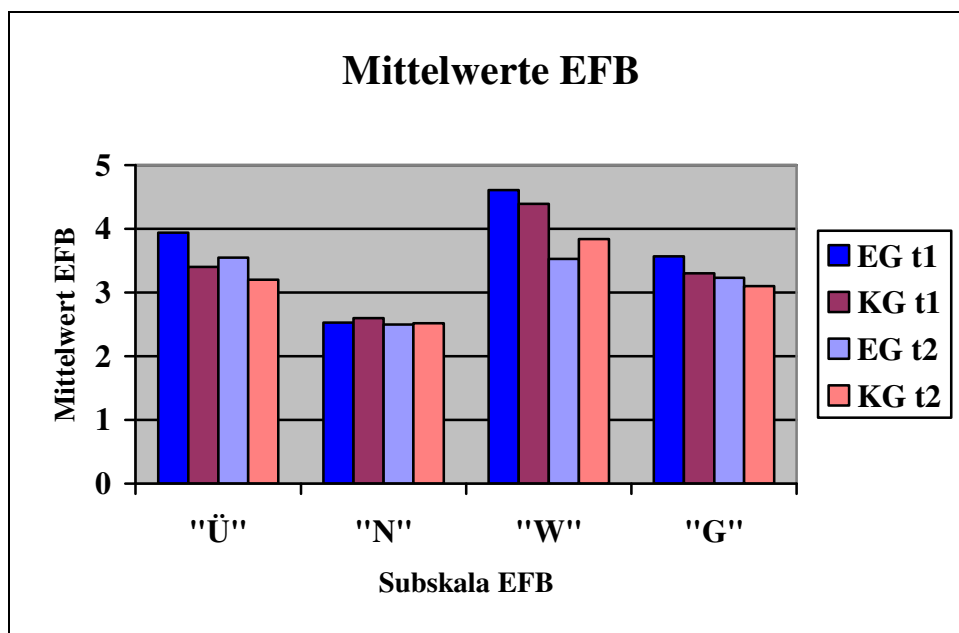


Abb. 10. Hypothese 13.a) Mittelwerte EFB

(„Ü“ = Überreagieren, „N“ = Nachsichtigkeit, „W“ = Weitschweifigkeit, „G“ = Gesamtwert EFB)

Die deskriptive Betrachtung der Mittelwerte zeigt: Sowohl bei der Experimentalgruppe als auch bei der Kontrollgruppe verringern sich die Mittelwerte der drei Subskalen und des Gesamtwertes des *EFB* von t1 zu t2. Diese Verringerung der Mittelwerte ist bei den Subskalen „Überreagieren“ und „Weitschweifigkeit“ am stärksten ausgeprägt. Bei der Experimentalgruppe fällt die gemessene Verringerung der Mittelwerte stärker aus als bei der Kontrollgruppe.

Im Vergleich mit der Normstichprobe des *EFB*³⁰ weisen beide Gruppen zu t1 auf der Subskala „Überreagieren“ einen höheren Mittelwert auf, wobei dieser Unterschied bei der Experimentalgruppe größer ist als bei der Kontrollgruppe. Auf der Subskala „Nachsichtigkeit“ weisen beide Gruppen zu t1 einen geringfügig höheren Mittelwert auf. Bezogen auf die Subskala „Weitschweifigkeit“ liegt die Experimentalgruppe geringfügig über dem Mittelwert der Normstichprobe und die Kontrollgruppe geringfügig darunter. Auf der Gesamtskala des *EFB* liegt die Experimentalgruppe über dem Mittelwert der Normstichprobe und die Kontrollgruppe erreicht den gleichen Wert.

Die cut-off-Werte des *EFB* für auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten³¹ werden im Mittel von keiner der beiden Gruppen erreicht. Für die Planung von psychologischen Interventionen für Begleitpersonen ist es dennoch von Interesse, wie hoch der Prozentsatz der Begleitpersonen ist, der in den auffälligen Bereich fällt.

³⁰ Braunschweiger Kindergartenstudie n= 570 Mütter, Mittelwerte *EFB*: Subskala Überreagieren m=3,3; Subskala Nachsichtigkeit m=2,5; Subskala Weitschweifigkeit m=4,5; Gesamtskala: m=3,3)

³¹ Cut-off-Werte *EFB*: Überreagieren: > 4.2; Nachsichtigkeit: > 3.3; Weitschweifigkeit: > 5.5; Gesamtwert: > 3.8

EFB Cut-off-Werte	Triple-P-Studie t1 % (Häufigkeit)	Triple-P-Studie t2 % (Häufigkeit)	Normstichprobe EFB
Subskala Überreagieren $m > 4,2$	33,3 % (21)	14,3 % (9)	15 %
Subskala Nachsichtigkeit $m > 3,3$	12,7 % (8)	12,7 % (8)	17 %
Subskala Weitschweifigkeit $m > 5,5$	15,9 % (10)	3,2 % (2)	16 %
Gesamtwert EFB $m > 3,8$	30,2 % (19)	14,3 % (9)	15 %

Tab. 84. Hypothese 13.a) Prozentualer Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten (gemessen mit dem *EFB*); n=63

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass der prozentuale Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten zu t1 bei dem Gesamtwert des *EFB* mit 30,2 % etwa doppelt so hoch ist wie bei der Normstichprobe des *EFB*. Dies ist auf die Subskala „Überreagieren“ zurückzuführen. Auf den Subskalen „Nachsichtigkeit“ und „Weitschweifigkeit“ liegt der prozentuale Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten sogar leicht unter dem der Normstichprobe. Zu t2 liegt der prozentuale Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten auf allen drei Subskalen und dem Gesamtwert des *EFB* unter dem der Normstichprobe. Dies ist am deutlichsten bei der Subskala „Weitschweifigkeit“ zu erkennen (Triple-P-Studie 3,2 %; Normstichprobe *EFB* 16 %).

Die Streuung der Werte³² ist bei der Gesamtgruppe der Befragten zu t1 (mit $s=0,66-1,05$) geringfügig höher als zu t2 (mit $s=0,65-0,90$). Eine Ausnahme bildet die Subskala „Nachsichtigkeit“, bei der die Standardabweichung zu t1 geringfügig höher ist als zu t2. Die in der Triple-P-Studie vorgefundene Standardabweichung ist mit der der Normstichprobe des *EFB* vergleichbar, wo ebenfalls Werte von $s=0,6-s=1,0$ erreicht wurden.

Die statistische Auswertung (Varianzanalyse) zeigt folgendes Ergebnis:

EFB	Faktor Zeit	Faktor Gruppe	Zeit * Gruppe
Subskala „Überreagieren“	F = 8,473 df = 1 p=0,005 *	F = 4,327 df = 1 p=0,042 *	F = 0,883 df = 1 p=0,351
Subskala „Nachsichtigkeit“	F = 0,574 df = 1 p=0,452	F = 0,057 df = 1 p=0,812	F = 0,133 df = 1 p=0,717
Subskala „Weitschweifigkeit“	F = df = 1 p=0,000 *	F = df = 1 p=0,835	F = df = 1 p=0,036 *
Gesamtwert EFB	F = 19,584 df = 1 p=0,000 *	F = 1,692 df = 1 p=0,198	F = 1,255 df = 1 p=0,267
* signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 85. Hypothese 13.a) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

³² Vgl. Tabelle 83

Der Faktor Zeit hat einen Effekt auf das „Negative Erziehungsverhalten“. Dies gilt für den „Gesamtwert“ des *EFB* sowie für die Subskalen „Überreagieren“ und „Weitschweifigkeit“. Es liegt ein Gruppeneffekt für die Subskala „Überreagieren“ des *EFB* vor: Das negative Erziehungsverhalten „Überreagieren“ ist bei der Experimentalgruppe stärker ausgeprägt als bei der Kontrollgruppe (sowohl zu t1 als auch zu t2).

Für die Subskala „Weitschweifigkeit“ liegt ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe vor.

Im folgenden werden die Ergebnisse der **Post-hoc-Tests** für die Hypothese 13.a) dargestellt: Für die signifikanten Effekte des Faktors Zeit ergab der paarweise Vergleich, dass das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen zu t2 signifikant geringer ist als zu t1. Dies gilt für die Subskalen „Überreagieren“ und „Weitschweifigkeit“ sowie für die Gesamtskala, wie in folgender Tabelle veranschaulicht wird.

EFB	Mittlere Differenz (Messung EFB t1 – Messung EFB t2)	Signifikanz a
Subskala Überreagieren	0,300	0,005*
Subskala Weitschweifigkeit	0,808	0,000*
Gesamtskala EFB	0,276	0,000*

^a Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni
*signifikant auf dem Niveau von 0,05

Tab. 86. Paarweise Vergleiche für Hypothese 13.a)

Für die Skala „Weitschweifigkeit“ ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt.

**Interaktionseffekt Subskala Weitschweifigkeit
(geschätztes Randmittel)**

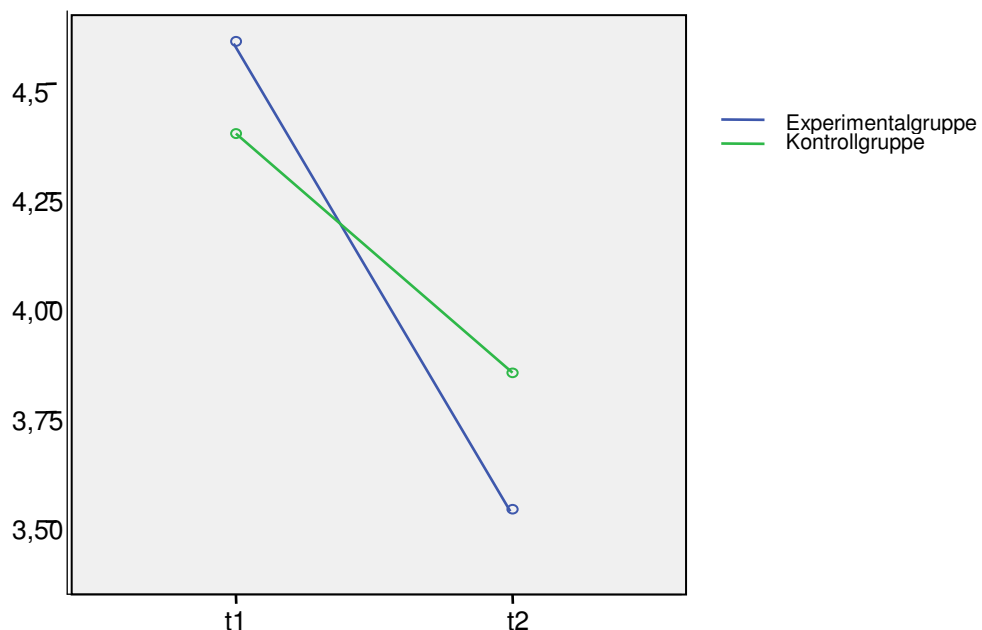


Abb. 11. Interaktionseffekt der Subskala „Weitschweifigkeit“

Hierbei handelt es sich um eine hybride Interaktion. Die Stärke des Effekts (Partielles Eta-Quadrat) gibt SPSS mit $\eta^2 = 0,070$ an. In der Einteilung nach Cohen³³ handelt es sich hierbei um einen starken Effekt. Die beobachtete Teststärke oder „Schärfe“, einen Effekt dieser Größe bei gleichen Bedingungen zu finden, beträgt 56 % (unter Verwendung von Alpha = 0,05 berechnet).

Zusammenfassendes Untersuchungsergebnis der Hypothesen 13.1-3a)

Die **Hypothese 13.1a** konnte teilweise bestätigt werden. Der Faktor Zeit (Messwiederholung) hat einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der abhängigen Variable „negatives Erziehungsverhalten“. Dies gilt hypothesenkonform für die Subskalen „Überreagieren“ und „Weitschweifigkeit“ sowie für die Gesamtskala des *EFB*, deren Mittelwert zu t2 signifikant geringer ausfällt als zu t1.

Auf den Mittelwert der Subskala „Nachsichtigkeit“ hat der Faktor Zeit keinen signifikanten Effekt, weshalb hierfür die Nullhypothese angenommen wird.

Die **Hypothese 13.2a)** konnte teilweise bestätigt werden. Der Einfluss des Faktors Gruppe auf das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens „Überreagieren“ ist signifikant. Auf das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens, wie es von den Subskalen „Nachsichtigkeit“ und „Weitschweifigkeit“ und der Gesamtskala des *EFB* operationalisiert wird, hat der Faktor Gruppe keinen signifikanten Effekt, weshalb hierfür die Hypothese zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen wird.

Die Hypothese 13.3a) konnte teilweise bestätigt werden: Bezogen auf die Subskala „Weitschweifigkeit“ des *EFB* haben sich die beiden Gruppen über die Zeit signifikant unterschiedlich entwickelt (Interaktionseffekt Zeit * Gruppe). Im Mittel hat sich das negative Erziehungsverhalten „Weitschweifigkeit“ bei der Experimentalgruppe über die Zeit von vier Wochen Reha signifikant stärker verringert als bei der Kontrollgruppe.

Die Subskalen „Überreagieren“ und „Nachsichtigkeit“ sowie die Gesamtskala des *EFB* weisen keinen Interaktionseffekt auf, weshalb hierfür die Hypothese zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen wird.

Ergebnis Hypothese 13.b) (langfristige Effekte)

Es wurde angenommen, dass die Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ einen Effekt auf die AV „Negatives Erziehungsverhalten“ haben (welche mit dem *EFB-K* gemessen wird). Darüber hinaus wurde erwartet, dass sich das negative Erziehungsverhalten bei einer Gruppe von Begleitpersonen, die während der Reha-Maßnahme zusätzlich zum psychologischen Standardprogramm am „Erziehungstraining Triple-P“ teilgenommen hat, im Mittel über den gesamten Untersuchungszeitraum signifikant stärker verringert als bei einer Kontrollgruppe, die keine zusätzliche Intervention erhalten hat. Dieser Effekt sollte sowohl kurzfristig (t2) als auch langfristig (t3) messbar sein. Die Hypothesen konnten zum Teil bestätigt werden.

³³ Einteilung der Effektstärke (partielles Eta-Quadrat) nach Cohen:
Schwacher Effekt: $\eta^2 = 0.01$; Mittlerer Effekt: $\eta^2 = 0.06$; Starker Effekt: $\eta^2 = 0.14$

Der durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor liegt die Kurzform des *EFB* (*EFB-K*) zugrunde. Diese enthält die Subskalen „Überreagieren“ und „Nachsichtigkeit“, weiterhin lässt sich ein Gesamtwert aus den 13 Items dieses Verfahrens errechnen³⁴. Für t1 und t2 wurden die 13 Items des *EFB-K* post-hoc aus dem durchgeführten *EFB* extrahiert, um eine Vergleichbarkeit mit Messzeitpunkt t3 zu gewährleisten, bei dem die Kurzform *EFB-K* zum Einsatz kam.

Die deskriptiven Statistiken der abhängigen Variable „Negatives Erziehungsverhalten“:

EFB-K	T1			T2			T3		
	EG n=26 m (s)	KG n=21 m (s)	Ges n=47 m (s)	EG n=26 m (s)	KG n=21 m (s)	Ges n=47 m (s)	EG n=26 m (s)	KG n=21 m (s)	Ges n=47 m (s)
Skala Überreagieren	3,79 (1,19)	3,17 (1,07)	3,51 (1,17)	3,21 (1,00)	2,86 (0,73)	3,05 (0,89)	3,22 (0,66)	2,92 (0,89)	3,09 (0,78)
Skala Nachsichtigkeit	2,40 (0,89)	2,32 (0,79)	2,36 (0,84)	2,42 (0,76)	2,20 (0,70)	2,32 (0,73)	2,72 (0,82)	2,64 (0,86)	2,68 (0,83)
Gesamtskala EFB-K	3,11 (0,87)	2,71 (0,77)	2,93 (0,84)	2,82 (0,72)	2,51 (0,58)	2,69 (0,67)	2,94 (0,57)	2,75 (0,66)	2,86 (0,61)
EG= Experimentalgruppe KG = Kontrollgruppe Ges = Gesamtstichprobe									

Tab. 87. Deskriptive Statistiken Hypothese 13.b) *EFB-K*

Auf der deskriptiven Ebene ist folgender Trend erkennbar: Das negative Erziehungsverhalten „Überreagieren“ verringert sich bei der Experimentalgruppe von t1 zu t2 und bleibt dann langfristig auf diesem geringeren Level. Bei der Kontrollgruppe ist eine ähnliche Entwicklung der Mittelwerte zu verzeichnen. Das negative Erziehungsverhalten „Nachsichtigkeit“ bleibt bei der Experimentalgruppe von t1 zu t2 auf einem Level. Zu t3 fällt es jedoch höher aus als zu t2 bzw. zu t1. Bei der Kontrollgruppe ist eine kontinuierliche Erhöhung der Mittelwerte von t1 über t2 bis zu t3 erkennbar. Die Gesamtskala des *EFB-K* fällt bei der Experimentalgruppe zu t2 geringer aus als zu t1 und erhöht sich dann aber langfristig wieder (liegt zu t3 jedoch auf einem geringeren Level als zu t1). Bei der Kontrollgruppe verringert sich der Mittelwert der Gesamtskala ebenfalls während der Reha-Maßnahme, erhöht sich im Anschluss an die Reha-Maßnahme jedoch wieder und liegt dann sogar über dem Ausgangslevel.

³⁴ Zur Beschreibung des *EFB-K* vgl. Kapitel 3.6 dieser Arbeit.

Vergleich der Mittelwerte des *EFB-K* der Triple-P-Studie mit denen der Normstichprobe:

EFB-K	Gesamtgruppe (EG + KG) Triple-P-Studie (n=47) m (s)	Normstichprobe EFB-K n=570 m (s)
Subskala Überreagieren	T1:3,51 (1,17) T2:3,05 (0,89) T3: 3,09 (0,78)	3,4 (1,0)
Subskala Nachsichtigkeit	T1: 2,36 (0,84) T2: 2,32 (0,73) T3: 2,68 (0,83)	2,5 (0,9)
Gesamtskala EFB-K	T1: 2,93 (0,84) T2: 2,69 (0,67) T3: 2,86 (0,61)	2,9 (0,7)

Tab. 88. Hypothese 13b) Vergleich der Mittelwerte: Triple-P-Studie und Normstichprobe des EFB-K

- Subskala „Überreagieren“: Der Mittelwert der Gesamtgruppe der Triple-P-Studie liegt zu t1 über dem Mittelwert der Normstichprobe und zu t2 und t3 darunter. Zu t1 ist die Streuung der Werte stärker, zu t2 und t3 geringer als bei der Normstichprobe.
- Subskala „Nachsichtigkeit“: Der Mittelwert der Gesamtgruppe der Triple-P-Studie liegt auf dieser Subskala zu t1 und t2 unter dem Mittelwert der Vergleichsstichprobe und zu t3 darüber. Die Streuung ist zu allen drei Messzeitpunkten geringer als bei der Normstichprobe.
- Gesamtskala *EFB-K*: Der Mittelwert der Gesamtgruppe der Triple-P-Studie liegt zu t1 geringfügig über dem Mittelwert der Normstichprobe und zu t2 und t3 darunter. Die Streuung der Werte ist zu t1 stärker, zu t1 und t2 geringer als bei der Normstichprobe.

Die cut-off-Werte des *EFB-K* für Eltern mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten werden im Mittel von der Gesamtgruppe der Begleitpersonen der Triple-P-Studie zu keinem Messzeitpunkt erreicht. In der folgenden Tabelle ist der prozentuale Anteil der Begleitpersonen dargestellt, die ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigen:

EFB-K Triple-P-Studie Cut-off-Werte	t1 % (Häufigkeit)	t2 % (Häufigkeit)	t3 % (Häufigkeit)
Subskala Überreagieren m > 4,34	27,1 % (13)	10,6 % (5)	6,1 % (3)
Subskala Nachsichtigkeit m > 3,43	16,7 % (8)	4,2 % (2)	20,4 % (10)
Gesamtwert EFB-K m > 3,59	27,1 % (13)	10,6 % (5)	14,3 % (5)

Tab. 89. Hypothese 13.b) Prozentualer Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten (gemessen mit dem EFB-K); n=47

Der prozentuale Anteil der Begleitpersonen, die zu Beginn der Reha-Maßnahme ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigen, liegt bei 27,1 % (Gesamtwert *EFB-K*). Zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) hat sich dieser Wert auf 10,6 % verringert. Auch sechs Mo-

nate nach Ende der Reha-Maßnahme (t3) liegt dieser Wert mit 14,3 % zwar höher als zu t2, jedoch deutlich unter dem Ausgangslevel zu t1. Diese Veränderung ist vor allem auf die Subskala „Überreagieren“ zurückzuführen. Der prozentuale Anteil der Begleitpersonen, die auf dieser Subskala ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigen, verringert sich von 27,1 % zu t1 über 10,6 % zu t2 auf 6,1 % zu t3. Der prozentuale Anteil der Begleitpersonen, die auf der Subskala „Nachsichtigkeit“ ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigen, verringert sich von t1 zu t2 zwar stark, steigt jedoch zu t3 wieder an und ist dann höher als der Ausgangslevel.

Die inferenzstatistische Auswertung der Hypothese 13.b) ergab:

EFB-K	Faktor Zeit	Faktor Gruppe	Interaktion Zeit * Gruppe
Skala „Überreagieren“	F=8,054 df=2 p=0,001*	F=3,154 df=1 p=0,083	F=0,907 df=2 p=0,407
Skala „Nachsichtigkeit“	F=10,405 df=2 p=0,002*	F=0,373 df=1 p=0,544	F=0,000 df=2 p=0,991
Gesamtskala EFB-K	F=4,255 df=2 p=0,017*	F=2,732 df=1 p=0,105	F=0,659 df=2 p=0,520
* signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 90. Hypothesen 13.1b-13.3b) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Der Faktor A (Zeit) hat einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „negatives Erziehungsverhalten“, d.h. mindestens zwei der vorgefundenen Mittelwerte unterscheiden sich signifikant. Der Faktor B (Gruppe) hat keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable, ebenso ist keine signifikante Wechselwirkung (Interaktionseffekt) der beiden Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ vorhanden.

Ergebnis der Post-hoc-Tests für die Hypothese 13.b)

Mithilfe eines paarweisen Vergleichs (Anpassung für Mehrfachvergleiche: *Bonferroni*) wurde überprüft, bei welchem Mittelwertpaar bezogen auf den Faktor „Zeit“ der oder die vorgefundenen signifikanten Unterschiede liegen. Der Vorteil dieses Verfahrens liegt darin, dass der Aspekt der Alphainflation berücksichtigt wird. Das Ergebnis wird für jede Skala des *EFB-K* einzeln aufgeführt und die Mittelwertsunterschiede mit Abbildungen veranschaulicht.

Subskala „Überreagieren“ des *EFB-K*

Signifikante Unterschiede fanden sich – bezogen auf die Gesamtstichprobe - sowohl zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2 (Mittlere Differenz: 0,447; Signifikanz 0,007*) als auch zwischen den Messzeitpunkten t1 und t3 (Mittlere Differenz 0,409; Signifikanz 0,003*). Dies bedeutet: Das negative Erziehungsverhalten „Überreagieren“ verringert sich bei der Gesamtstichprobe während einer vierwöchigen Reha-Maßnahme – von Messzeitpunkt t1 zu t2 – signifikant. Dieser signifikante Unterschied zum Messzeitpunkt t1 ist auch

noch 6 Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) nachweisbar. Das folgende Diagramm veranschaulicht die Mittelwerte des *EFB-K* für die Skala „Überreagieren“.

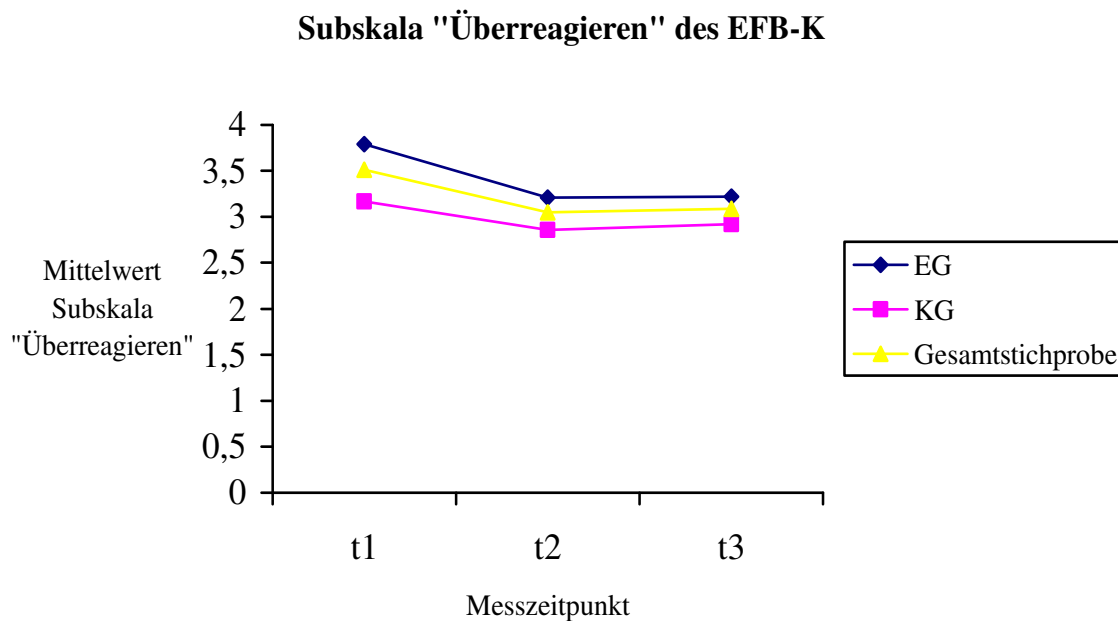


Abb. 12. Mittelwerte der Subskala „Überreagieren“ des EFB-K zu drei Messzeitpunkten

Subskala „Nachsichtigkeit“ des *EFB-K*

Signifikante Unterschiede fanden sich zwischen t1 und t3 (Mittlere Differenz -0,319; Signifikanz 0,007*) und zwischen t2 und t3 (Mittlere Differenz -0,367; $p=0,004^*$). Bei der Gesamtstichprobe ($n=47$) hat eine vierwöchige Reha-Maßnahme keinen signifikanten Effekt auf das negative Erziehungsverhalten „Nachsichtigkeit“ (kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t2). Zu t3 ist das negative Erziehungsverhalten „Nachsichtigkeit“ jedoch signifikant höher ausgeprägt als zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) sowie signifikant höher als zum Ende der Reha-Maßnahme (t2). Die folgende Abbildung veranschaulicht dies:

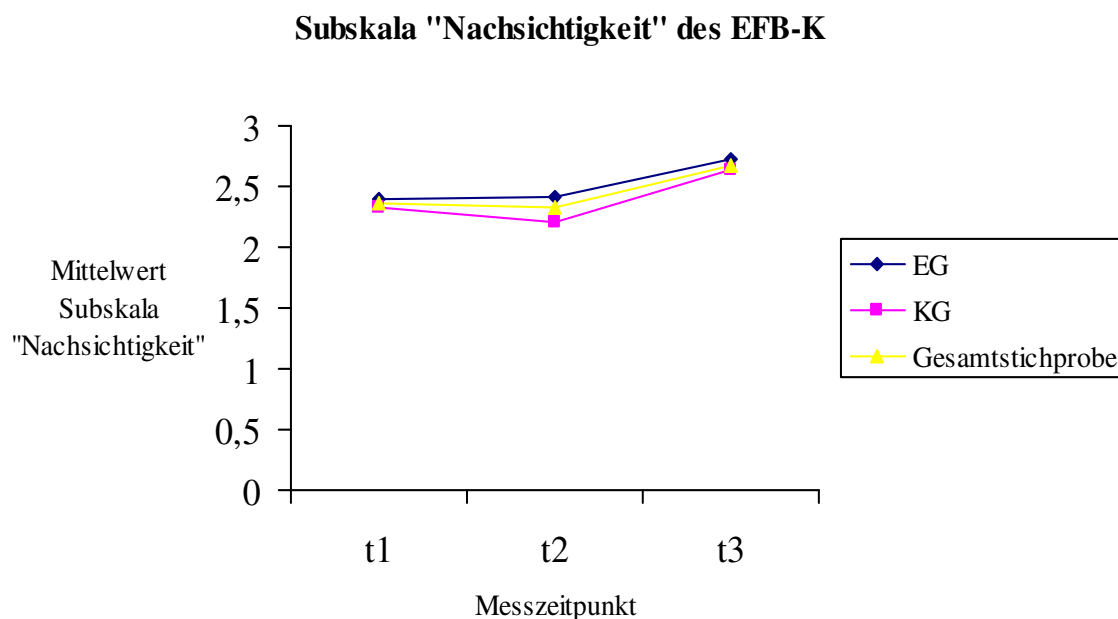
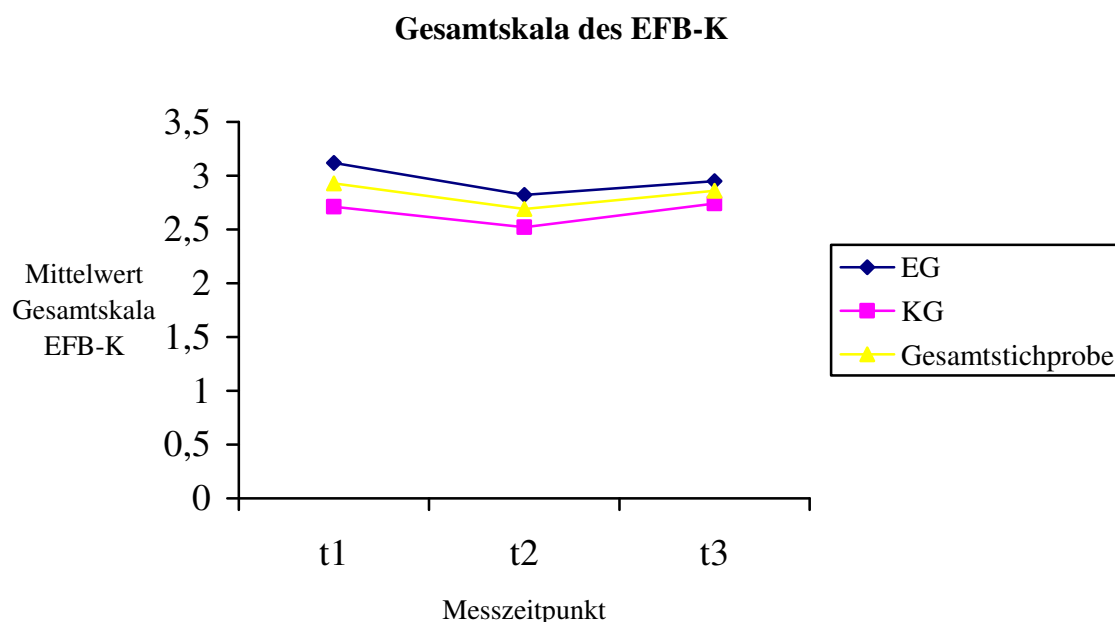


Abb. 13. Mittelwerte der Subskala „Nachsichtigkeit“ des EFB-K zu drei Messzeitpunkten

Gesamtskala des *EFB-K*

Ein signifikanter Unterschied fand sich zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2 (Mittlere Differenz 0,241; Signifikanz 0,039*). Bei der Gesamtstichprobe (n=47) verringert sich das negative Erziehungsverhalten –gemessen mit der Gesamtskala des *EFB-K*– während einer vierwöchigen Reha-Maßnahme signifikant. Dieser Effekt ist sechs Monate nach der Reha-Maßnahme nicht mehr nachweisbar, da sich das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen im Anschluss an die Reha-Maßnahme wieder leicht erhöht (kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t3 sowie zwischen t2 und t3). In der folgenden Abbildung sind die Mittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten graphisch dargestellt:



Zusammenfassendes Untersuchungsergebnis für die Hypothese 13.1-3b)

Zu **Hypothese 13.1b)**: Der Faktor „Zeit“ hat einen signifikanten Einfluss auf die Variable „negatives Erziehungsverhalten“ (gemessen mit dem *EFB-K*). Dies gilt für beide Subskalen und die Gesamtskala des *EFB-K*.

Hypothesenkonform fällt der Mittelwert der Subskala „Überreagieren“ bei der Gesamtstichprobe sowohl zu Messzeitpunkt t2 als auch zu Messzeitpunkt t3 signifikant geringer aus als zu Messzeitpunkt t1.

Ebenso hypothesenkonform ist der Mittelwert der Gesamtskala des *EFB-K* zu t2 signifikant geringer als zu t1. Dieser Unterschied bleibt jedoch nicht langfristig bestehen (kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t3 bzw. t2 und t3).

Entgegen der Hypothese verändert sich der Mittelwert der Subskala „Nachsichtigkeit“ von t1 zu t2 nicht signifikant. Zum Messzeitpunkt t3 hat sich das nachsichtige Verhalten sogar deutlich erhöht (der Mittelwert ist signifikant höher als zu t1 bzw. zu t2).

Die Hypothese 13.1b) (Haupteffekt 1) kann für die Subskala „Überreagieren“ bestätigt und für die Gesamtskala teilweise bestätigt werden. Für die Subskala „Nachsichtigkeit“ wird die Hypothese zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen.

Zu **Hypothese 13.2b)**: Der Faktor „Gruppe“ konnte als Einflussgröße ausgeschlossen werden. Es sind keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erkennbar. Dies gilt für beide Subskalen des *EFB-K* und die Gesamtskala. Die Hypothese 13.2b) (Haupteffekt 2) wird deshalb nicht bestätigt und die Nullhypothese angenommen.

Zu **Hypothese 13.3b)**: Ein Interaktionseffekt liegt nicht vor, weshalb die Hypothese 13.3b) zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen wird.

Ergebnis Hypothese 14)

Es wurde überprüft, ob Begleitpersonen, die an der Intervention „Triple-P“ teilgenommen haben, während einer 4-wöchigen Reha-Maßnahme eine Verringerung der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder angeben (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bei der keine messbaren Effekte erwartet werden). Dieser Effekt sollte auch sechs Monate nach der Reha-Maßnahme noch messbar sein. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Statistiken der *CBCL für 1 ½-5jährige Kinder*³⁵ dargestellt.

CBCL (1½ -5 Jahre)	t1		t2		t3	
	EG m (s)	KG m (s)	EG m (s)	KG m (s)	EG m (s)	KG m (s)
Internal	53,11 (7,07)	55,59 (7,99)	47,59 (6,49)	49,63 (10,01)	46,89 (8,38)	45,86 (8,55)
External	50,74 (8,23)	50,41 (8,24)	45,15 (9,54)	46,95 (8,58)	46,30 (8,40)	46,00 (6,99)
Total Score	51,11 (7,14)	52,95 (7,98)	44,81 (8,06)	47,50 (7,93)	45,70 (7,85)	45,45 (6,49)

EG= Experimentalgruppe (n=27) KG = Kontrollgruppe (n=22)

Tab. 91. Hypothese 14.) Deskriptive Statistiken CBCL

Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die Mittelwerte von der Gesamtstichprobe (n=49 Begleitpersonen) sowie von der Experimentalgruppe (n=27) und der Kontrollgruppe (n=22) für den „Total Score“ und die beiden Subskalen der CBCL.

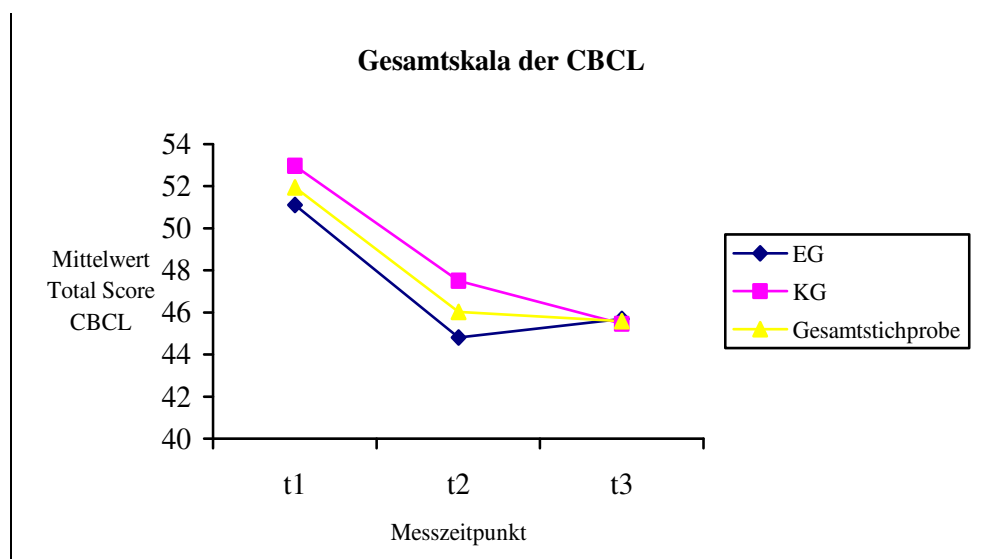


Abb. 14. Mittelwerte Total Score CBCL für drei Messzeitpunkte

³⁵ Zur Beschreibung der *CBCL* siehe Kapitel 3.6 dieser Arbeit

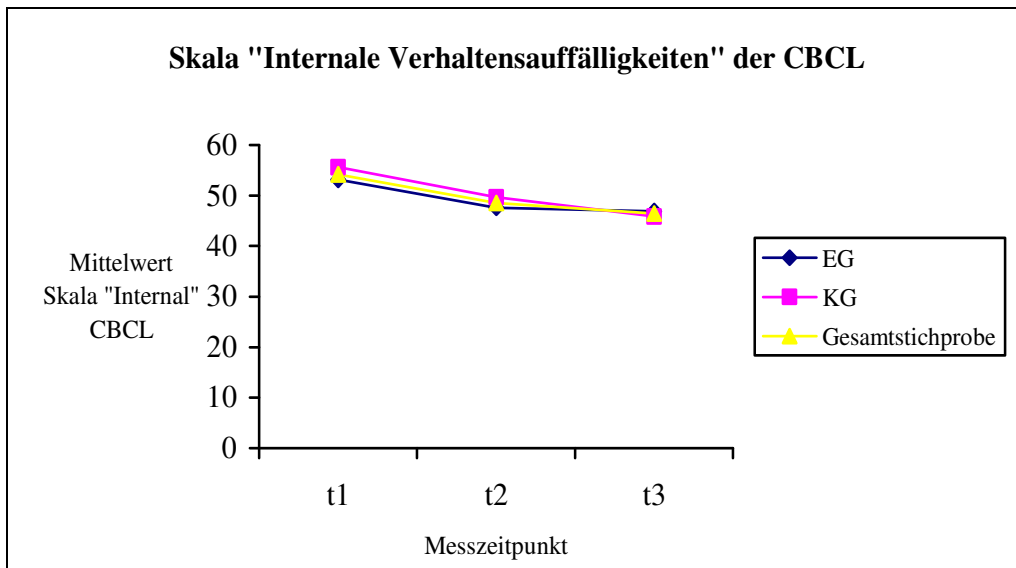


Abb. 15. Mittelwerte Skala „Internal“ der CBCL für drei Messzeitpunkte

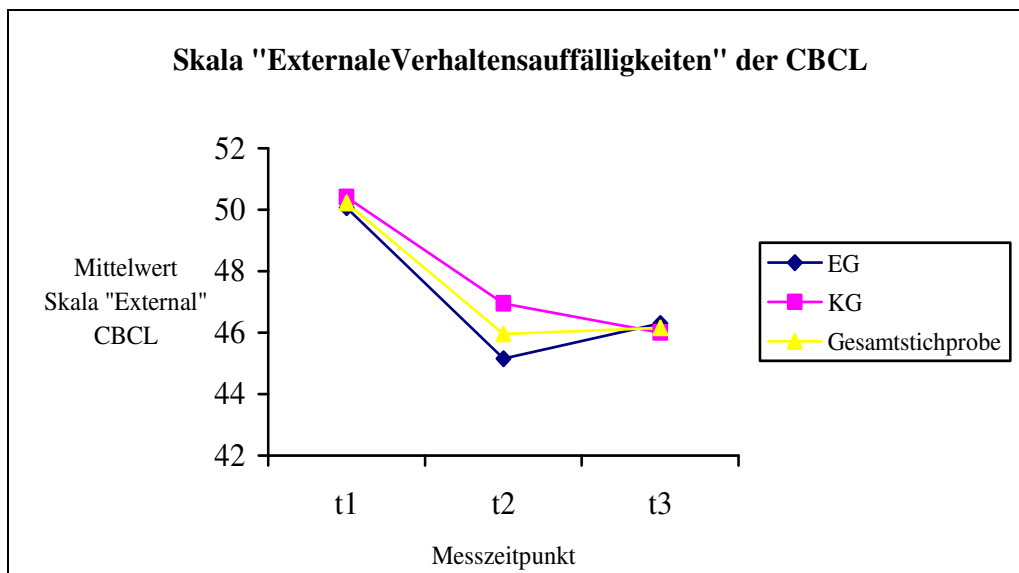


Abb. 16. Mittelwerte Skala „External“ der CBCL für drei Messzeitpunkte

Auf der deskriptiven Ebene ist der Trend erkennbar, dass die Gesamtstichprobe der Begleitpersonen das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) höher einschätzt als zum Ende der Reha-Maßnahme. Im Gesamtwert des Verfahrens (*total score CBCL*) fällt diese Verringerung des Mittelwertes für die Experimentalgruppe stärker aus als für die Kontrollgruppe. Die Mittelwerte der Subskalen „Internal“ und „External“ sind in beiden Gruppen zu t2 niedriger als zu t1, wobei diese Verringerung in beiden Gruppen etwa gleich stark ausfällt.

Zum Messzeitpunkt t3 (sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) liegt das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in der Einschätzung durch die Begleitpersonen etwa auf dem Niveau von t2 (Ende der Reha-Maßnahme). Bei der Kontrollgruppe kommt es von t2 zu t3 zu einer leichten Verringerung des *total Score der CBCL*, während der Mittelwert bei der Experimentalgruppe von t2 zu t3 wieder leicht ansteigt (jedoch noch weit unter dem

Niveau von t1 liegt). Der Mittelwert der Subskala „Internal“ ist bei der Experimentalgruppe zu t3 geringer als zu t2; bei dem Mittelwert der Subskala „External“ ist der Trend genau entgegengesetzt (zu t3 höher als zu t2). Bei der Kontrollgruppe verringert sich die Subskala „Internal“ deutlich und die Subskala „External“ leicht von Messzeitpunkt t2 zu t3.

Im Vergleich zur Normstichprobe (*CBCL 1 ½ -5 Jahre*), die folgende Mittelwerte aufweist:

- Internal m=50,2; External m=50,2; Total Score m=50,1

liegen beide Gruppen zu Beginn der Reha-Maßnahme leicht über diesem Mittelwert, zu t2 und t3 hingegen deutlich unter diesem Mittelwert.

Die Streuung der Werte ist in beiden Gruppen und zu den verschiedenen Messzeitpunkten vergleichbar und nimmt Werte zwischen $s=6,49$ und $s=10,01$ an (bei der Normstichprobe der *CBCL* ist die Streuung vergleichbar mit Werten von $s=9,9-10,0$).

Die cut-off-Werte der *CBCL*³⁶, die den Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit bzw. die klinische Auffälligkeit definieren, wurden im Mittel von keiner der beiden Gruppen zu keinem der drei Messzeitpunkte erreicht. Für die Planung von psychologischen Interventionen im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation wurde der prozentuale Anteil derjenigen Kinder errechnet, die in diesem Verfahren als klinisch auffällig gelten bzw. deren T-Werte sich im Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit befinden:

CBCL Cut-off-Werte	t1 % (Häufigkeit)	t2 % (Häufigkeit)	t3 % (Häufigkeit)
Subskala Internal			
T= 60-63 (Grenzbereich)	18,4 % (9)	8,1 % (4)	4,1 % (2)
T= >63 (Klinisch auffällig)	12,2 % (6)	4,1 % (2)	6,1 % (3)
Subskala External			
T= 60-63 (Grenzbereich)	14,3 % (7)	2 % (1)	2 % (1)
T= >63 (Klinisch auffällig)	0 % (0)	4 % (2)	0 % (0)
Total score			
T= 60-63 (Grenzbereich)	14,3 % (7)	0 % (0)	0 % (0)
T= >63 (Klinisch auffällig)	2 % (1)	2 % (1)	0 % (0)

Tab. 92. Hypothese 14) Prozentualer Anteil der begleiteten Kinder mit klinisch auffälligem Verhalten zu den drei Messzeitpunkten

Im Gesamtwert der *CBCL (total score)* befinden sich zu Beginn der Reha-Maßnahme sieben der $n=49$ Kinder im Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit und ein weiteres Kind im Bereich der klinischen Auffälligkeit. Zum Ende der Reha-Maßnahme schätzen die Begleitpersonen das Verhalten ihrer Kinder deutlich weniger auffällig ein. Keins der Kinder erreicht den Übergangsbereich zur klinischen Auffälligkeit und eins von $n=49$ Kindern befindet sich im Bereich der klinischen Auffälligkeit. Sechs Monate nach der Reha-

³⁶ Der cut-off-Wert für klinische Auffälligkeit der *CBCL* wurde bei einem T-Wert von 63 definiert (Übergangsbereich T-Werte von 60-63).

Maßnahme erreicht keines der Kinder einen T-Wert, der zu dem Bereich der klinischen Auffälligkeit zählt.

Bei der Betrachtung der Subskalen der *CBCL* fällt auf, dass auf der Subskala „Internal“ deutlich mehr Kinder in den Übergangsbereich bzw. den Bereich der klinischen Auffälligkeit fallen als auf der Subskala „External“. Fast ein Drittel (30,6 %) der n=49 Kinder fallen auf der Subskala „Internal“ in diese Bereiche, während es auf der Subskala „External“ mit 14,3 % nur etwa ein Siebtel der Fälle sind. Auch zum Messzeitpunkt t2 (Ende der Reha-Maßnahme) befinden sich mit 12,2 % doppelt so viele Kinder auf der Subskala „Internal“ im Übergangsbereich bzw. Bereich der klinischen Auffälligkeit als auf der Subskala „External“ (mit 6 %). Zum Messzeitpunkt t3 (sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) sind auf der Subskala „Internal“ noch fünf Kinder (10,2 %) im Übergangs- bzw. klinisch auffälligem Bereich, auf der Subskala „External“ nur noch ein Kind (2 %).

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der inferenzstatistischen Berechnung aufgeführt.

CBCL (1 ½ -5 Jahre)	Faktor Zeit	Faktor Gruppe	Interaktion Zeit * Gruppe
Skala Internal	F=25,927 df=2 p=0,000* (Greenhouse-Geisser)	F=0,361 df=1 p=0,551	F=1,506 df=2 p=0,227
Skala External	F=13,165 df=2 p=0,000* (Greenhouse-Geisser)	F=0,081 df=1 p=0,777	F=0,670 df=2 p=0,514
Total Score	F=25,503 df=2 p=0,000* (Greenhouse-Geisser)	F=0,592 df=1 p=0,446	F=1,142 df=2 p=0,324
* signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 93. Hypothese 14) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse

Der auf der deskriptiven Ebene beobachtete Trend zur Verringerung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in der Einschätzung durch ihre Begleitpersonen über den gesamten Untersuchungszeitraum ließ sich mit den durchgeführten statistischen Tests bestätigen. Der Faktor Zeit hat einen Einfluss auf die abhängige Variable „Verhaltensauffälligkeiten der Kinder“. Es sind im Mittel keine Unterschiede zwischen den Gruppen erkennbar, d.h. der Faktor Gruppe hat keinen Einfluss auf die abhängige Variable. Ebenso ist kein signifikanter Interaktionseffekt erkennbar.

Ergebnis Post-hoc-Test (CBCL)

Ein signifikanter Unterschied fand sich für die Gesamtstichprobe (n=47 Begleitpersonen) zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2:

- Subskala „Internal“: Mittlere Differenz t1-t2 = 5,737; Signifikanz 0,000*.
- Subskala „External“: Mittlere Differenz t1-t2 = 4,190; Signifikanz 0,001*.
- „Total Score“: Mittlere Differenz t1-t2 = 5,875; Signifikanz 0,000*.

Dieser Effekt ist auch noch sechs Monate nach der Reha-Maßnahme nachweisbar; der Unterschied zwischen t1 und t3 ist statistisch signifikant:

- Subskala „Internal“: Mittlere Differenz t1-t3 = 7,975; Signifikanz 0,000 *.
- Subskala „External“: Mittlere Differenz t1-t3 = 4,093; Signifikanz 0,001 *.
- „Total Score“: Mittlere Differenz t1-t3 = 6,454; Signifikanz 0,000 *.

Zusammenfassendes Untersuchungsergebnis der Hypothese 14.)

Die **Hypothese 14.1** (Haupteffekt Zeit) konnte bestätigt werden. Der Faktor Zeit hat einen signifikanten Effekt auf die „Verhaltensauffälligkeiten der Kinder“ (in der Einschätzung durch die Begleitperson, gemessen mit der *CBCL*). Signifikante Mittelwertsunterschiede fanden sich zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2 sowie t1 und t3.

Die **Hypothesen 14.2** (Haupteffekt Gruppe) und **14.3** (Interaktionseffekt) konnten nicht bestätigt werden. Signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe sind nicht erkennbar, ebenso liegt kein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe vor. Diese Hypothesen werden daher zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen.

Ergebnis Fragestellung 15.)

Bei der Darstellung der Ergebnisse des Fragebogens *Triple P – Kursbeurteilung*, den die Experimentalgruppe zu t2 ausgefüllt hat, werden zu jedem einzelnen Item die Antwortkategorien aufgeführt und die Ergebnisse mit einer Häufigkeitstabelle präsentiert.

Ergebnis Item 1: Wie würden Sie die Qualität des Triple-P-Angebotes, das Sie und Ihr Kind erhalten haben, bewerten?

	Häufigkeit (%)
Ausreichend	1 (3,1 %)
Teils/teils	3 (9,4 %)
gut	22 (68,8 %)
Sehr gut	5 (15,6 %)
hervorragend	1 (3,1 %)

Tab. 94. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.1 (t2, n=32)

Ergebnis Item 2: Haben Sie die Hilfe bekommen, die Sie erwartet haben?

	Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	3 (9,4 %)
Teils /teils	5 (15,6 %)
Eher ja	16 (46,9 %)
ja	9 (28,2 %)

Tab. 95. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.2 (t2, n=32)

Ergebnis Item 3: War die Kursleitung fachlich kompetent?

	Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	0 (0%)
Teils /teils	1 (3,1 %)
Eher ja	6 (18,8 %)
ja	14 (43,8 %)
Ja, völlig	11 (34,4 %)

Tab. 96. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.3 (t2, n=32)

Ergebnis Item 4: Fühlten Sie sich von der Kursleitung ernstgenommen und unterstützt?

	Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	0 (0%)
Teils /teils	0 (0 %)
Eher ja	9 (28 %))
ja	23 (72 %)

Tab. 97. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung, Item Nr.4 (t2, n=32)

Ergebnis Item 5: War die Atmosphäre im Kurs angenehm?

	Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	1 (3,1 %)
Teils /teils	1 (3,1 %)
Eher ja	7 (21,9 %))
ja	23 (71,9 %)

Tab. 98. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 5 (t2, n=32)

Ergebnis Item 6: Hat das Programm den Bedürfnissen Ihres Kindes entsprochen?

	Häufigkeit (%)
Es entsprach nur wenigen Bedürfnissen	6 (18,8 %)
Teils/teils	6 (18,8 %)
Es entsprach den meisten Bedürfnissen	15 (46,9 %)
Es entsprach fast allen Bedürfnissen	4 (12,5 %)
Es entsprach allen Bedürfnissen	1 (3,1 %)

Tab. 99. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 6 (t2, n=32)

Ergebnis Item 7: Hat das Programm Ihren Bedürfnissen entsprochen?

	Häufigkeit (%)
Es entsprach nur wenigen Bedürfnissen	4 (12,5 %)
Teils/teils	9 (28,1 %)
Es entsprach den meisten Bedürfnissen	14 (43,8 %)
Es entsprach fast allen Bedürfnissen	4 (12,5 %)
Es entsprach allen Bedürfnissen	1 (3,1 %)

Tab. 100. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 7 (t2, n=32)

Ergebnis Item 8: Wie zufrieden waren Sie mit der Menge an Hilfe, die Sie zum Umgang mit Ihrem Kind erhalten haben?

	Häufigkeit (%)
Unzufrieden	2 (6,3 %)
Teils/teils	4 (12,5 %)
zufrieden	16 (50,0 %)
Eher sehr zufrieden	7 (21,9 %)
Sehr zufrieden	3 (9,4 %)

Tab. 101. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 8 (t2, n=32)

Ergebnis Item 9: Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen?

	Messzeitpunkt t2 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	1 (3,1 %)
Teils/teils	3 (9,4 %)
Ja, ein wenig	15 (46,9 %)
ja	13 (40,6 %)

Tab. 102. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 9 (t2, n=32)

Ergebnis Item 10: Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit Problemen in der Familie generell umzugehen?

	Messzeitpunkt t2 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	3 (9,4 %)
Teils/teils	3 (9,4 %)
Ja, ein wenig	10 (31,3 %)
ja	16 (50,0 %)

Tab. 103. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 10 (t2, n=32)

Ergebnis Item 11: Glauben Sie, dass Ihre Partnerschaft von dem Programm profitiert hat?

	Messzeitpunkt t2 Häufigkeit (%)
nein	2 (6,4 %)
Eher nicht	7 (22,6 %)
Teils /teils	0 (0 %)
Eher ja	9 (29,0 %)
Ja	2 (6,5 %)

Tab. 104. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 11 (t2, n=32)

Ergebnis Item 12: Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Programm?

	Häufigkeit (%)
Unzufrieden	0 (0 %)
Teils / teils	2 (6,3 %)
Zufrieden	14 (43,8 %)
Eher sehr zufrieden	7 (21,9 %)
Sehr zufrieden	9 (28,1 %)

Tab. 105. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 12 (t2, n=32)

Ergebnis Item 13: Kämen Sie auf Triple-P zurück, wenn Sie erneut Hilfe bräuchten?

	Messzeitpunkt t2 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	2 (6,3 %)
Teils/teils	2 (6,3 %)
Ja, eventuell	17 (53,1 %)
ja	11 (34,4 %)

Tab. 106. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 13 (t2, n=32)

Ergebnis Item 14: Hat Ihnen das Programm geholfen, Strategien zu entwickeln, die Sie an andere Familienmitglieder weitergeben konnten?

	Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)
Eher nicht	1 (3,1 %)
Teils/teils	3 (9,4 %)
Ja, eventuell	16 (50,0 %)
ja	12 (37,6 %)

Tab. 107. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 14 (t2, n=32)

Ergebnis Item 15: Wie ist das Verhalten Ihres Kindes zu diesem Zeitpunkt?

	Häufigkeit (%)
Schlechter	0 (0 %)
Etwas schlechter	1 (3,1 %)
Wie vorher	9 (28,1 %)
Etwas besser	14 (43,8 %)
besser	8 (25,0 %)

Tab. 108. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 15 (t2, n=32)

Ergebnis Item 16: Wie zufrieden sind Sie mit den Fortschritten Ihres Kindes?

	Häufigkeit (%)
Unzufrieden	0 (0 %)
Eher unzufrieden	3 (9,7 %)
Neutral	10 (32,3 %)
Eher zufrieden	6 (19,4 %)
Zufrieden	12 (38,7 %)

Tab. 109. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 16 (t2, n=32)

Zu t3 wurden die Teilnehmer der Experimentalgruppe erneut gebeten, die Effekte des Erziehungstrainings mit einer modifizierten Version des *Fragebogens zur Kursbeurteilung „Triple-P“* zu bewerten. Für die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden die Items so umformuliert, dass sie sich auf den Aufenthalt in der FK Satteldüne bezogen. Die Ergebnisse:

Item 2: Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen?

	EG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)	KG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)	0 (0 %)
Eher nicht	0 (0 %)	11 (50 %)
Teils/teils	3 (11,1 %)	7 (31,8 %)
Ja, ein wenig	7 (25,9 %)	2 (9,1 %)
ja	17 (62,9 %)	2 (9,1 %)

Tab. 110. Ergebnis Item Nr. 2 (t3; EG: n=27; KG: n=22)

Ergebnis Item 3: Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit Problemen in der Familie generell umzugehen?

	EG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)	KG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)	1 (4,5 %)
Eher nicht	6 (22,2 %)	7 (31,8 %)
Teils/teils	8 (29,6 %)	13 (59,1 %)
Ja, ein wenig	4 (14,8 %)	1 (4,5 %)
ja	9 (33,3 %)	0 (0%)

Tab. 111. Ergebnis Item Nr. 3 (t3; EG: n=27; KG n=22)

Ergebnis Item 4: Glauben Sie, dass Ihre Partnerschaft von dem Programm profitiert hat?

	EG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)	KG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)
nein	7 (25,9 %)	0 (0 %)
Eher nicht	13 (48,1 %)	1 (4,8 %)
Teils / teils	0 (0 %)	18 (85,7 %)
Eher ja	4 (14,8 %)	2 (9,5 %)
Ja	3 (11,1 %)	0 (0 %)

Tab. 112. Ergebnis Item Nr. 4 (t3; EG: n=27;KG: n=22)

Ergebnis Item 5: Glauben Sie, dass sich die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind während der Reha-Maßnahme verbessert hat?

	EG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)	KG Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)
Nein	0 (0 %)	1 (4,5 %)
Eher nicht	4 (14,8 %)	3 (23,6 %)
Teils / teils	8 (29,6 %)	14 (63,6 %)
Ja, ein wenig	3 (11,1 %)	3 (13,6 %)
ja	12 (44,4 %)	1 (4,5 %)

Tab. 113. Ergebnis Item Nr.5 (t3; EG: n=27;KG: n=22)

Mittels *t-Test* konnte nachgewiesen werden: Begleitpersonen der EG sind signifikant häufiger der Meinung, dass das Programm ihnen geholfen hat, besser mit dem Verhalten ihres Kindes ($p=0,000$) und mit Problemen in der Familie allgemein ($p=0,003$) umzugehen, als Begleitpersonen der KG. Zudem glauben sie häufiger, dass sich die Beziehung zwischen ihnen und ihrem Kind während der Reha-Maßnahme verbessert hat ($p=0,004$).

Folgende Fragen wurden nur der **Experimentalgruppe** zu t3 gestellt:

Ergebnis Item 11: Würden Sie empfehlen, Triple-P als festen Bestandteil in das Klinikangebot für Begleitpersonen aufzunehmen?

Item	Häufigkeit (%)
ja	27 (100 %)
nein	0 (0 %)

Tab. 114. Ergebnis, Item Nr.7: t3, EG n=27

Ergebnis Item 12: Kämen Sie auf Triple-P zurück, wenn Sie erneut Hilfe bräuchten?

	Messzeitpunkt t3 Häufigkeit (%)
Eher nicht	0 (0 %)
Teils/teils	1 (3,7 %)
Ja, eventuell	6 (22,2 %)
ja	14 (51,9 %)
Ja, auf jeden Fall	6 (22,2 %)

Tab. 115. Ergebnis Item Nr. 8: t3; EG n=27

Ergebnis Item 13 (EG): Würden Sie Triple-P weiterempfehlen

Item	Häufigkeit (%)
ja	26 (96,3 %)
nein	1 (3,7 %)

Tab. 116. Ergebnis Item Nr. 9; t3; EG:n=27

Folgende Frage wurde nur der **Kontrollgruppe** zu t3 gestellt:

Ergebnis Item 7 (KG): Würden Sie die Fachklinik Satteldüne weiterempfehlen?

Item	Häufigkeit (%)
ja	20 (90,9 %)
nein	2 (9,1 %)

Tab. 117. Ergebnis Item Nr. 9; t3; KG: n=22

Ergebnis Hypothese 16)

Es wurde erwartet, dass diejenigen Begleitpersonen, die während der Reha-Maßnahme an der Intervention „Triple-P“ teilgenommen haben (= Experimentalgruppe), den Reha-Erfolg ihres Kindes sowohl zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) als auch sechs Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) signifikant höher einschätzen als diejenigen Begleitpersonen ohne ein solches zusätzliches Erziehungstraining (= Kontrollgruppe). Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

In der folgenden Tabelle sind Mittelwert und Standardabweichung der abhängigen Variable „Reha-Erfolg des Kindes“ sowie die Ergebnisse des *t-Test* dargestellt:

UV: Gruppe (EG / KG)	n	AV: Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Bp m (s)	T-Wert	df	Sign. (2-seitig)
Reha-Erfolg Kind zu t2					
Experimentalgruppe	27	0,63 (1,15)	0,759	46	p=0,452
Kontrollgruppe	21	0,86 (1,86)			
Reha-Erfolg Kind zu t3					
Experimentalgruppe	27	0,67 (1,00)	-0,407	46	p=0,686
Kontrollgruppe	21	0,76(0,44)			

Tab. 118. Hypothese 16.) Zentrale statistische Kennwerte

Auf der deskriptiven Ebene zeigt sich, dass die Begleitpersonen der Experimentalgruppe den Reha-Erfolg ihres Kindes im Mittel zu t3 geringfügig höher einschätzen als zu t2, während bei der Kontrollgruppe der Reha-Erfolg des Kindes zu t3 niedriger eingeschätzt wird als zu t2.

Die Begleitpersonen der Experimentalgruppe bewerten den Reha-Erfolg ihres Kindes zu t2 und zu t3 im Durchschnitt niedriger als die Kontrollgruppe. Dieser Trend konnte bei der statistischen Auswertung nicht bestätigt werden. Der *t-Test für unabhängige Stichproben* ergab, dass bezüglich des Ausmaßes des Reha-Erfolgs des Kindes zu keinem der beiden Messzeitpunkte ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe vorliegt.

Die Hypothese 16.) wird deshalb zurückgewiesen und die Nullhypothese angenommen.

5. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

5.1 Repräsentativität der Stichproben

Zur Beurteilung der Repräsentativität der Stichproben (Begleitpersonenstudie, n=134; experimentelle Therapiestudie n=64) können die erhobenen soziodemografischen Merkmale herangezogen werden. Hierbei zeigten sich einige Besonderheiten, die typisch für Familien sind, die an stationären Behandlungsangeboten teilnehmen:

1. Die befragten Begleitpersonen leben häufiger als der bundesdeutsche Durchschnitt mit ihrem Partner zusammen und die Zahl der Alleinerziehenden ist geringer. Dies Phänomen wurde auch in anderen Studien im Bereich der stationären Kinderrehabilitation vorgefunden (vgl. Terpitz, 2003). Als Erklärung wird hier diskutiert, dass Kinder im Vorschulalter noch relativ klein sind und Trennungen der Eltern erst im Verlauf häufiger werden, bzw. dass es für Alleinerziehende unter Umständen schwieriger ist, an einer zeitaufwändigen stationären Reha-Maßnahme teilzunehmen, zumal wenn noch andere Kinder im Haushalt leben. Die für die Teilnahme an der stationären Reha-Maßnahme nötige wochenlange berufliche Auszeit (z.B. in Form von Sonderurlaub) könnte ein weiterer Faktor sein, der Alleinerziehende davon abhält, eine Reha-Maßnahme mit ihrem Kind zu absolvieren.

2. Der Bildungsstand der befragten Begleitpersonen ist im Mittel als hoch zu bezeichnen, da zwei Drittel der Befragten den Realschulabschluss oder einen höherwertigeren Schulabschluss haben. Laut Langfeld und Luys (1993) finden Eltern mit einem hohen Bildungsstand leichter Zugang zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, da sie über die Behandlungsmöglichkeiten für ihr Kind besser informiert sind und sie sich den Weg der Antragstellung – der Kommunikation mit Ärzten und Kostenträgern, ausfüllen von Formularen etc. erfordert – eher zutrauen. Aus diesem Grund sei ein hoher Bildungsstand ein Merkmal der Klinkstichproben selbst. Heigl-Evers, Schneider & Bosse (1976) stellten fest, dass die chronische Erkrankung Neurodermitis häufig in Familien aus der höheren Bildungsschicht auftritt. Auch in oben bereits erwähnten Studie von Terpitz (2003) fanden sich bei einer Stichprobe von Eltern, die ihre an Neurodermitis erkrankten Kinder zu einer stationären Reha-Maßnahme begleiteten, relativ hohe Schulabschlüsse.

3. Die Erwerbstätigenquote unter den in der vorliegenden Studie befragten Begleitpersonen liegt über dem bundesdeutschen Durchschnitt, wobei die Begleitpersonen jedoch seltener als der Durchschnitt einer Vollzeit-Tätigkeit nachgehen. Der Anteil der Hausfrauen lag unter den Befragten bei etwa einem Drittel. Möglicherweise erleichtert diese Tatsache den Zugang zur Reha-Maßnahme, weil sich ein drei- bis vierwöchiger Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung aus beruflicher Sicht bei einer Teilzeit-Tätigkeit bzw. einer Tätigkeit als Hausfrau leichter ermöglichen lässt, als bei einer Vollzeit-Tätigkeit.

Zusammenfassend betrachtet sind einige soziodemografische Merkmale der untersuchten Stichproben typisch und repräsentativ für Familien, die an stationären Behandlungsangeboten teilnehmen, weshalb sich die Ergebnisse dieser Studie nicht ohne weiteres auf alle Familien mit einem chronisch erkrankten Kind übertragen lassen.

5.2 Soziodemografische und psychosoziale Merkmale von Begleitpersonen und deren Kindern zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1)

Ein Ziel der vorliegenden Studie lag darin, Indikatoren für die Entwicklung von psychologischen Interventionsprogrammen für Begleitpersonen und deren Kinder zu gewinnen. Hierfür wurden mit standardisierten und teilstandardisierten Fragebögen soziodemografische und psychosoziale Daten von Begleitpersonen und deren Kindern erhoben. Bezüglich der erhobenen **soziodemografischen Merkmale** waren die Mittelwerte der Stichprobe der Begleitpersonenstudie (n=134) und der Stichprobe der experimentellen Therapiestudie (n=64) miteinander vergleichbar. Exemplarisch wird an dieser Stelle ein zusammenfassender Überblick über die soziodemografischen Merkmale der Begleitpersonenstichprobe gegeben und relevante Unterschiede zu den nichtklinischen Vergleichsstichproben (Statistisches Jahrbuch 2002, Mikrozensus 2002) herausgearbeitet. Bei der Stichprobe der Begleitpersonen:

- ist die Zahl der Verheirateten mit 84,8 % höher als bei der Vergleichsstichprobe (75 %),
- ist die Zahl der Alleinerziehenden geringer (7,8 % versus 19 % in der Vergleichsstichprobe),
- überwiegen Haushalte mit drei oder vier Personen,
- überwiegen Familien mit einem bzw. zwei Kindern,
- haben 5,5 % der Mütter keinen Schulabschluss und 4 % keine Berufsausbildung,
- weisen etwa 1/3 der Mütter keinen bzw. einen Hauptschulabschluss auf und 2/3 der Mütter einen höherwertigen Berufsabschluss wie Realschulabschluss oder Abitur,
- sind 62,2 % der Mütter erwerbstätig (Vergleichsstichprobe 52,9 %) und diese gehen überwiegend Teilzeitjobs nach,
- Ist die Anzahl der erwerbstätigen Mütter, die mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten, geringer (10,2 % vs. 20 % Vollzeit-Tätigkeit in der Vergleichsstichprobe),
- sind die Mütter der begleiteten Kinder am häufigsten als Angestellte, die Väter als Angestellte oder gelernte Arbeiter beruflich tätig,
- ist die Arbeitslosenquote nur halb so hoch wie im bundesdeutschen Durchschnitt,
- leben die Begleitpersonen häufiger als in der Vergleichsstichprobe im Wohneigentum (57,3 % vs. 42,3 %) und haben mehr Wohnraum zur Verfügung (114,7 m² vs. 89 m²),
- liegt das Netto-Familieneinkommen von 17,2 % der Befragten unter 1500 Euro pro Monat,
- besucht der überwiegende Teil der Kinder eine Bildungseinrichtung wie z.B. Kindergarten/Krippe/Vorschule (nur 6,3 % besuchen gar keine Einrichtung).

Auch die zu Beginn der Reha-Maßnahme erhobenen **psychosozialen Merkmale** der beiden hier untersuchten Stichproben sind miteinander vergleichbar. Es liegen Daten von insgesamt 198 Begleitpersonen vor, die als Planungsgrundlage für psychologische Interventionen für Begleitpersonen im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation genutzt werden können.

Durch den Vergleich mit Normwerten der jeweiligen Fragebogeninstrumente wird die methodische Aussagekraft der Ergebnisse erhöht.

Im Ergebnis der vorliegenden Arbeit zeigte sich erwartungsgemäß³⁷, dass Begleitpersonen zu t1 ein signifikant größeres Ausmaß an **psychischer Belastung** aufweisen als eine nicht-klinische Normstichprobe (gemessen mit dem *BSI*). Besonders hohe Werte erreichen die Begleitpersonen auf den Skalen „Ängstlichkeit“, „Aggressivität / Feindseligkeit“ und „Phobische Angst“. Aufgrund der starken Streuung der Werte ist der Mittelwert wenig aussagekräftig. Für die Planung von psychologischen Angeboten für Begleitpersonen ist von Interesse, dass etwa ein Drittel der Befragten zum Zeitpunkt der Anreise eine „klinisch relevante“ psychische Belastung aufweist. Über die Gründe dafür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, da die Ursachen hierfür in der vorliegenden Studie nicht untersucht wurden. Das *BSI* misst die subjektiv empfundene psychische Belastung innerhalb der vergangenen sieben Tage. Es liegt die Vermutung nahe, dass gerade in der Woche vor Antritt einer Reha-Maßnahme eine Vielzahl an Einflussfaktoren eine Rolle spielen können, die zu einem überdurchschnittlich hohen psychischen Belastungserleben beitragen können, wie z.B.

- die zeitaufwendige Reiseorganisation/Vorbereitung und die möglicherweise anstrengende Anreise,
- eine höhere Belastung am Arbeitsplatz (z.B. nötiges Beenden von beruflichen Projekten vor der Abreise, Einarbeiten von KollegInnen für die Zeit der Abwesenheit),
- Aufregung von Begleitperson und Kind vor der Reha-Maßnahme,
- Mögliche negative Emotionen von Begleitperson und Kind vor der Anreise (z.B. Ängste des Kindes vor den diagnostischen Untersuchungen und Therapien; Befürchtungen der Begleitpersonen, den Aufgaben während der Reha-Maßnahme wie Kommunikation mit Ärzten, enges Zusammenleben mit anderen Begleitpersonen auf einer Station etc. nicht gewachsen zu sein).

Es hängt von der jeweiligen Persönlichkeit von der Begleitperson und deren Kind und von den Begleitumständen am Heimatort wie z.B. familiäre und berufliche Situation ab, ob eine anstehende Reha-Maßnahme im Vorfeld eher positive oder negative Emotionen weckt und wie stark das Ausmaß der organisatorischen (Stress)-Belastung vor der Reha-Maßnahme ausfällt. Weiterhin mag es für das Ausmaß der psychischen Belastung eine Rolle spielen, ob die Reha-Maßnahme von der Begleitperson gewünscht / selbst initiiert wurde oder ob sie von ärztlicher Seite verordnet wurde und die Begleitperson selbst eher unmotiviert ist, ihr Kind zu einer Reha-Maßnahme zu begleiten bzw. den Nutzen dieser Reha-Maßnahme für ihr Kind anzweifelt.

Die Untersuchung des **Erziehungsverhaltens** von Begleitpersonen chronisch erkrankter Kinder im Vorschulalter war ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit.

³⁷ Der fachspezifischen Literatur ist zu entnehmen, dass Eltern von chronisch erkrankten Kindern aufgrund der krankheitsspezifischen psychosozialen Belastungsfaktoren ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß an psychischer Belastung aufweisen, welches sich wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf beim betroffenen Kind auswirken kann (vgl. Petermann, Noecke & Bode, 1987; Michels, 1996; Warschburger, 1996).

In der vorliegenden Arbeit wurden Aspekte des positiven (günstigen) Erziehungsverhalten der Begleitpersonen mit dem *FZEV* gemessen. Entgegen der Annahme unterscheidet sich das positive Erziehungsverhalten der Begleitpersonen der beiden hier untersuchten Stichproben nicht signifikant von dem einer (nichtklinischen) Normstichprobe.

Im Bereich des negativen (ungünstigen) Erziehungsverhaltens (gemessen mit dem *EFB*) gibt es Unterschiede zwischen den beiden Stichproben, die im folgenden kurz dargestellt werden:

- Für die Begleitpersonenstudie wurden 134 Begleitpersonen mit der Kurzform *EFB-K* befragt. Entgegen der Annahme konnte weder auf den Subskalen „Überreagieren“ und „Nachsichtigkeit“ noch im Gesamtwert dieses Verfahrens ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen der Begleitpersonenstichprobe und der nichtklinischen Normstichprobe dieses Verfahrens nachgewiesen werden.
- Im Rahmen der experimentelle Therapiestudie „Triple-P“ wurde zu t1 die Originalversion des *EFB* eingesetzt. Bei den befragten n=63 Begleitpersonen liegen die Subskalen „Nachsichtigkeit“ und „Weitschweifigkeit“ sowie der Gesamtwert im Vergleich zur nichtklinischen Normstichprobe entgegen der Hypothese im durchschnittlichen Bereich. Auf der Subskala „Überreagieren“ zeigt sich hingegen ein hypothesenkonformes Ergebnis: der Mittelwert dieser Subskala liegt über dem der Normstichprobe. Eltern mit einer hohen Ausprägung auf dieser Subskala neigen dazu in Erziehungssituationen emotional überzureagieren (z.B. indem sie Zorn, Wut oder Ärger zeigen, übermäßig gereizt reagieren oder ihr Kind verbal bestrafen).

Insgesamt ergab die Häufigkeitsauszählung für beide Stichproben, dass ca. ein Viertel der Begleitpersonen den cut-off-Wert für auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten überschreitet und somit ein Erziehungsverhalten zeigt, welches eher dazu beiträgt, Problemverhalten des Kindes zu verstärken und Interaktionsschwierigkeiten zwischen Begleitperson und Kind zu begünstigen.

Im folgenden werden die erhobenen **psychosozialen Daten der chronisch erkrankten Kinder** zusammenfassend dargestellt. Diese Daten können zukünftig als Basis für die Planung von psychologischen / pädagogischen Interventionen für Begleitpersonen z.B. im Bereich Erziehungsberatung und -training genutzt werden, in den krankheitsspezifischen Schulungsprogrammen für Begleitpersonen sowie für deren Kinder Berücksichtigung finden und als Anhaltspunkt dafür dienen, welche psychologischen Interventionen für die begleiteten Kinder sinnvoll wären. In der fachspezifischen Literatur wird wiederholt darauf hingewiesen, dass Kinder mit einer chronisch-organischen Erkrankung ein höheres Risiko für das Auftreten von **Verhaltensauffälligkeiten** aufweisen, da die erkrankungs- und behandlungsbedingten Belastungen sowie die krankheitsspezifischen Folgebeltungen einen Risiko erhöhenden Faktor in der Entwicklung darstellen (vgl. Petermann, 2000). Entgegen diesen Untersuchungsergebnissen zeigten chronisch kranke Kleinkinder in der vorliegenden Studie in der Einschätzung durch ihre Begleitpersonen zu t1 kein höheres Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten als eine Normstichprobe aus dem nichtklinischen Bereich (gemessen mit

der *CBCL 1 ½-5 Jahre*, Begleitpersonenstudie n=29; Therapiestudie „Triple-P“ n=49). Für chronisch kranke Kinder im Vorschulalter (gemessen mit der *CBCL 4-18 Jahre*) ergab sich jedoch hypothesenkonform, dass sowohl Jungen als auch Mädchen auf den übergeordneten Skalen „Internalisierend“ und „Externalisierend“ sowie im Gesamtwert zu Beginn der Reha-Maßnahme signifikant höhere Mittelwerte aufweisen als eine nichtklinische Normstichprobe. Es zeigten sich zudem geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei den Mädchen war der prozentuale Anteil mit klinisch auffälligem internalisierendem Verhalten tendenziell größer als bei den Jungen.

Eine ergänzende Datenanalyse, die das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten von n=94 Kindern ab einem Alter von vier Jahren getrennt nach Diagnosegruppen betrachtete, ergab für die vorliegende Studie folgenden Trend:

- Bei Kindern mit Asthma bronchiale überwiegen die externalisierenden Störungen; bei Kindern mit Neurodermitis die internalisierenden Störungen
- Kinder mit Neurodermitis weisen im Gesamtwert der *CBCL* einen höheren Mittelwert auf als Kinder mit Asthma bronchiale
- Kinder mit einer Doppeldiagnose Asthma + Neurodermitis weisen im Gesamtwert einen höheren Mittelwert auf als Kinder mit einer einfachen Diagnose; weiterhin überwiegen bei ihnen die internalisierenden Störungen.

Der in der Begleitpersonenstudie vorgefundene überwiegende Anteil externalisierender Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern mit der Diagnose Asthma bronchiale steht im Gegensatz zu bisherigen wissenschaftlichen Befunden (vgl. Furrow et al., 1989; Perrin et al., 1993; Biedermann et al., 1994; Vila et al., 1998; Mrazek et al., 1998). Hier standen bei asthmakranken Kindern internalisierende Störungen wie Ängste und Depressionen im Vordergrund.

Studienergebnisse aus dem nichtklinischen Bereich zeigen, dass externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter häufig vorkommen. In einer (nichtklinischen) epidemiologischen Studie aus Deutschland von Haffner et al. (1998) mit dem Titel „Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter“ mit n=4363 Kindern gaben mehr als die Hälfte der befragten Eltern bei ihren Kindern an, dass diese eine leichte Form von Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der aggressiven Störungen zeigen. Laut den Autoren dieser Studie spiegeln hohe Werte auf dieser Skala (die zu den „externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten“ gehört) eher oppositionelles / eigensinniges Verhalten der Kinder sowie emotionale Wünsche nach Aufmerksamkeit und Zuwendung wider und nur zu geringen Anteilen aggressiv /destruktives Verhalten im engeren Sinne. Aus ihrer Sicht resultiert das von den Eltern beobachtete aggressiv / oppositionelle Verhalten der Kinder sekundär aus der Frustration hoher Wünsche nach Anerkennung, Beachtung und Aufmerksamkeit, also letztlich aus einer unbefriedigten emotionalen Bedürftigkeit. Unter diesem Blickwinkel könnte die überdurchschnittlich starke Ausprägung externalisierender Verhaltensauffälligkeiten in der vorliegenden Untersuchung bei den Kindern mit der Diagnose Asthma bronchiale damit erklärt

werden, dass die asthmakranken Kinder ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten zeigen, weil sie sich von ihren Bezugspersonen nicht genügend beachtet fühlen. Hierzu passt, dass in diversen wissenschaftlichen Untersuchungen³⁸ festgestellt wurde, dass sich Eltern von asthmakranken Kindern häufig affektiv abweisend bzw. zurückweisend verhalten. Aus psychoanalytischer Sicht wird dies darauf zurückgeführt, dass die Eltern ihr Kind unbewusst ablehnen. Ebenso wird mithilfe von familiendynamischen Modellen diskutiert, dass Eltern sich dem asthmakranken Kind gegenüber distanziert verhalten, weil sie aufgrund der krankheitsbedingten Belastungen belastet und erschöpft sind (vgl. Walter, 1997).

Das im Vergleich zu den an Asthma bronchiale erkrankten Kindern tendenziell höhere Ausmaß internalisierender Störungen bei Kindern mit der Erkrankung Neurodermitis lässt sich darauf zurückführen, dass die stärkere Sichtbarkeit der Erkrankung dazu beiträgt, dass Betroffene sich aus Angst vor Stigmatisierung bzw. aufgrund der Reaktionen der Umwelt auf ihre Erkrankung eher zurückziehen bzw. ängstlich / depressiv reagieren (vgl. Warschburger, 2008).

Die vergleichsweise hohe Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit der Doppeldiagnose Asthma + Neurodermitis lässt sich mit den vielfältigen krankheitsspezifischen Belastungsfaktoren erklären, die das Risiko für das Auftreten einer Verhaltensstörung erhöhen. Unstrittig ist ebenso, dass der Schweregrad einer Erkrankung einen Einfluss auf das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten hat (vgl. Petermann, 2000).

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der Kinder wurde zu t1 mithilfe eines standardisierten Interviews (*Kiddy-Kindl*^R) erhoben, welches für Kinder im Vorschulalter konzipiert ist. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in vielen Untersuchungen als Maß für den Reha-Erfolg des Kindes auf psychologischer Ebene herangezogen (vgl. Bullinger, v. Mackensen & Kirchberger, 1996). Im Rahmen der Begleitpersonenstudie wurden 88 Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren befragt, die mit einer Begleitperson eine stationäre Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne absolvierten. Zu t1 beträgt der Mittelwert in diesem Verfahren 2,46 und die Standardabweichung 0,25. Ein Vergleich mit einer Normierungsstichprobe ist leider nicht möglich, da für die Altersstufe der Vorschulkinder noch keine Normwerte für das *Kiddy-Kindl-Interview*, sondern nur für die entsprechende Elternversion vorliegen.

Bei der praktischen Durchführung der Interviews ergaben sich einige Kritikpunkte. Die Interviewversion des *Kiddy-Kindl* kommt in der revidierten Form seit dem Jahr 2000 zur Anwendung und wird explizit für Kinder im Kindergartenalter ab vier Jahren ausgewiesen, die noch nicht lesen und schreiben können. Dennoch ergaben sich bei den vier- bis fünfjährigen Kindern Verständnisschwierigkeiten, die sich zum einen auf inhaltliche Aspekte der Fragen und zum anderen auf das Antworten in Kategorien bezogen. So konnten manche Kinder mit dem Begriff „Stolz“ aus Item 1 der dritten Frage des *Kiddy-Kindl* nichts verbinden. Viele Kinder waren mit dem Gebrauch der drei Antwortkategorien (nie – manchmal – ganz oft)

³⁸ vgl. Kapitel 2.3.4 dieser Arbeit

überfordert. Dies zeigte sich darin, dass die Kinder häufig ganz schnell und stets die gleiche Kategorie verwendend antworteten. Nur durch wiederholtes Nachfragen, Erklären und Rückversichern konnte dieses Antwortverhalten aufgebrochen werden. Hinzu kommt, dass in der vorliegenden Untersuchung die Reliabilität (interne Konsistenz) der Gesamtskala zu t1 mit $\alpha = .472$ ($n = 88$) deutlich geringer ausfällt als bei der Normierungsstichprobe des *Kiddy Kindl*, die $\alpha = .70$ aufwies. Zum Messzeitpunkt t2 steigt die Reliabilität an und beträgt $\alpha = .68$. Eine empirische Studie von Angerer (2002) bestätigt, dass die Reliabilität des *Kiddy-Kindl* bei jüngeren Kindern generell geringer ausfällt als bei älteren Kindern.

5.2.1. Kurz- und langfristige Effekte der Reha-Maßnahme auf psychosoziale Merkmale von Begleitpersonen und deren Kindern

Mit der vorliegenden Untersuchung konnte sowohl für die Begleitpersonenstichprobe als auch für die Gesamtstichprobe der experimentellen Therapiestudie nachgewiesen werden, dass das Ausmaß der **psychischen Belastung** der Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) signifikant niedriger ist als beim Pretest (t1). Zu t2 ist der Gesamtwert der psychischen Belastung in beiden Stichproben nur noch etwa halb so hoch wie zu t1. Auch die Betrachtung des prozentualen Anteils der Begleitpersonen, der in den Bereich der „klinischen Relevanz“ fällt, zeigt die deutlichen Effekte der Reha-Maßnahme auf die psychische Belastung: von t1 zu t2 halbiert sich die Anzahl der Begleitpersonen, deren psychische Gesamtbelastung als „klinisch relevant“ eingestuft wurde.

Es kommen eine Vielzahl von Faktoren in Betracht, die zu einer Verringerung der psychischen Belastung der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme beigetragen haben könnten, wie z.B.

- Entlastung von der Hausarbeit,
- Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten durch die angebotene Kinderbetreuung,
- Effekte der während der Reha-Maßnahme besuchten psychologischen Interventionen,
- Klima-Effekte,
- Effekte der Asthma- oder Neurodermitisschulung für Begleitpersonen,
- Gespräche mit den Stationsärzten etc.

Denkbar wäre auch, dass positive Veränderungen im Erziehungsverhalten der Begleitpersonen oder im Verhalten der begleiteten Kinder – bewirkt durch psychologische / pädagogische Interventionen während der Reha-Maßnahme – zu einer Verringerung der psychischen Belastung der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme beitragen. Mit der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die psychische Belastung der Begleitperson signifikant positiv mit dem Ausmaß von deren negativen Erziehungsverhalten und mit dem Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes korreliert.

Im Rahmen der experimentellen Therapiestudie wurde mit einer Kurzform des *BSI (SCL-K-9)* der langfristige Effekt der Reha-Maßnahme auf das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen untersucht. Bei der Katamnese sechs Monate nach der Reha-Maßnahme

erreicht das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen wieder das Ausgangsniveau von t1, d.h. ein nachhaltiger Effekt der Reha-Maßnahme konnte nicht festgestellt werden.

Dies Untersuchungsergebnis deutet darauf hin, dass die psychische Belastung von Begleitpersonen generell auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau liegt und das hohe Ausgangsniveau der psychischen Belastung zu Beginn der Reha-Maßnahme nicht allein durch Faktoren wie z.B. „Reisefieber“ oder „stressige Anreise“ erklärt werden kann. Sollten diese Faktoren im Vordergrund stehen, dürfte das Ausmaß der psychischen Belastung bei der Kattamnese nicht genauso hoch sein wie bei der Ausgangsmessung zu Beginn der Reha-Maßnahme, da die befragten Begleitpersonen zu diesem Zeitpunkt (sechs Monate nach der Reha-Maßnahme) ihrem normalen Alltag nachgingen und nicht in direkter Vorbereitung zu einer Reha-Maßnahme standen.

In Bezug auf das **Erziehungsverhalten** von Begleitpersonen konnte im Ergebnis der vorliegenden Untersuchung nachgewiesen werden, dass sich das **positive bzw. günstige Erziehungsverhalten** entgegen der Hypothese während der Reha-Maßnahme und im Zeitraum nach der Reha-Maßnahme nicht verändert. Dies Ergebnis ist als erstaunlich zu bezeichnen, da die psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme (insbesondere das im Rahmen der experimentellen Therapiestudie angebotene Erziehungstraining „Triple-P“) auf eine Erhöhung des positiven Erziehungsverhaltens abzielten.

Das **negative bzw. dysfunktionale Erziehungsverhalten** der Begleitpersonen verringert sich hingegen während der Reha-Maßnahme hypothesenkonform, was hauptsächlich auf die Subskala „Überreagieren“ des *EFB* zurückzuführen ist. Dieser Effekt ist auch nachhaltig sechs Monate nach der Reha-Maßnahme messbar. Somit wirkt sich die Teilnahme an einer stationären Reha-Maßnahme sowohl kurz- als auch langfristig günstig auf das Erziehungsverhalten von Begleitpersonen aus. Als mögliche Gründe für die Veränderungen des negativen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme kommen verschiedene Faktoren in Betracht. Dies können z.B. psychologische Interventionen wie Erziehungsberatung oder Erziehungstraining sein, die zu dem Aufbau von neuen/anderen Erziehungsverhaltensweisen führen können. Weiterhin ist es möglich, dass die Begleitpersonen sich am Vorbild anderer Eltern orientieren, deren Erziehungsverhalten sie während der Reha-Maßnahme übernehmen. Auch der Umgang des Pflegepersonals und anderer Klinikmitarbeiter (Trainer aus den Patientenschulungen, Sozialpädagogen, Ärzte) mit den Kindern könnte als Vorbild Einfluss auf das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen genommen haben.

Denkbar ist auch, dass sich der durch die Reha-Maßnahme bewirkte Abbau an Verhaltensauffälligkeiten des Kindes positiv auf das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen auswirkt. Wenn weniger auffälliges Verhalten des Kindes besteht bzw. dieses nicht in der gleichen Intensität wie gewöhnlich auftritt, fallen die erzieherischen Reaktionen auf das Verhalten der Kinder vielleicht weniger drastisch aus (was erklären könnte, dass die Begleitperso-

nen zum Ende der Reha-Maßnahme und im Zeitraum nach der Reha-Maßnahme in ihrem Erziehungsverhalten deutlich weniger „überreagieren“ als vorher)³⁹.

Kurz- und langfristige Effekte der stationären Reha-Maßnahme auf das **Verhalten der Kinder** wurden im Rahmen der experimentellen Therapiestudie ermittelt. Im Ergebnis verringert sich das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder (in der Einschätzung durch die Begleitperson) hypothesenkonform während einer vierwöchigen Reha-Maßnahme. Dieser Effekt ist auch langfristig sechs Monate nach der Reha-Maßnahme nachweisbar. Insgesamt stellt sich hier die Frage, auf welchem Weg die gemessene Verbesserung des Verhaltens der Kinder über den gesamten Untersuchungszeitraum bewirkt wurde. Über die Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, da hierzu im Rahmen der vorliegenden Studie keine genaueren Untersuchungen durchgeführt wurden. Es könnten z.B. psychologische Interventionen für Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme, das pädagogische Umfeld auf den Stationen oder der Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern dazu beigetragen haben, dass die Begleitpersonen ihr eigenes Erziehungsverhalten gegenüber dem Kind veränderten, wodurch bei diesem weniger Verhaltensauffälligkeiten auftraten. Möglicherweise trägt auch die gemessene Verringerung der psychischen Belastung der Begleitpersonen dazu bei, dass es während der Reha-Maßnahme und in deren Anschluss zu einer Entspannung der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind kommt, wodurch der Level an Problemverhalten des Kindes sinkt (dass die Merkmale „psychische Belastung und negatives Erziehungsverhalten der Begleitperson“ in einem positiven statistischen Zusammenhang mit dem Merkmal „Verhaltensauffälligkeiten des Kindes“ stehen, wurde im Rahmen der Begleitpersonenstudie nachgewiesen).

Veränderungen der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder** während der Reha-Maßnahme wurden im Rahmen der Begleitpersonenstudie mittels standardisiertem Interview (*Kiddy-Kindl*) eruiert. Während der Reha-Maßnahme erhöht sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Kinder signifikant (von $m=2,46$ zu $t1$ auf $m=2,58$ zu $t2$). Die Streuung der Mittelwerte ist mit 0,25 ($t1$) und 0,27 ($t2$) als gering zu betrachten. Ein langfristiger Effekt der Reha-Maßnahme auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wurde nicht untersucht, weshalb keine Aussage hierzu möglich ist.

Für die Praxis lassen sich aus den erhobenen psychosozialen Daten folgende **Implikationen** ableiten:

Bei etwa einem Drittel der befragten Begleitpersonen liegt das Ausmaß der **psychischen Belastung** zu $t1$ im Bereich der „klinischen Relevanz“. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit erwähnt, kann eine starke psychische Belastung der Bezugsperson negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf beim chronisch erkrankten Kind nehmen, weshalb

³⁹ An dieser Stelle soll auch noch einmal auf den signifikanten Zusammenhang zwischen „negativem Erziehungsverhalten“ der Begleitperson und dem Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten des Kindes verwiesen werden, der im Rahmen der Begleitpersonenstudie festgestellt werden konnte: Je geringer die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, desto geringer das Ausmaß an negativen und desto höher das Ausmaß an positiven Erziehungsverhaltensweisen der Begleitperson.

es sinnvoll sein kann, mit entsprechenden psychologischen Interventionen wie z.B. Entspannungstraining, Anti-Stress-Training oder psychologischer Beratung während der Reha-Maßnahme gegenzusteuern, um die psychische Belastung der Bezugsperson zu verringern. Es bestünde die Möglichkeit, gleich zu Beginn der Reha-Maßnahme mit einem Fragebogen wie dem *Brief Symptom Inventory* alle Begleitpersonen zu befragen und den psychisch hoch belasteten Begleitpersonen von Beginn der Reha-Maßnahme an die Teilnahme an spezifischen Angeboten des Psychologischen Bereichs wie z.B. entlastenden Einzelgesprächen, Entspannungstraining oder Erziehungsberatung zu empfehlen. Alternativ zu diesem Vorgehen hat es sich auch bewährt, dass das psychologische Team am Anreisetag am Informationelternabend teilnimmt und das Programm des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen vorstellt, um mögliche Hemmschwellen für die Teilnahme bereits im Vorfeld abzubauen.⁴⁰ Ein Abbau der psychischen Belastung der Begleitperson bereits während der Reha-Maßnahme sollte auch im Hinblick auf den langfristigen Reha-Erfolg des Kindes das Ziel sein, da eine gut erholte und psychisch stabile Bezugsperson nach der Reha-Maßnahme viel besser in der Lage ist, ihr Kind bei der Bewältigung der chronischen Erkrankung im Alltag zu unterstützen und die therapeutischen Maßnahmen mit der nötigen Konsequenz fortzusetzen.

Zukünftig sollte überlegt werden, wie es gelingen kann, den während der stationären Reha-Maßnahme erzielten positiven Effekt eines verringerten Ausmaßes der psychischen Belastung der Begleitpersonen langfristig zu erhalten bzw. zu stabilisieren. Eine Möglichkeit würde in einer besseren Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten bestehen: Begleitpersonen könnten während der Reha-Maßnahme bereits gezielt über weiterführende psychologische Interventionen (wie z.B. Entspannungstraining, Erziehungsberatung, Anti-Stress-Training) informiert werden, die sie dann an ihren jeweiligen Heimorten im Anschluss an die Reha-Maßnahme bzw. bei Bedarf in Anspruch nehmen können. Des Weiteren sollte untersucht werden, ob verpflichtende psychologische Interventionen für Begleitpersonen (z.B. Entspannungstraining, psychologische Einzelgespräche) während der Reha-Maßnahme zu einer stärkeren Verringerung der psychischen Belastung beitragen als das bislang übliche freiwillige Angebot.

Im Bereich des sogenannten „**positiven Erziehungsverhaltens**“ besteht gemäß der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in der Praxis wenig Handlungsbedarf, da die Begleitper-

⁴⁰ Die Erfahrung aus dem stationären Alltag zeigt, dass eine psychologische Intervention, die erst zum Ende der Reha-Maßnahme stattfindet - weil erst im Verlauf der Reha-Maßnahme durch das Verhalten der Begleitperson auffällt, dass diese psychisch stark belastet ist - oft nur in Form einer Kurzberatung mit Empfehlung für psychologische Interventionen für die Zeit nach der Reha-Maßnahme am Heimort erfolgt. Die wertvolle Zeit während der Reha-Maßnahme wurde für psychologische Interventionen auf diese Weise nicht genutzt und eine psychisch angespannte Begleitperson fährt möglicherweise mit dem Gefühl nach Hause, dass ihr während der Reha-Maßnahme nicht geholfen werden konnte.

sonen über den gesamten Untersuchungszeitraum ein mit einer nichtklinischen Normstichprobe vergleichbares Ergebnis zeigen.

Für das sogenannte „**negative (dysfunktionale) Erziehungsverhalten**“ wird empfohlen, während der Reha-Maßnahme weiterführende Angebote von psychologischer Seite bereitzustellen, da ein relativ großer Prozentsatz der Begleitpersonen – etwa ein Viertel der Befragten – zu Beginn der Reha-Maßnahme ein dysfunktionales Erziehungsverhalten aufweist, welches langfristig eher dazu beiträgt, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zu verstärken. Hier sollte besonders der Aspekt des „nachsichtigen Erziehungsverhaltens“ stärker berücksichtigt werden. Es ist nötig, zusätzliche niedrigschwellige Interventionen während der stationären Reha-Maßnahme durchzuführen, die den Begleitpersonen die Problematik eines zu „nachsichtigen“ Erziehungsverhaltens näher bringt und ihnen Möglichkeiten zur Einübung neu erlernter Erziehungsfertigkeiten auf diesem Gebiet gibt, die auf den Alltag zuhause übertragen werden können. Eine Anleitung der Eltern / Bezugspersonen im Umgang mit der jeweiligen Erkrankung des Kindes einschließlich konsequenter Erziehung ist auch im Rahmenkonzept des VDR (1998) als Ziel für stationäre Kinderrehabilitations-Maßnahmen vorgesehen.

Eine Möglichkeit könnte in der verstärkten Nutzung der psychologischen Einheiten im Rahmen der Patientenschulungen bestehen, während derer die Problematik bzw. die Folgen eines zu nachsichtigen Erziehungsverhaltens von Eltern von chronisch erkrankten Kindern mit den Begleitpersonen stärker als bisher thematisiert werden könnten. Des Weiteren gibt es eine ganze Bandbreite von Möglichkeiten wie z.B. schriftliche oder videogestützte Information, Durchführung von familientherapeutischen Elternabenden / Trainings zu diesem Thema, die im Praxisalltag eingesetzt werden könnten, um mit den Begleitpersonen über das Thema „Erziehungsverhalten“ ins Gespräch zu kommen und mithilfe von praktischen Übungen, die von den Begleitpersonen bereits im Stationsalltag angewandt werden können, Verbesserungen im Sinne einer Reduktion des zu „nachsichtigen“ Erziehungsverhaltens herbeizuführen.

Die Notwendigkeit für psychologische Interventionen für chronisch erkrankte Kinder im Vorschulalter lässt sich aus dem Untersuchungsergebnis ableiten, dass das Ausmaß von deren **Verhaltensauffälligkeiten** zu Beginn der Reha-Maßnahme im Vergleich zu einer Normstichprobe signifikant höher ist und bei etwa einem Fünftel der Kinder ab einem Alter von vier Jahren sogar den „klinisch relevanten“ Bereich erreicht.

Wie die Praxis zeigt, fallen im Stationsalltag erfahrungsgemäß eher diejenigen Kinder negativ auf (und werden vom Stationspersonal bzw. auf Wunsch der Begleitperson dem psychologischen Bereich zugewiesen), die sich aus Sicht des Stationspersonals bzw. der Eltern besonders „schwierig“ verhalten, weil sie z.B. aggressive Verhaltensweisen zeigen, nicht auf Anweisungen von Erwachsenen „hören“ oder sich nicht an die Stationsregeln halten können. Dies sind Verhaltensweisen, die eher den „externalen Verhaltensauffälligkeiten“ zugeordnet werden.

Im Ergebnis der vorliegenden Studie gibt es jedoch einen hohen Prozentsatz an Kindern, die zu Beginn der Reha-Maßnahme eher „internale Verhaltensauffälligkeiten“ wie z.B. ängstliche oder depressive Verhaltensweisen zeigen⁴¹. Hier waren Mädchen tendenziell stärker betroffen als Jungen. Um diesen Kindern ebenfalls den Zugang zu psychologischen Interventionen zu ermöglichen, bietet sich zu Beginn der Reha-Maßnahme eine Befragung der Begleitpersonen mit Verhaltensfragebögen wie z.B. der *Child behavior Checklist* an. Weitere Möglichkeiten zum Erkennen von internalen Verhaltensauffälligkeiten ergeben sich durch teilnehmende Beobachtung auf den Stationen sowie über gezieltes Nachfragen durch den psychologischen Bereich bei den Besprechungen mit Ärzten und Stationspersonal. Den betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen könnten dann gleich von Beginn der Reha-Maßnahme an entsprechende psychologische (Einzel)-Interventionen zum Abbau der internalen Verhaltensauffälligkeiten angeboten werden bzw. weiterführende Interventionen für die Zeit nach der Reha-Maßnahme geplant werden. Ebenso bieten sich die Patientenschulungen als Übungsfeld an, in denen mit Techniken wie z.B. dem Rollenspiel neue Verhaltensweisen im Alltag eingeübt werden können.

5.3 Ergebnisse der Evaluation einer stationären Reha-Maßnahme für Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter

Im Rahmen der Begleitpersonenstudie wurde mit selbst entwickelten An- und Abreise-Fragebögen eine umfangreiche Evaluation einer Reha-Maßnahme für Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern in der Fachklinik Satteldüne auf Amrum durchgeführt. Die Untersuchungsergebnisse sollen dazu beitragen, die Qualität des Reha-Angebotes für Begleitpersonen zu verbessern und insbesondere die zukünftige Planung und Ausgestaltung von Angeboten des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen erleichtern.

5.3.1. Gründe der Bezugspersonen für die Begleitung der Kinder

Zu Beginn der Reha-Maßnahme wurde mit vorgegebenen Kategorien erfragt, wie die Bezugspersonen die Begleitung ihres Kindes begründen. Im Ergebnis haben sich die im Vordergrund stehenden Begründungen im Vergleich zu einer früheren Studie aus der Fachklinik Satteldüne (Schemmel, 1994) nicht gewandelt.

Drei Kategorien wurden in der vorliegenden Untersuchung besonders häufig ausgewählt. Diese lauten: (1) „Mein Kind würde ohne Begleitperson Heimweh haben“ (77,5 %), (2) „Mein Kind ist noch zu klein“ (74,4 %) und (3) „Es ist mir wichtig, bei den medizinischen Untersuchungen meines Kindes dabei zu sein“ (63,9 %).

Nachrangig wurden folgende Kategorien ausgewählt: die eigene Unfähigkeit, eine Trennung vom Kind auszuhalten (48,8 %), die Befürchtung, dass das Kind ohne Begleitung nicht bei den Therapien mitmachen würde (34,9 %) sowie eigene schlechte Erfahrungen der Begleit-

⁴¹ Wie das Ergebnis der Begleitpersonenstudie zeigte, sind vor allem die Kinder mit der Erkrankung „Neurodermits“ und die Kinder mit einer Mehrfachdiagnose von internalen Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Weiterhin wiesen Mädchen einen höheren Prozentsatz an internalen Verhaltensauffälligkeiten auf als Jungen.

person mit einer Reha-Maßnahme in der Kindheit, die sie ihrem Kind durch ihre Begleitung ersparen möchten (7 %).

Über die vorgegebenen Kategorien hinaus konnten die Begleitpersonen im Anreize-Fragebogen freie Angaben zu diesem Thema machen. Von dieser Möglichkeit haben 18 Begleitpersonen Gebrauch gemacht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die genannten Gründe sehr vielschichtig sind. Einerseits werden die Begründungen an der Person des Kindes festgemacht (z.B. mangelnde emotionale Reife des Kindes; Ängste des Kindes vor ärztlichen Untersuchungen oder vor einer Trennung von der Mutter) und andererseits lassen sie Rückschlüsse auf die innere Einstellung der Begleitpersonen zu. Diesen fällt es häufig schwer, sich vom Kind zu trennen bzw. die Verantwortung für das Kind abzugeben oder sie haben den Anspruch, für ihr Kind in jeder Lebenssituation persönlich da sein zu wollen. Bei manchen Begleitpersonen ist das Vertrauen in das Reha-Personal nicht ausreichend gegeben. Diesem wird nicht zugetraut, im gleichen Ausmaß wie die Eltern für das Kind da sein und es ggf. trösten zu können. Weiterhin erhoffen sich einige Begleitpersonen von der Reha-Maßnahme ihres Kindes für sich selbst Informationen über die Erkrankung des Kindes sowie den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen.

Als Implikation für die Praxis lässt sich festhalten: Die Bereiche „Information“ und „Erfahrungsaustausch“ für Begleitpersonen würden sich ggf. auch ambulant organisieren lassen, während die Kinder die Reha-Maßnahme ohne Begleitperson absolvieren. Dies gilt vor allem für die Bezugspersonen älterer Kinder, wenn der Wunsch nach Information bzw. Erfahrungsaustausch für die Bezugsperson die primäre Begründung für die Begleitung darstellt. Aus diesem Grund würde es sich lohnen, im Vorfeld der Reha-Maßnahme zu erfragen, wie die Bezugspersonen ihren Begleitwunsch begründen.

Ergänzend wurde über eine allgemeine Frage eruiert, ob für die Begleitpersonen eine Reha-Maßnahme ihres Kindes ohne Begleitperson denkbar gewesen wäre. Nahezu alle befragten Begleitpersonen (99,2 %) gaben an, dass sie einer Reha-Maßnahme ihres Kindes unter dieser Bedingung nicht zugestimmt hätten.

5.3.2. Erwartungen von Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme zu t1 und Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen zu t2

Mit vorgegebenen Kategorien wurden Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme erfragt. Die am häufigsten genannten **Erwartungen für das Kind** lauten:

1. „medizinische Unterstützung und Therapie der Erkrankung“ (89,1 %)
2. „Erholung und Entspannung“ (86 %)
3. „Schulung im Umgang mit der Erkrankung“ (73,6 %)

Unter der Kategorie „weitere Erwartungen“, die von 29,5 % der Befragten angegeben wurde, gab es die Option für freie Angaben. Viele der hier von 29 Begleitpersonen geäußerten Erwartungen beziehen sich auf erwünschte Behandlungseffekte (Erhalt einer ohnehin schon stabilen Gesundheit des Kindes, Besserung der Erkrankung durch z.B. Klimateffekte bis hin zu einer Heilung der chronischen Erkrankung). Manche Begleitpersonen erwarteten positive

Veränderungen im Verhalten ihrer Kinder (verbessertes Sozialverhalten, besseres Essverhalten) durch die Reha-Maßnahme. Eine Begleitperson erhoffte für ihr Kind, dass der ruhigere Tagesablauf während der Reha dazu beitragen könnte, dass sie selbst weniger gestresst wäre und sich die Erkrankung des Kindes hierdurch bessern könnte. Somit wird ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Stressbelastung und der Erkrankung des Kindes konstatiert (je geringer die Stressbelastung, desto gesünder das Kind). Vereinzelt wurde als zusätzliche Erwartung an die Reha-Maßnahme für das Kind auch „Spaß“ bzw. „Spaß bei den Therapien“ genannt.

Für sich selbst erwarten die Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme ihres Kindes hauptsächlich:

1. „Information über die Erkrankung des Kindes“ (78,3 %),
2. „Einblicke in neue Behandlungsmethoden“ (76 %) und
3. „praktische Erfahrung in der Behandlung des Kindes“ (72,9 %).

Die Kategorie „Weitere Erwartungen“ gaben 13,2 % der Befragten an. Die Möglichkeit zu freien Angaben hierzu wurde von 14 Begleitpersonen genutzt. Einige Begleitpersonen erwarteten, während der Reha-Maßnahme mehr Zeit als zuhause mit dem Kind verbringen zu können, weil Faktoren wie Berufstätigkeit der Eltern und Terminzwänge wegfallen. Für sich selbst erwarteten manche Begleitpersonen einen positiven Effekt auf die eigene Gesundheit (z.B. Stressabbau, Gewichtsabnahme). Eine Begleitperson wollte sich durch die Begleitung selbst das Gefühl geben können, die Erkrankung ihrer Tochter nicht einfach nur „hingenommen“ zu haben. Die Begleitung wird hier damit gleichgesetzt, selbst aktiv etwas gegen die Erkrankung des Kindes unternehmen zu können. Eine weitere Begleitperson wollte die Reha-Maßnahme als Übungsfeld nutzen, um zu lernen, ihr Kind „loszulassen“. Sie merkte aber selbstkritisch an, dass hierfür ihr eigenes Vertrauen darin Voraussetzung sei, dass ihr Kind sein Leben „wohl behütet selbst meistern“ könne.

Für die Planung von psychologischen Interventionen für Begleitpersonen und Kinder während der stationären Reha-Maßnahme soll an dieser Stelle noch einmal hervorgehoben werden, dass die Begleitpersonen diesbezüglich hohe Erwartungen mitbringen. Im folgenden werden die Erwartungen der Begleitpersonen an den psychologischen Bereich zusammenfassend dargestellt.

Mehr als die Hälfte der Begleitpersonen gibt für sich selbst einen großen Erholungs- und Entspannungsbedarf an. Dies passt zu dem Untersuchungsergebnis, dass die Begleitpersonen beim Pretest eine überdurchschnittlich hohe psychische Belastung aufweisen. Jede dritte Begleitpersonen erwartet für sich selbst während der Reha-Maßnahme „psychologische Unterstützung“ und „Anregung für die Erziehung des Kindes“, was als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass psychologische/pädagogische Interventionen bzw. Informationsveranstaltungen im Bereich Erziehungsberatung während der Reha-Maßnahme von den Begleitpersonen erwünscht wären.

Fast alle Befragten sehen ihr Kind als erholungs- und entspannungsbedürftig an und ein hoher Prozentsatz (40,3 %) erwartet psychologische Interventionen für das Kind. Weiterhin wünschen sich mehr als die Hälfte der befragten Begleitpersonen, dass ihre Kinder alltagspraktische Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung erlernen (selbständiger Umgang mit der Erkrankung, Schulung im Umgang mit der Erkrankung), welche nicht nur im stationären Ablauf eingeübt werden, sondern ebenfalls vom Psychologischen Bereich im Rahmen der Patientenschulungen z.B. in Form von Rollenspielen und praktischen Übungen vermittelt werden. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen in der Fachklinik Satteldüne (vgl. Schemmel, 1994; Reeves 1999) ist der Prozentsatz der Begleitpersonen, der psychologische Unterstützung sowohl für sich selbst als auch für das von ihnen begleitete Kind erwartet, in der vorliegenden Untersuchung deutlich höher ausgefallen. Über die Gründe hierfür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, da sie nicht explizit erfragt wurden. Möglicherweise sind die Eltern durch Fachliteratur / die Nutzung des Internets oder durch ambulante Patientenschulungen heute stärker als früher darüber informiert, dass psychische Einflussfaktoren das Krankheitsbild ihres Kindes beeinflussen können und aus diesem Grund psychologische Interventionen sinnvoll wären.

Zu t2 wurde untersucht, in welchem Ausmaß sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme erfüllt haben. Hier fällt auf, dass die Befragten ihre Erwartungen an sie selbst betreffende Angebote und Maßnahmen während der Reha-Maßnahme nicht im gleichen Ausmaß erfüllt sahen wie ihre Erwartungen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind ($m=0,20$ vs. $m=0,56$; Wert 0 = trifft ziemlich zu, Wert 1 = trifft stark zu).

5.3.3. Interesse an und Inanspruchnahme von psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme

Das Untersuchungsergebnis zeigt, welche Angebote des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen von den Befragten favorisiert werden. Etwa die Hälfte der befragten Begleitpersonen hat zum Anreizezeitpunkt ein großes Interesse am Entspannungstraining, was auf den bereits geschilderten großen Erholungsbedarf der Begleitpersonen hinweist. Desweiteren ist fast die Hälfte der Befragten daran interessiert, im Rahmen der Reha-Maßnahme an der Erziehungsberatung teilzunehmen. Die Gründe hierfür wurden im Rahmen der Studie nicht hinterfragt, so dass keine Aussage darüber möglich ist, welche Aspekte hieran die Begleitpersonen besonders interessieren (z.B. erzieherischer Umgang mit der Erkrankung des Kindes oder allgemeine Fragen zu Themen wie Umgang mit Problemverhalten des Kindes).⁴² Hinzu kommt, dass ein Viertel der Befragten ein Interesse an psychologischen Ein-

⁴² Zum Untersuchungszeitraum wurde die Erziehungsberatung des Psychologischen Bereichs der Fachklinik Satteldüne aus ganz unterschiedlichen Gründen aufgesucht, wobei die geschilderten Probleme selten direkt mit der Erkrankung des Kindes zusammenhingen. Beratungsthemen waren z.B. Umgang mit Trotz / Wut bzw. generell mit oppositionellem Verhalten des Kindes, Ein- oder Durchschlafstörungen von Kleinkindern, Enuresis nocturna, HKS/ADHS, Wahrnehmungsauffälligkeiten, Umgang mit Ängsten des Kindes (z.B. Angst vor ärztlichen Untersuchungen) sowie Fragen nach dem richtigen Einschulungszeitpunkt.

zelgesprächen angibt, was auf eine psychische Belastung einiger Begleitpersonen durch über die Erziehungsberatung hinausgehende Themen hindeutet.⁴³

Es wurde weiterhin untersucht, welche **Angebote des Psychologischen Bereichs für Kinder** die Begleitpersonen favorisieren. Für zwei Drittel der Befragten ist es wichtig, dass ihr Kind während der Reha-Maßnahme am Entspannungstraining teilnimmt, was zu der von einem Großteil der Bezugspersonen geäußerten Erwartung nach Erholung und Entspannung für das Kind passt. Mehr als die Hälfte der Befragten findet es wichtig, dass ihr Kind während der Reha-Maßnahme bei Verhaltensauffälligkeiten an diesbezüglichen diagnostischen Maßnahmen des Psychologischen Bereichs teilnimmt. Die Teilnahme des Kindes an psychologischen Einzeltherapien ist für ein Drittel der befragten Begleitpersonen von Interesse.

Zum Ende der Reha-Maßnahme wurde erfragt, welche Angebote des Psychologischen Bereichs die Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme tatsächlich genutzt haben. An erster Stelle steht das Entspannungstraining, welches von 23 % der Befragten besucht wurde. An der Erziehungsberatung nahmen 16 % und an psychologischen Einzelgesprächen 11,4 % der Befragten teil.

Im Ergebnis zeigt sich eine starke Diskrepanz zwischen dem anfänglich großen Interesse der Begleitpersonen an den Angeboten des Psychologischen Bereichs und den tatsächlichen Teilnahmezahlen. Nur etwa ein Drittel bis ca. die Hälfte der zu Beginn an den Angeboten Interessierten nutzt diese dann tatsächlich während der Reha-Maßnahme. Möglicherweise ist die Hemmschwelle für die Teilnahme an diesen Angeboten recht hoch, weshalb nur ein Teil der Interessierten sich getraut hat, den Psychologischen Bereich aufzusuchen. Eine weitere Annahme wäre, dass für die Angebote nicht genügend geworben wurde. Dies könnte durch verstärkte Werbung für die psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme geändert werden, z.B. in Form von Aushängen, Information durch Psychologen auf Elternabenden und Hinweisen durch Stationspersonal- oder Ärzte. Denkbar wäre auch, dass präventive psychologische Interventionen (z.B. allgemeine Informationen über Erziehungsthemen) mehr Zuspruch gefunden hätten, als eher therapeutisch angelegte psychologische Interventionen (wie Erziehungsberatung).

5.3.4. Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem Reha-Angebot

Im Rahmen der Begleitpersonenstudie wurde die Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik, die sie selbst betreffen, evaluiert. Als Schwerpunkt soll hier das Ergebnis für den Psychologischen Bereich genauer betrachtet werden: Etwa zwei Drittel der befragten Begleitpersonen (64,7 %) waren mit den Angeboten des Psychologischen Bereichs für Begleitpersonen „zufrieden“ (dies ist als erstaunlich zu bezeichnen,

⁴³ Häufig genannte Beratungsthemen des Psychologischen Bereichs der Fachklinik Satteldüne sind hier z.B.: eigene psychische Erkrankung der Begleitperson wie z.B. Ängste oder Depressionen, weshalb psychologische Unterstützung während der Reha erwünscht ist, Partnerschaftsprobleme sowie Probleme die Krankheit des Kindes zu bewältigen – vor allem bei schwer erkrankten Kindern.

da nur ca. ein Fünftel der Befragten während der Reha-Maßnahme an psychologischen Interventionen teilgenommen hat). 22,9 % gaben eine „mittlere Zufriedenheit“ an und 12,4 % waren mit den psychologischen Angebot „unzufrieden“. Leider wurde die im *Anreise-Fragebogen* vorhandene Option, mit freien Angaben die Gründe für die Unzufriedenheit mit dem Angebot des Psychologischen Bereichs näher zu beschreiben, von den Begleitpersonen nicht genutzt. Deshalb können keine Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden.

Ein Gesamtwert der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne – sowohl für sich selbst als auch für ihr Kind – wurde mit übergeordneten Skalen ermittelt.⁴⁴ Die Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den für sie relevanten Bereichen der Fachklinik liegt bei $m=0,64$, die Zufriedenheit mit den für das Kind relevanten Bereichen ist etwas höher und liegt bei $m=0,73$ („0“: „mittlere Zufriedenheit“, „1“: „eher zufrieden“).

5.3.5. Effektivität der Fortbildungsangebote der Reha-Fachklinik für Begleitpersonen und Kinder in der Einschätzung durch die Begleitperson

Die Begleitpersonen schätzten die Effektivität der sie selbst betreffenden Fortbildungsangebote (Asthma- und Neurodermitisschulung) hinsichtlich verschiedener Kategorien ein. Eine hohe Effektivität sehen die Begleitpersonen an erster Stelle im Bereich „Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung“ (52,5 %), gefolgt von „Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen“ (46,6 %), „Umgang mit der Erkrankung im Alltag“ (42,7 %) und „Kennenlernen neuer Therapiemethoden“ (40,2 %).

Etwa ein Viertel der Begleitpersonen schätzt die Effektivität der Bereiche „Kennenlernen neuer Therapiemethoden“, „Umgang mit der Erkrankung im Alltag“ und „Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen“ als gering ein, weshalb hierauf bei der zukünftigen Planung der Angebote für Begleitpersonen besonders eingegangen werden sollte.

Insgesamt 36 Begleitpersonen äußerten sich im Abreise-Fragebogen mit freien Angaben zu dem Thema, welche Aspekte ihnen bei den Fortbildungsangeboten gefehlt haben. Die Auswertung der Antworten zeigt zusammengefasst, dass die Befragten den unterschiedlichen Kenntnisstand der Teilnehmer zu Beginn der Reha-Maßnahme für ungünstig halten. Wer bereits bei früheren Reha-Maßnahmen oder ambulanten Schulungen Wissen erworben hat bzw. viel zu dem Thema gelesen hat, dem erscheinen die Fortbildungsangebote der Fachklinik Satteldüne als zu oberflächlich, da nichts Neues hinzugelernt wird. Die Personen, die noch keine diesbezüglichen Vorkenntnisse haben, erleben die Vorträge manchmal als für Laien zu wenig verständlich. Die Begleitpersonen geben für dieses Dilemma Lösungsvorschläge mit: die Schulungen sollten insgesamt länger sein und mehr praktische Übungen enthalten, die ihnen ermöglichen, die Fortbildungsinhalte im Alltag anzuwenden. Darüber hinaus sollte für die „Fortgeschrittenen“ die Möglichkeit bestehen, das bereits vorhandene theoretische Wissen während der Reha-Maßnahme vertiefen zu können. Hinzu kommt ein

⁴⁴ vgl. Kapitel 3.6 dieser Arbeit

weiterer wichtiger Punkt: von vielen Begleitpersonen wird erwünscht, dass es in den Fortbildungen mehr Zeit und Raum für den Erfahrungsaustausch untereinander geben sollte.

Aus dem Untersuchungsergebnis werden folgende Implikationen für die Reha-Praxis abgeleitet, die zukünftig bei der Planung und Durchführung der Fortbildungsangebote Berücksichtigung finden können:

- Während der Schulungen könnten die Referenten Skripte zu den verschiedenen Themen verteilen bzw. in der Reha-Einrichtung Büchertische oder Fachbibliotheken eingerichtet werden, damit die Schulungsinhalte nachgelesen und vertieft werden können.
- Der Anteil des moderierten Erfahrungsaustausches während der Schulungen sollte erhöht und zusätzliche Zeit für Rückfragen der Teilnehmer eingeplant werden, die dann umfassend und auch für Laien auf diesen Fachgebieten verständlich beantwortet werden sollten.
- Die Schulungen sollten insgesamt mehr praktische Übungen zur Anwendung des Erlernten im Alltag enthalten. Die Begleitpersonen sollten ermutigt werden, das erlernte Wissen während der Reha-Maßnahme in die Praxis umzusetzen und bei Schwierigkeiten Rücksprache mit dem Stationspersonal zu halten.

Die Begleitpersonen schätzten auch die **Effektivität der Patientenschulungen für ihre Kinder** ein. Am effektivsten erschienen (Antwort: Effektivität „hoch“ bis „sehr hoch“):

1. „Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung“ (52 %)
2. „Umgang mit der Erkrankung im Alltag“ (48,9 %)
3. „Kennenlernen neuer Therapiemethoden“ (46,3 %)
4. „Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten“ (36,6 %)

Verbesserungsbedarf gibt es aus Sicht der Begleitpersonen bei den Patientenschulungen für ihre Kinder vor allem in dem Bereichen „Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten“ und „Kennenlernen neuer Therapiemethoden“. Etwa ein Drittel der Befragten stuft die Effektivität dieser Bereiche als gering ein. Da der Erfahrungsaustausch der Kinder untereinander in deren Schulungen bereits einen großen Raum einnimmt, scheint es als Implikation für die Praxis angezeigt, den Begleitpersonen die Schulungsinhalte ihrer Kinder noch besser zu kommunizieren.

5.3.6. Gründe für unregelmäßige oder fehlende Teilnahme von Begleitpersonen und deren Kindern an den Fortbildungsangeboten

Es wurde erfragt, wie häufig die Begleitpersonen an den sie selbst betreffenden Fortbildungsangeboten (Asthma- bzw. Neurodermitisschulung für Begleitpersonen) teilgenommen haben. Bei unregelmäßiger oder fehlender Teilnahme konnten sie mit vorgegebenen Kategorien Gründe hierfür angeben: An erster Stelle rangierte die Kategorie „Sonstige Gründe“ (18,9 %), gefolgt von „ausreichenden Vorkenntnissen“ (15,6 %) und „mangelnder Kinderbetreuung während der Fortbildung“ (13,3 %). Weitgehend ausgeschlossen wurden die Ka-

tegorien „organisatorische Probleme“ und „mangelndes Interesse“, die nur von 2-3 % der Befragten angegeben wurden.

Die Kategorie „Sonstige Gründe“ konnte durch freie Angaben durch die Begleitperson näher spezifiziert werden. Von dieser Möglichkeit haben acht Begleitpersonen Gebrauch gemacht. Zusammenfassend gehören hierzu hauptsächlich organisatorische Gründe, die in den Zuständigkeitsbereich der Fachklinik fallen (wie z.B. „keine Schulung für das Krankheitsbild vorhanden“, „Schulung wurde zu selten oder zum falschen Zeitpunkt angeboten“, „gemeinsame Schulung von Begleitperson und Kind wird nicht angeboten“). Nur in zwei Fällen lag es an der Begleitperson selbst, dass sie den Fortbildungsangeboten fernblieben. Einer Begleitperson war die Schulung „nicht effektiv genug“ und eine weitere wollte sich „statt bei der Schulung bei schönem Wetter lieber draußen aufhalten“.

Obwohl die Auswertung der Antworten auf die vorgegebenen Kategorien zeigt, dass die Kategorie „organisatorische Probleme“ nur für einen Bruchteil der Betroffenen zur unregelmäßigen oder fehlenden Teilnahme an den Fortbildungsangeboten führt, zeigt die Auswertung der zusätzlich erhobenen qualitativen Daten vor allem bei den „organisatorischen Gründen“ ein großes Verbesserungspotential für die Fachklinik. Möglicherweise zeigt dies Phänomen, dass einige Begleitpersonen den in der Kategorie genannten Begriff „Organisatorisch“ nicht einordnen konnten.

Insgesamt werden folgende Implikationen für die Praxis abgeleitet, deren Umsetzung die Teilnahmezahlen von Begleitpersonen an den Fortbildungen deutlich erhöhen könnten:

- Fortbildungsangebote für Eltern von Kindern mit Cystischer Fibrose (CF) sollten in das Angebot der Fachklinik aufgenommen werden.
- Vorhandene Schulungen sollten a) häufiger stattfinden und b) besser mit dem Zeitplan der Begleitpersonen abgestimmt werden (Schulungen am Abend setzen z.B. funktionierende Babyphones oder eine Kinderbetreuung auf Station voraus: diese Voraussetzungen waren zum Untersuchungszeitpunkt nicht gegeben).
- Für die Begleitpersonen, die wegen „ausreichender Vorkenntnisse“ den Schulungen fernbleiben, könnte ein zusätzliches Angebot in Form eines offenen Erfahrungsaustausches oder das Bereitstellen von weiterführender Fachliteratur eine Alternative darstellen.
- Die Referenten könnten Teilnahmelisten führen und bei Abwesenheit von Begleitpersonen nachfragen, ob organisatorische Gründe hierfür vorliegen.

Bei den Gründen für unregelmäßige oder Nicht-Teilnahme des Kindes an den Patientenschulungen (Asthma- und Neurodermitisschulung für Kinder) rangiert an erster Stelle die vorgegebene Kategorie „Mein Kind ist noch zu klein“. In der Tat wurden in der Fachklinik Satteldüne die Patientenschulungen erst ab einem Alter von vier Jahren angeboten. Organisatorische Probleme, ausreichende Vorkenntnisse des Kindes oder mangelndes Interesse des Kindes konnten als Begründung für mangelnde Teilnahme mithilfe dieser Befragung weitestgehend ausgeschlossen werden, da sie nur von etwa 1 % der Befragten genannt wurden.

Etwa 10 % der Befragten kreuzten als Kategorie: „Sonstige Gründe“ an. Von acht Begleitpersonen liegen freie Angaben hierzu vor. Im Ergebnis zählte zu den sonstigen Gründen für fehlende Teilnahme z.B. eine akute Erkrankung des Kindes. Weiterhin wurde genannt, dass keine Schulung für das Krankheitsbild des Kindes vorhanden war. In einem Fall wurde die Schulung von Elternseite und in zwei Fällen von Seiten des Pflegepersonals vergessen, weshalb die betroffenen Kinder nicht teilnahmen. In einem Fall wurde von der Begleitperson entschieden, dass ein Aufenthalt an der Wasserkante bei gutem Wetter wichtiger für die Bronchien sei als die Teilnahme an der Patientenschulung. Aus den freien Angaben kann abgeleitet werden, dass eine verbesserte Organisation auf den Stationen die Teilnahmezahlen der Kinder an den Patientenschulungen noch verbessern könnten (z.B. Einhalten der Schulungstermine durch das Pflegepersonal, Einrichten von zusätzlichen Schulungen für Krankheitsbilder wie Cystische Fibrose).

5.3.7. Einschätzung des Reha-Erfolgs der Kinder durch die Begleitpersonen, die Stationsärzte und das Pflegepersonal

Im Rahmen der Begleitpersonenstudie wurde als outcome-Variable der Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson, sowie aus der Sicht des Stationsarztes und des Pflegepersonals erhoben. Die Begleitpersonen und das Pflegepersonal schätzten den allgemeinen Reha-Erfolg des Kindes ein, die Ärzte den medizinischen Reha-Erfolg. Bei der deskriptiven Betrachtung der Mittelwerte wurde festgestellt, dass bei den Stationsärzten ein Trend zur positiven Einschätzung des (medizinischen) Reha-Erfolgs vorliegt ($m=0,84$), gefolgt von den Begleitpersonen ($m=0,68$) und dem Pflegepersonal ($m=0,58$), wobei der Wert „0“ für einen mittleren Reha-Erfolg und der Wert „1“ für einen hohen Reha-Erfolg steht.⁴⁵ Ein statistisch signifikanter Mittelwertsunterschied liegt hier nur zwischen Stationsärzten und Pflegepersonal, nicht jedoch zwischen Stationsärzten und Begleitpersonen vor. Es liegt die Vermutung nahe, dass das Pflegepersonal bei der Beurteilung des Reha-Erfolgs nicht nur objektive medizinische Parameter, sondern auch subjektive Faktoren wie z.B. die im Stationsalltag täglich beobachtete Interaktion zwischen dem Kind und seiner Begleitperson mit einbezieht, weshalb die Einschätzung des Reha-Erfolgs der Kinder geringer ausfällt.

5.4 Diskussion der Ergebnisse zu den Hypothesen der Begleitpersonenstudie

Im Rahmen der Begleitpersonenstudie wurden diverse Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen geprüft. Die Ergebnisse hierzu werden im Folgenden zusammenfassend diskutiert und Implikationen für die Praxis abgeleitet.

⁴⁵ Grasteit (2003) fand in ihrer Studie ebenfalls eine starke Tendenz der Stationsärzte zu einer positiven Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes, die sie auf eine „Testverfälschung“ im Sinne einer positiven Selbstdarstellung zurückführt.

5.4.1. Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem Reha-Angebot und ihrer Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes (Hypothesen 4 a+4b)

Es wurde angenommen, dass ein linearer positiver Zusammenhang zwischen den Variablen „Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem eigenen Reha-Angebot“ sowie ihrer „Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und ihrer „Einschätzung des Rehabilitationserfolgs des Kindes“ besteht. Diese Annahmen konnten bestätigt werden. Zwischen der Zufriedenheit der Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot und ihrer Einschätzung des Rehabilitationserfolgs des Kindes besteht eine signifikante Korrelation ($r = 0,696$). Je zufriedener die Begleitperson mit dem eigenen Reha-Angebot ist, desto höher schätzt sie den Rehabilitationserfolg ihres Kindes ein. Ebenso liegt eine signifikante Korrelation zwischen der Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes und ihrer Einschätzung des Rehabilitationserfolgs des Kindes vor ($r = 0,843$). Je zufriedener die Begleitperson mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes ist, desto höher schätzt sie dessen Rehabilitationserfolg ein.

5.4.2. Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha und deren Zufriedenheit mit der Reha (Hypothesen 5a-d)

Bislang wurde noch nicht untersucht, ob die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme mit deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme zusammenhängen. In vielen Studien zur Patientenzufriedenheit wurde festgestellt, dass das Ausmaß der Zufriedenheit mit der anfänglichen Erwartungshaltung der Patienten korreliert (vgl. Lochmann, 1983; Like und Zysanski, 1987). Im Unterschied zu diesen Untersuchungen stehen hier anstelle der Patienten (die noch zu jung waren, um sich zu diesen Themen selbst zu äußern) deren Begleitpersonen im Mittelpunkt. Die Variablen wurden in mehrere Bereiche aufgeteilt: „Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme des Kindes“ und „Erwartungen der Begleitpersonen an die sie selbst betreffenden Angebote und Möglichkeiten der Fachklinik“ sowie „Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und „Zufriedenheit der Begleitperson mit den sie selbst betreffenden Angeboten und Möglichkeiten der Fachklinik“. Das Ergebnis zeigte hypothesenkonform folgende signifikante positive Korrelationen:

1. Je stärker sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für ihr Kind erfüllt haben, desto zufriedener sind sie a) mit der Reha-Maßnahme des Kindes ($r = 0,886$) und b) mit den Angeboten und Möglichkeiten, die es in der Fachklinik für Begleitpersonen gibt ($r = 0,480$).
2. Je stärker sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die Angebote für Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme erfüllt haben, desto zufriedener sind sie a) mit der Reha-Maßnahme des Kindes ($r = 0,713$) und b) mit den Angeboten für Begleitpersonen ($r = 0,607$).

Aus dem Untersuchungsergebnis kann geschlossen werden, dass ein höheres Ausmaß an Erfüllung der Erwartungen der Begleitperson an die Reha-Maßnahme mit einer größeren Zufriedenheit der Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme einhergeht. Dies ist vor allem unter dem Aspekt interessant, dass die Zufriedenheit der Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme des Kindes um so geringer ausfällt, je weniger sich die Erwartungen der Begleitpersonen an die sie selbst betreffenden Angebote und Möglichkeiten erfüllen. Für Reha-Einrichtungen könnte es daher im Sinne der zukünftigen Verbesserung der Ergebnisqualität hilfreich sein, die Erwartungen der Begleitpersonen bei der Planung des Reha-Angebotes stärker als bisher – soweit möglich und finanziell machbar – zu berücksichtigen.

5.4.3. Auswirkungen des Ausgangslevels der psychischen Belastung der Begleitpersonen sowie von Veränderungen der psychischen Belastung während der Reha auf die Zufriedenheit mit dem Reha-Angebot (Hypothesen 6a-d)

In der vorliegenden Untersuchung stellte sich die Frage, welche Rolle der **Ausgangslevel der psychischen Belastung** der Begleitperson bei deren abschließender Bewertung der verschiedenen Bereiche der Fachklinik spielt. Es wurde angenommen, dass Begleitpersonen, die zu t1 eine hohe psychische Belastung aufweisen, zum Ende der Reha-Maßnahme mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik – sowohl für Begleitpersonen als auch für Kinder – vergleichsweise weniger zufrieden sein würden als Begleitpersonen, die zu t1 eine geringe psychische Belastung aufweisen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen konnte jedoch nicht festgestellt werden. Entgegen der Annahme spielt der Ausgangslevel der psychischen Belastung von Begleitpersonen bei deren abschließender Bewertung der verschiedenen Bereiche der Fachklinik keine Rolle.

Zudem wurde untersucht, ob eine **Veränderung im Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme** ausschlaggebend für deren Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik zum Ende der Reha-Maßnahme ist. Es wurde angenommen, dass Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, insgesamt zufriedener mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik sind als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme erhöht oder gleich bleibt (Hypothesen 6c+6d). Diese Annahmen konnten bestätigt werden, die Mittelwertsunterschiede sind statistisch signifikant.

Aus dem Untersuchungsergebnis lässt sich schließen, dass der Ausgangswert der psychischen Belastung der Begleitpersonen nicht ausschlaggebend für deren Zufriedenheit mit den Bereichen der Reha-Fachklinik ist. Aus diesem Grund ist die Idee, die potentiell unzufriedenen Begleitpersonen über eine Ausgangsmessung der psychischen Belastung herauszufiltern, nicht tragend. Das Augenmerk muss auf negative Veränderungen der psychischen Verfassung der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme gerichtet werden, da eine Zunahme der psychischen Belastung zu einer geringeren Zufriedenheit mit der Reha führen

kann. Hierfür ist ein interdisziplinäres Vorgehen aller Berufsgruppen während der Reha-Maßnahme nötig, um eine Verschlechterung der Stimmung der Begleitpersonen frühzeitig zu bemerken. Falls dies der Fall ist, könnte gezielt darauf eingegangen und mit entsprechenden Interventionen Abhilfe geschaffen werden. Psychologische Interventionen wie Entspannungstraining und Erziehungsberatung, ein abwechslungsreiches Sport- und Freizeitprogramm, Möglichkeiten zum „Abschalten“ durch Kinderbetreuungsangebote etc. – können erfolgsversprechend im Sinne einer möglichen Verbesserung der Ergebnisqualität sein.

5.4.4. Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Begleitperson und deren Interesse an den Schulungsmaßnahmen (Hypothese 7a)

Es wurde angenommen, dass das Interesse an den Schulungsmaßnahmen der Reha-Einrichtung (Asthma- und Neurodermitisschulung) bei denjenigen Begleitpersonen geringer ausfällt, die eine hohe psychische Belastung aufweisen. Diese Vermutung lässt sich darauf zurückführen, dass bei manchen psychischen Erkrankungen (z.B. Depression) als Symptom eine mehr oder weniger ausgeprägte Antriebslosigkeit bzw. Desinteresse vorkommen kann, die sich – so die Vermutung im Vorfeld dieser Studie – in einem mangelnden Interesse an den Schulungsmaßnahmen niederschlagen könnte. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden, ein signifikanter Zusammenhang liegt nicht vor.

5.4.5. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an den Schulungsmaßnahmen in Bezug auf das Ausmaß von deren psychischer Belastung (Hypothese 7b)

Es wurde angenommen, dass diejenigen Begleitpersonen, die während der Reha-Maßnahme regelmäßig an den sie selbst betreffenden Schulungsmaßnahmen teilgenommen haben, zu t1 im Mittel ein geringeres Ausmaß an psychischer Belastung aufweisen als diejenigen Begleitpersonen, die unregelmäßig oder gar nicht teilgenommen haben. Die Annahme konnte nicht bestätigt werden. Die Fortbildungsangebote für Begleitpersonen wie z.B. die Asthma- oder Neurodermitisschulung erreichen alle Begleitpersonen - unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Belastung. Hierdurch bietet sich den in den Fachkliniken angestellten Psychologen die Chance, im Rahmen ihrer regelmäßigen Teilnahme an solchen Schulungsmaßnahmen alle Begleitpersonen persönlich kennen zu lernen und während des von psychologischer Seite moderierten Erfahrungsaustausches den Begleitpersonen den Besuch der psychologischen Hilfsangebote der Fachklinik nahe zu legen. Erfahrungsgemäß ist die Hemmschwelle für die Teilnahme an solchen psychologischen Interventionen deutlich geringer, wenn die Begleitpersonen auf diese Weise schon einmal Kontakt zu den in der Klinik tätigen Psychologen aufgenommen haben und somit wissen, an wen sie sich ggf. wenden können.

5.4.6. Zusammenhang zwischen der psychischen (Ausgangs)-Belastung der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 8a)

Es wurde untersucht, ob zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson zu t1 und dem Reha-Erfolg des Kindes zu t2 – in der Einschätzung durch die Begleitpersonen, die Stationsärzte und das Pflegepersonal – ein signifikanter Zusammenhang besteht. Diese Annahme konnte teilweise bestätigt werden:

Je höher die psychische Belastung der Begleitperson ist,

- desto niedriger schätzt sie den Reha-Erfolg ihres Kindes ein ($r = -0,170$, auf dem Niveau von 0,05 einseitig signifikant) und
- desto niedriger wird von den Stationsärzten der medizinische Reha-Erfolg des Kindes eingeschätzt ($r = -0,253$, auf dem Niveau von 0,01 einseitig signifikant).

Mit der Einschätzung durch das Pflegepersonal ließ sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang feststellen.

Wenn das vorgefundene Ergebnis nur für die Begleitpersonen Gültigkeit gehabt hätte, läge die Vermutung nahe, dass die Begleitperson den Reha-Erfolg ihres Kindes lediglich aus dem Grund als geringer einstuft, weil sie selbst sich als psychisch stark belastet erlebt und aus diesem Grund eher pessimistisch in die Zukunft schaut. Das Untersuchungsergebnis erfährt aber durch die Einschätzung der Stationsärzte eine Objektivierung. Anscheinend gibt es – vermittelt durch die Interaktion zwischen Begleitperson und Kind während der Reha-Maßnahme – tatsächlich einen negativen Effekt auf den Reha-Erfolg des Kindes, wenn die Begleitperson die Reha-Maßnahme ihres Kindes mit einem hohen Level psychischer Belastung antritt. Psychologische Interventionen für Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme, die auf eine Verringerung von deren psychischer Belastung abzielen, könnten daher indirekt über eine verbesserte Eltern-Kind-Interaktion auch dem begleiteten Kind zugute kommen und dessen Reha-Erfolg erhöhen.

5.4.7. Veränderungen im Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitperson während der Reha-Maßnahme und Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 8b)

Es wurde angenommen, dass bei Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme ihres Kindes verringert, der Reha-Erfolg des Kindes signifikant höher eingeschätzt wird als bei Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich erhöht. Die Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes erfolgte durch die Begleitpersonen selbst sowie durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal. Insgesamt ist als Trend zu erkennen, dass sich bei einem Großteil der befragten Begleitpersonen (84,9 %) während der Reha-Maßnahme der Gesamtwert der psychischen Belastung verringerte. Bei 2,8 % gab es keine Veränderung. Bei 12,3 % der Befragten kam es zu einer Erhöhung der psychischen Belastung während der Reha-Maßnahme.

Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ließen sich nur für die Einschätzung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitpersonen selbst finden (Ergebnis Varianzanalyse: Signifikanz = 0,008 ** = auf dem Niveau von 0,01). Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich während der Reha-Maßnahme verringert, schätzen den Reha-Erfolg ihres Kindes höher ein als Begleitpersonen, deren psychische Belastung sich erhöht bzw. gleich bleibt. Diese subjektive Sichtweise der Begleitpersonen erfährt durch die Einschätzung von Pflegepersonal und Stationsärzten keine Objektivierung: Hier ließen sich die auf der deskriptiven Ebene vorgefundenen Mittelwertsunterschiede auf der statistischen Ebene nicht von zufälligen Schwankungen abgrenzen.

Bei der Betrachtung dieses Untersuchungsergebnisses stellt sich die Frage, aus welchen Gründen sich bei einigen Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme die psychische Belastung verschlechtert hat. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollte mit Hilfe des täglich auszufüllenden standardisierten Stimmungsfragebogens *BF-S* herausgefunden werden, wie sich die Stimmung der Begleitpersonen über den Verlauf einer vierwöchigen Reha-Maßnahme verändert. Leider wurde dieser Fragebogen nur von einem Bruchteil der Befragten regelmäßig ausgefüllt, weshalb auf eine weitere Auswertung verzichtet wurde. Aus diesem Grund war es nicht möglich nachzuvollziehen, zu welchem Zeitpunkt während der Reha-Maßnahme die Stimmung der Begleitpersonen sich zum Positiven oder zum Negativen verändert hat.

5.4.8. Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern mit psychisch hoch oder gering belasteten Begleitpersonen (Hypothesen 9a + 9b)

Es wurde untersucht, ob sich Kinder von psychisch hoch bzw. psychisch gering belasteten Begleitpersonen im Ausmaß ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheiden. Es wurde angenommen, dass Kinder von psychisch gering belasteten Begleitpersonen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität höher einschätzen als Kinder von psychisch hoch belasteten Begleitpersonen.

Insgesamt betrachtet erhöht sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder im Mittel während der Reha-Maßnahme signifikant. Zu t1 wurde in diesem Verfahren für 91 Kinder ein Mittelwert von 2,46 und eine Standardabweichung von 0,25 ermittelt. Zu t2 betrug der Mittelwert 2,58 (Standardabweichung 0,27) für 81 Kinder.

Für den Messzeitpunkt t1 liegt auf der deskriptiven Ebene ein hypothesenkonformer Unterschied der Mittelwerte vor. Kinder von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t1 niedrig ist ($GSI < 36$) schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität geringfügig höher ein als Kinder von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t1 hoch ist ($GSI > 36$). Dieser Unterschied wurde jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .590$). Zu t2 ergab sich ein der Hypothese widersprechendes deskriptives Ergebnis: Der Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern von Begleitpersonen, deren psychische Belastung zu t2 hoch ist, fällt höher aus als bei denjenigen Kindern, deren Begleitpersonen zum Ende der

Reha-Maßnahme eine niedrige psychische Belastung aufweisen. Dieser Mittelwertsunterschied wurde jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .448$).

Eine Überlegung für den auf der deskriptiven Ebene beobachteten Trend wäre, dass das Umfeld während der Reha-Maßnahme stabilisierend und ausgleichend auf mögliche Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Begleitperson und Kind wirkt und deshalb gerade den Kindern mit psychisch hoch belasteten Begleitpersonen zu einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität verhilft. Als stabilisierende und die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes positiv beeinflussende Faktoren könnten hier z.B. die tägliche Betreuung durch das Pflegepersonal, die Routine im Tagesablauf und die konsequent unter Anleitung des Pflegepersonals durchgeführten therapeutischen Maßnahmen aufgezählt werden.

5.4.9. Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes (Hypothese 10)

Es wurde untersucht, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Aspekten des positiven und negativen Erziehungsverhaltens der Begleitperson zu Beginn der Reha-Maßnahme und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes zum Ende der Reha-Maßnahme (in der Einschätzung durch die Begleitpersonen, die Stationsärzte und das Pflegepersonal) besteht. Diese Annahme konnte in Teilbereichen bestätigt werden.

Zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitpersonen zu t1 und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes zu t2 aus der Sicht der Begleitpersonen ließ sich weder für das positive noch für das negative Erziehungsverhalten ein statistisch signifikanter Zusammenhang finden. Der von den Ärzten eingeschätzte medizinische Reha-Erfolg korreliert ebenfalls nicht signifikant mit dem Erziehungsverhalten der Begleitperson.

Für die Beurteilung des Erfolgs der Reha-Maßnahme des Kindes durch das Pflegepersonal ließ sich jedoch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der von der Begleitperson zu t1 gezeigten negativen Erziehungsverhaltensweise „Nachsichtigkeit“ (gemessen mit dem *EFB-K*) und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes zu t2 erkennen ($r = -0,197$), auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant). Je „nachsichtiger“ die Begleitperson zu t1 mit ihrem Kind umgeht, desto geringer schätzte das Pflegepersonal den Erfolg der Reha-Maßnahme des Kindes zu t2 ein. Für diesen vorgefundenen Zusammenhang bietet sich folgende Erklärung an: Auf den Kind-Mutter-Stationen fällt es zuallererst auf, wenn die Begleitperson gegenüber ihrem Kind ein zu nachsichtiges Verhalten zeigt. Regelmäßig wiederkehrende therapeutische Abläufe werden bei einem zu nachsichtigen Verhalten der Begleitperson häufig nicht mit der nötigen Konsequenz durchgeführt, auf Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wird nicht oder nur ungenügend reagiert, die Begleitperson lässt dem Kind zu viel „durchgehen“. Dies wird vom Pflegepersonal langfristig als ungünstig für den Reha-Erfolg des Kindes erachtet, weshalb es den Reha-Erfolg des Kindes möglicherweise als gering betrachtet, wenn die Begleitperson ein dysfunktionales Erziehungsverhalten zeigt.

5.5 Diskussion der Ergebnisse der experimentellen Therapiestudie

Bei Triple-P handelt es sich um ein evidenzbasiertes Erziehungstraining für Eltern, dessen positive Effekte z.B. auf das Erziehungsverhalten der Eltern und das Verhalten von deren Kindern vielfach belegt wurden (vgl. Sanders, 1999; Prinz, 2009). In der vorliegenden Untersuchung wurde das Erziehungstraining erstmalig für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation im Rahmen einer kontrollierten Studie zur freiwilligen Teilnahme angeboten und evaluiert. Im folgenden werden die kurz- und langfristigen Effekte des Erziehungstrainings Triple-P auf das Ausmaß der psychischen Belastung und das Erziehungsverhalten der Teilnehmer sowie auf das Verhalten ihrer Kinder zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

5.5.1. Kurz- und langfristige Effekte der Reha mit oder ohne Erziehungstraining „Triple-P“ auf die psychischen Belastung und das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen

Entgegen der Annahme profitierte die Experimentalgruppe in Bezug auf eine Verringerung der **psychischen Belastung** über den gesamten Untersuchungszeitraum nicht signifikant stärker von der Reha-Maßnahme als die Kontrollgruppe. Vielmehr betreffen die kurz- und langfristigen Effekte der Reha-Maßnahme auf die psychische Belastung beide Gruppen in etwa gleichem Ausmaß: zu t2 ist das Ausmaß der psychischen Belastung signifikant geringer als zu t1, steigt dann aber im Anschluss an die Reha-Maßnahme wieder an und erreicht zu t3 etwa das Niveau der Ausgangsmessung.

In Bezug auf das **positive Erziehungsverhalten** ist im Ergebnis dieser Studie über den gesamten Untersuchungszeitraum keine signifikante Veränderung bei der Gesamtstichprobe der Begleitpersonen (EG + KG) zu erkennen⁴⁶, folglich gibt es auch keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen. Somit konnte die Annahme, dass die Experimentalgruppe in Bezug auf ihr positives Erziehungsverhalten kurz- und langfristig stärker von der Reha-Maßnahme profitiert als die Kontrollgruppe, nicht bestätigt werden. Die Reha-Maßnahme hat auf das Ausmaß des positiven Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen keinen Einfluss. Dies Untersuchungsergebnis ist als erstaunlich zu bezeichnen, da die psychologischen Interventionen während der hier evaluierten Reha-Maßnahme – insbesondere das positive Erziehungstraining Triple-P – den Eltern das Thema „positive Verstärkung erwünschten Verhaltens“ nahe brachten (z.B. mithilfe von Loben, Aufmerksamkeit schenken oder Einsatz von Punktekarten). Darüber hinaus erhielten die Teilnehmer videogestützte Informationen zum Thema positive Erziehung und führten praktische Übungen und Rollen-

⁴⁶ Auf der deskriptiven Ebene ist der Trend erkennbar, dass sich das positive Erziehungsverhalten während der Reha-Maßnahme in beiden Gruppen leicht erhöht und im Zeitraum nach der Reha-Maßnahme wieder leicht verringert. Diese Mittelwertsunterschiede ließen sich auf statistischer Ebene nicht von zufälligen Schwankungen abgrenzen.

spiele hierzu durch. Aus diesem Grund wurde angenommen, dass die Experimentalgruppe im Bereich des positiven Erziehungsverhaltens stärker von der Reha-Maßnahme profitieren würden.

Die Effekte der Reha-Maßnahme auf das **negative Erziehungsverhalten** der Gesamtstichprobe der Begleitpersonen (EG + KG, n=64) lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Zu t2 hat sich das Ausmaß des negativen Erziehungsverhaltens der Gesamtstichprobe signifikant verringert. Diese Verringerung ist vor allem auf die Subskalen „Überreagieren“ und „Weitschweifigkeit“ des *EFB* zurückzuführen, während die Subskala „Nachsichtigkeit“ nahezu unverändert bleibt. Der prozentuale Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten hat sich zu t2 im Vergleich zum Ausgangswert halbiert. Somit entspricht das Erziehungsverhalten der Begleitpersonen zu t2 dem einer nichtklinischen Normstichprobe.

Für die Subskala „Weitschweifigkeit“ liegt ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ vor. Über die Zeit von vier Wochen Reha verringert sich demgemäß das negative Erziehungsverhalten „Weitschweifigkeit“ bei der Triple-P-Experimentalgruppe signifikant stärker als bei der Kontrollgruppe. Dies bedeutet, dass die Experimentalgruppe in Bezug auf einen Abbau des negativen Erziehungsverhaltens **kurzfristig** (über einen Zeitraum von vier Wochen) stärker von der Reha-Maßnahme profitierte als die Kontrollgruppe.

Langfristige Effekte der Reha-Maßnahme auf das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen wurden mit einer Kurzform des *EFB* – dem *EFB-K* – ermittelt. Dieser enthält neben dem Gesamtwert nur zwei Subskalen: „Nachsichtigkeit“ und „Überreagieren“. Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe konnten mit dem *EFB-K* zum Messzeitpunkt t3 nicht festgestellt werden; es liegt auch kein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Gruppe“ und „Zeit“ vor. Vielmehr betreffen die langfristigen Veränderungen des negativen Erziehungsverhaltens im Zeitraum nach der Reha-Maßnahme beide Gruppen in etwa gleichem Ausmaß: das negative Erziehungsverhalten „Überreagieren“ bleibt auf dem niedrigeren Niveau des Posttests zu t2, wohingegen sich das negative Erziehungsverhalten „Nachsichtigkeit“ verstärkt.

5.5.2. Effekte der Reha mit oder ohne Erziehungstraining „Triple-P“ auf das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder

Entgegen der Annahme profitierten die Kinder der Experimentalgruppe in Bezug auf das Ausmaß ihrer Verhaltensauffälligkeiten nicht stärker von der Reha-Maßnahme als die Kinder der Kontrollgruppe. Die kurz- und langfristigen positiven Veränderungen des Verhaltens betreffen die Kinder beider Gruppen in etwa gleichem Ausmaß: Das Untersuchungsergebnis zeigt, dass sich der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten der Gesamtstichprobe der begleiteten Kinder (EG + KG, n=64) aus der Sicht ihrer Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme signifikant verringert und dieser positive Effekt auf das Verhalten der Kinder auch langfristig (t3) messbar ist.

5.5.3. Teilnahmequote am Erziehungstraining „Triple-P“ und dessen subjektive Bewertung durch die teilnehmenden Begleitpersonen

Die Teilnahmequote der regelmäßigen Teilnehmer am Triple-P-Erziehungstraining im Rahmen der Therapiestudie betrug im Untersuchungszeitraum 64 %. Zum Vergleich nahmen bei der Kontrollgruppe nur 22,7 % an der Erziehungsberatung des Psychologischen Standardprogramms teil. Somit konnte mit Triple-P das Ziel der Implementierung einer „niedrigschwelligen“ psychologischen Intervention erreicht werden.

Mit einem Rückmeldebogen wurde zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Erziehungstraining Triple P gemessen. Hierbei zeigte sich folgender Trend:

- Die Qualität des Triple-P-Angebotes wurde von etwa zwei Dritteln der Befragten als „gut“ und von einem weiteren Fünftel der Befragten mit „sehr gut“ bis „hervorragend“ bewertet.
- Mit der fachlichen Kompetenz der Kursleitung waren mehr als ein Drittel der Befragten zufrieden. Zudem gab die Mehrheit der Teilnehmer an, dass sie sich von der Kursleitung ernst genommen und unterstützt fühlten und die Atmosphäre im Kurs angenehm fanden.
- Etwa zwei Drittel der Begleitpersonen gaben an, sie hätten die Hilfe bekommen, die sie erwartet haben und waren mit der im Kurs erhaltenen Menge an Hilfe zum Umgang mit dem Kind zufrieden bis sehr zufrieden.
- Etwa die Hälfte der Befragten gab an, dass das Programm den meisten ihrer eigenen Bedürfnisse sowie der Bedürfnisse ihres Kindes entsprochen hat, für etwa ein Fünftel entsprach es sogar fast allen bzw. allen Bedürfnissen.
- Auf die Frage, wie zufrieden sie insgesamt mit dem Programm waren, antwortete etwa die Hälfte der Befragten mit „zufrieden“ und ein weiteres Drittel mit „eher sehr zufrieden/sehr zufrieden“.
- Knapp die Hälfte der Befragten antwortete auf die Frage, ob das Programm ihnen geholfen habe, besser mit dem Verhalten ihres Kindes umzugehen, mit „ja, ein wenig“ und mehr als ein Drittel antwortete mit „ja“.
- Ein Drittel der Befragten glaubt, dass ihre Partnerschaft von dem Programm profitieren wird und mehr als zwei Drittel bejaht die Frage, ob das Programm ihnen dabei helfen wird, besser mit Problemen in der Familie generell umzugehen.
- Bei erneut auftretenden Problemen würde etwa die Hälfte der Befragten „eventuell“ auf Triple-P zurückkommen; ein weiteres Drittel wählte die Antwortkategorie „ja“.
- Zum Untersuchungszeitpunkt (t2) gab ein Drittel der Befragten an, das Verhalten ihres Kindes habe sich im Vergleich zu vorher nicht verändert. Zwei Drittel der Befragten schätzten das Verhalten ihres Kindes zu diesem Zeitpunkt als „etwas besser“ bzw. „besser“ ein. Zudem gab die Hälfte der Befragten an, mit den Fortschritten des Kindes „eher zufrieden/ zufrieden“ zu sein.

Bei der Katamnese (t3) wurden die Effekte des Erziehungstrainings mit einer Kurzform des Fragebogens *Triple P - Kursbeurteilung* bewertet. Für die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurde die Fragen so umformuliert, dass sie sich auf das absolvierte Programm in der Fachklinik Satteldüne bezogen. Im Ergebnis zeigte sich:

- Das Item 2: „Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen?“ wurde von 62,9 % der Teilnehmer der Experimentalgruppe und nur von 9,1 % der Teilnehmer der Kontrollgruppe bejaht.
- Das Item 3: „Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit Problemen in der Familie generell umzugehen?“ wurde von 33,3 % der Teilnehmer der Experimentalgruppe bejaht, bei der Kontrollgruppe antwortete niemand mit „ja“ (hier wurde von der Hälfte der Befragten die Kategorie „teils/teils“ ausgewählt).
- Das Item 4: „Glauben Sie, dass Ihre Partnerschaft von dem Programm profitiert hat?“ beantworteten 25,9 % der Teilnehmer der Experimentalgruppe mit „eher ja/ja“, bei der Kontrollgruppe waren es 9,5 %.
- Das Item 5: „Glauben Sie, dass sich die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind während der Reha-Maßnahme verbessert hat?“ beantworteten 44,4 % der Teilnehmer der Experimentalgruppe mit „ja“, bei der Kontrollgruppe bejahten diese Frage nur 4,5 %.

Die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen sind bezüglich der Items 2, 3 und 5 statistisch signifikant. Somit sind die Teilnehmer der Experimentalgruppe häufiger der Meinung, dass das Programm ihnen geholfen hat, besser mit dem Verhalten ihres Kindes sowie mit Problemen in der Familie generell umzugehen als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Ebenso geben die Triple-P-Teilnehmer häufiger an, dass sich die Beziehung zwischen ihnen und ihrem Kind während der stationären Reha-Maßnahme verbessert hat.

Sechs Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) wurden der Experimentalgruppe noch einige zusätzliche Fragen zum Triple-P- Programm gestellt

- von 27 Befragten gaben 26 an, dass sie das Erziehungstraining „Triple-P“ weiterempfehlen würden.
- Die Frage: „Würden Sie empfehlen, Triple-P als festen Bestandteil in das Klinikangebot für Begleitpersonen aufzunehmen?“ wurde von 100 % der Befragten bejaht.
- Die Frage: „Kämen Sie auf Triple-P zurück, wenn Sie erneut Hilfe bräuchten?“ wurde sechs Monate nach der Reha-Maßnahme erneut gestellt. Es stellte sich heraus, dass etwa zwei Drittel der Befragten auf Triple-P zurückkommen würden.

Die Kontrollgruppe wurde zu t3 gefragt: „Würden Sie die Fachklinik Satteldüne weiterempfehlen?“ Diese Frage bejahten 20 von 22 Befragten.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer der Experimentalgruppe mit dem absolvierten Programm signifikant höher ausfiel als die der Teilnehmer der Kontrollgruppe, wohingegen sich in den objektiven Messdaten (Ergebnisse

standardisierte Fragebögen) nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten. Möglicherweise spielt hier auch der Faktor eine Rolle, dass der Experimentalgruppe bewusst war, dass sie im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie an einer neu in das Programm aufgenommenen psychologischen Intervention Triple-P teilnehmen durfte, was in Folge dessen zu den hohen Zufriedenheitswerten beigetragen haben könnte.

5.5.4. Unterschiede im Reha-Erfolg der begleiteten Kinder bei Experimental- und Kontrollgruppe

Bezüglich des Reha-Erfolgs der Kinder in der Einschätzung durch ihre Begleitpersonen ließen sich sowohl kurz- als auch langfristig keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe feststellen.

5.6 Implikationen für die Forschung

Für alle untersuchten Bereiche der **Begleitpersonenstudie** wäre es aus methodischen Gründen am sinnvollsten gewesen, wenn zum Vergleich eine **Kontrollgruppe** hätte herangezogen werden können; z.B. eine Wartelisten-Kontrollgruppe von Begleitpersonen mit ihren Kindern, die die Reha-Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt antritt. Hierdurch hätte besser getrennt werden können, welche Effekte allein auf die Teilnahme an der stationären Reha-Maßnahme zurückzuführen sind bzw. welche Veränderungen sich ohnehin über die Zeit ergeben hätten (z.B. Entwicklungsschritte beim Kind, die zu einer Verbesserung des Verhaltens führen).

Es wäre darüber hinaus interessant der Frage nachzugehen, inwieweit sich Kinder, die die Reha-Maßnahme mit Begleitperson absolvieren, zum Ende der Reha-Maßnahme in Bezug auf ihr Verhalten und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität von einer **Vergleichsgruppe von Kindern ohne Begleitperson** unterscheiden. Da bei Kindern im Vorschulalter die Möglichkeit der Mitaufnahme einer Bezugsperson gesetzlich festgeschrieben ist, konnte im Untersuchungszeitraum dieser Studie der Plan, die unbegleiteten Kinder als Vergleichsgruppe zu befragen, aus Mangel an Teilnehmern bedauerlicherweise nicht umgesetzt werden. Um eine ausreichend große Stichprobe von Kindern ohne Begleitperson im Vorschulalter zu rekrutieren, müsste eine Untersuchung über einen längeren Zeitraum angelegt sein und als Untersuchungsgegenstand eventuell mehrere stationäre Reha-Einrichtungen gleichzeitig mit einbezogen werden.

Die hier vorgelegten standardisierten Fragebögen sollten einen ersten Überblick über **psychosoziale Merkmale von Begleitpersonen** verschaffen.. Die Fragebogeninventare konnten jedoch nur Teilbereiche von komplexen Merkmalen wie „Psychischer Belastung“, „Erziehungsverhalten“ oder „Verhaltensauffälligkeiten“ abbilden, weshalb es sich in zukünftigen Untersuchungen anbieten würde, die psychosozialen Merkmale, die Begleitpersonen und die von ihnen begleiteten chronisch erkrankten Kinder aufweisen, von verschiedenen Seiten und mit unterschiedlichen Methoden – wie z.B. Verhaltensbeobachtung, Interviews oder anderen Fragebogeninventaren – weiterführend zu untersuchen.

Um den Bereich der Spekulation nach den Gründen für die überdurchschnittlich hohe **psychische Belastung der Begleitpersonen** zu verlassen, sind weitere Studien nötig, die nach einzelnen Stressfaktoren der Begleitpersonen fragen und diese in Relation zu dem Untersuchungsergebnis der standardisierten Fragebögen wie dem *Brief Symptom Inventory* setzen. Der vorgefundene Effekt der Reha-Maßnahme auf die psychische Belastung der Begleitpersonen sollte ebenfalls näher untersucht werden, um herauszufinden, welche Faktoren während der Reha-Maßnahme im Einzelnen das Ausmaß der psychischen Belastung beeinflussen und welchen Anteil daran die psychologischen Interventionen haben.

Ebenso wäre es interessant, weiterführende Untersuchungen über das **Erziehungsverhalten** von Begleitpersonen durchzuführen, die auf die offene Frage Antwort geben könnten, auf welche Faktoren während der Reha-Maßnahme die signifikante Verringerung dysfunktionalen Erziehungsverhaltens zurückzuführen ist und welchen Anteil daran die durchgeführten psychologischen Interventionen haben.

Bei der Erfassung des medizinischen Rehabilitationserfolgs der Kinder im Rahmen der Begleitpersonenstudie ergab sich das Problem der Antworttendenz der Ärzte zur möglichen positiven Darstellung ihrer eigenen Fähigkeiten bzw. der Klinik, obwohl die Beurteilung zur Vermeidung von Testverfälschungen bereits anonym erfolgte. Als Implikation für zukünftige Studien wird vorgeschlagen, anstelle des ärztlichen (auf die Klinik angewiesenen) Personals andere nicht involvierte Experten wie z.B. den Kinderarzt am Wohnort der Patienten um eine Einschätzung des Rehabilitationserfolg zu bitten. Indem auf eine innere (oder Selbst-) Evaluation zu Gunsten einer äußeren Evaluation verzichtet wird, könnten Beurteilungsfehler vermieden werden (vgl. Wottawa & Thierau, 1989).

Die im zweiten empirischen Teil der vorliegenden Arbeit durchgeführte **experimentelle Therapiestudie Triple-P** sollte einen Einblick in das Ausmaß der psychischen Belastung sowie in funktionale und dysfunktionale Erziehungsverhaltensweisen von Begleitpersonen chronisch erkrankter Kinder im Vorschulalter geben und aufzeigen, ob in diesem Bereich Handlungsbedarf für psychologische Interventionen für Begleitpersonen besteht. Gleichzeitig sollen weiterführende Studien auf diesem Gebiet angeregt werden, die das breite Spektrum der psychischen Belastung und des Erziehungsverhaltens von Eltern chronisch erkrankter Kinder noch genauer untersuchen.

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Effekte einer Reha-Maßnahme mit oder ohne zusätzliches Erziehungstraining „Triple-P“ zu evaluieren. Hierbei blieb die Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht unbehandelt, sondern hatte – ebenso wie die Experimentalgruppe – die Möglichkeit, dass psychologische Standardprogramm während der Reha-Maßnahme wahrzunehmen. Bei einer Wiederholung der Studie unter ähnlichen Bedingungen wäre es interessant, eine Wartegruppen-Kontrollgruppe mit einzubeziehen. Hiermit gäbe es dann eine Vergleichsgruppe, die keine (stationäre) psychologische Intervention durchlaufen hat, wodurch zusätzliche das Untersuchungsergebnis beeinflussende Faktoren wie

z.B. Reifungs/ Entwicklungsschritte beim Kind, Klimaeffekte) ausgeschlossen werden könnten.

Falls diese Studie unter ähnlichen Bedingungen wiederholt werden sollte, wird bezüglich der in dieser Studie zum Einsatz gekommenen Fragebögen vorgeschlagen:

1. Bei der Katamnese den *BSI* bzw. die *SCL-90-R* anstelle der 9-Item- Kurzform *SCL-K-9* einzusetzen, um eine noch bessere Vergleichsmöglichkeit der verschiedenen Aspekte der psychischen Belastung der Begleitpersonen zu den verschiedenen Messzeitpunkten zu gewährleisten. Die *SCL-K-9* erwies sich in der Praxis als Kurzform des *BSI* für ungeeignet, da die Items nicht im gleichen Wortlaut enthalten sind. Falls die Kurzform aus ökonomischen Gründen dennoch eingesetzt werden muss, sollte sie aus diesem Grund mit der Originalversion *SCL-90-R* kombiniert werden.
2. Bei der Nachbefragung den *EFB* anstelle der Kurzform *EFB-K* anzuwenden, da nur dieser die Subskala „Weitschweifigkeit“ enthält und somit untersucht werden könnte, ob eine Triple-P-Experimentalgruppe in diesem Bereich auch über einen längeren Untersuchungszeitraum signifikant stärker profitiert, als eine Kontrollgruppe.

In zukünftigen Studien wäre es darüber hinaus interessant zu untersuchen, auf welche Einflussfaktoren während der Reha-Maßnahme

1. die signifikante Verringerung der psychischen Belastung der Begleitpersonen zurückzuführen ist?
2. der signifikante Verringerung dysfunktionaler Erziehungsverhaltensweisen der Begleitperson zurückzuführen ist?
3. die signifikante Verbesserung des Verhaltens der Kinder zurückzuführen ist?

Weiterhin sollte näher untersucht werden, welchen Anteil an diesen Veränderungen die psychologischen Interventionen während der Reha-Maßnahme haben.

Um die verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhalten der Kinder stärker herauszuarbeiten, wäre eine Kombination verschiedener Untersuchungsmethoden sinnvoll, die neben der subjektiven Einschätzung des Verhaltens der Kinder durch die Begleitpersonen auch eine Fremdeinschätzung durch z.B. eine objektivierende Verhaltensbeobachtung der Kinder und deren Bezugspersonen beinhaltet. In Forschungsprojekten, die sich mit den Effekten des Erziehungstrainings „Triple-P“ beschäftigen, geschieht dies z.B. durch die Auswertung von „standardisierten Spielsituationen“, die vor und nach dem Training unter gleichen Bedingungen ablaufen und während derer die Interaktion zwischen Begleitperson und Kind näher betrachtet werden kann.

In weiterführenden Triple-P-Studien in der stationären Kinderrehabilitation sollte zur Objektivierung des **Reha-Erfolgs** des Kindes eine Einschätzung der Stationsärzte und des Pflegepersonals der Stationen mit erhoben werden, wie dies im empirischen Teil I dieser Arbeit (Begleitpersonenstudie) erfolgt ist.

5.7 Zusammenfassung

Die in der Fachklinik Satteldüne der DRV Nord durchgeführte quasiexperimentelle Feldstudie über Begleitpersonen von chronisch erkrankten Kindern im Vorschulalter hatte zum Ziel, soziodemografische und psychosoziale Daten über Begleitpersonen und deren Kinder zu erheben, um hieraus den Bedarf für psychologische Interventionen für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation abzuleiten. Im Rahmen der ersten empirischen Untersuchung (Begleitpersonenstudie) wurden $n=134$ Begleitpersonen zu Beginn der Reha-Maßnahme (t1) mit standardisierten Fragebögen befragt.

In Bezug auf die erhobenen soziodemografischen Merkmale wies diese Stichprobe einige Besonderheiten auf, die als typisch und repräsentativ für Familien gelten, die an stationären Behandlungsangeboten teilnehmen. Hierzu zählt ein relativ hoher Bildungsstand, eine tendenziell höhere Erwerbstätigenquote – wobei die Begleitpersonen häufiger in Teilzeit arbeiten –, ein höherer Anteil an Verheirateten und eine geringere Alleinerziehenden-Quote als im bundesdeutschen Durchschnitt.

Im Hinblick auf die erhobenen psychosozialen Merkmale zeigte die Begleitpersonenstichprobe im Vergleich zu einer nichtklinischen Normstichprobe eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung; bei einem Drittel der Befragten lag diese sogar im klinisch relevanten Bereich.

Weiterhin wurden Aspekte des negativen (dysfunktionalen) und positiven (funktionalen) Erziehungsverhaltens von Begleitpersonen untersucht. Obwohl das negative Erziehungsverhalten im Mittel als durchschnittlich bezeichnet werden kann, ergab die Häufigkeitsauszählung: Etwa ein Viertel der Befragten zeigte ein auffällig dysfunktionales Erziehungsverhalten, welches eher dazu beiträgt, Problemverhalten der Kinder zu verstärken. In Bezug auf das positive bzw. funktionale Erziehungsverhalten ließen sich bei den Begleitpersonen im Vergleich zu Eltern aus einer nichtklinischen Normstichprobe keine Besonderheiten feststellen.

Verhaltensauffälligkeiten der chronisch erkrankten Kinder wurden zu Beginn der Reha-Maßnahme von deren Begleitpersonen eingeschätzt. Entgegen der Annahme zeigten Kleinkinder im Alter von 1½ bis drei Jahren im Vergleich zur nichtklinischen Normstichprobe ein durchschnittliches Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten, während Vorschulkinder im Alter von vier bis sieben Jahren ein signifikant höheres Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen.

Diese Untersuchungsergebnisse rechtfertigen den Einsatz von psychologischen Interventionen für Begleitpersonen und deren Kinder in der stationären Kinderrehabilitation. Sie sollten auf einen Abbau der psychischen Belastung und des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen sowie auf eine Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten der chronisch erkrankten Kinder im Vorschulalter abzielen.

Im Rahmen der Begleitpersonenstudie erfolgte zudem eine Evaluation der Reha-Maßnahme, um langfristig die Ergebnisqualität des Psychologischen Bereichs der Fachklinik verbessern

zu können. Hierfür wurden die 134 Begleitpersonen und deren Kinder im Rahmen einer prospektiven Studie zu Beginn (t1) und zum Ende der stationären Reha-Maßnahme (t2) befragt. Es wurden folgende Konstrukte mit standardisierten und teilstandardisierten Fragebögen untersucht: Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme und Ausmaß der Erfüllung von deren Erwartungen an den Reha-Aufenthalt, Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den Angeboten des Psychologischen Bereichs sowie mit der gesamten Reha-Maßnahme. Die Ergebnisqualität der Reha-Maßnahme für die Kinder wurde mittels Fremdeinschätzung (Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht von Begleitperson, Stationsärzten und Pflegepersonal) und Selbsteinschätzung (standardisiertes Interview zur gesundheitsbezogene Lebensqualität) erhoben.

Die Begleitpersonen gaben befragt zu ihren Erwartungen an die Reha-Maßnahme einen großen eigenen Erholungs- und Entspannungsbedarf an. Zudem zeigten sie ein großes Interesse an den Angeboten des Psychologischen Bereichs: Jede Dritte Begleitperson erwartete für sich selbst während der Reha-Maßnahme psychologische Unterstützung und Anregung für die Erziehung des Kindes. Im Widerspruch hierzu ergab die Auswertung der Teilnahmezahlen, dass nur ein Bruchteil der anfänglich Interessierten auch tatsächlich die Angebote des Psychologischen Bereichs nutzte. Am häufigsten nahmen die Begleitpersonen am Entspannungstraining teil (Teilnahmequote 23 %), gefolgt von der Erziehungsberatung (16 %) und den Psychologischen Einzelgesprächen (11,4 %). Aus diesem Grund ist es als erstaunlich zu bezeichnen, dass trotz der geringen Teilnahmequote 64 % der Begleitpersonen zum Ende der Reha-Maßnahme angaben, dass sie mit den Angeboten des Psychologischen Bereichs „zufrieden“ waren.

Zur Erfassung der Ergebnisqualität wurde ein Gesamtwert der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den verschiedenen Bereichen der Fachklinik Satteldüne errechnet. Insgesamt waren die Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme ihres Kindes geringfügig zufriedener als mit dem sie selbst betreffenden Reha-Angebot, wobei die Mittelwerte sich im Bereich 0 („mittlere Zufriedenheit“) bis 1 („eher zufrieden“) bewegen.

Es zeigte sich ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme und dem Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme (sowohl für ihr Kind als auch für sich selbst). Für Reha-Einrichtungen kann es daher zu Qualitätssicherungszwecken hilfreich sein, die Erwartungen der Begleitpersonen bei der Planung des Reha-Angebotes stärker zu berücksichtigen.

Zudem zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Begleitpersonen mit der Reha-Maßnahme und dem Reha-Erfolg des Kindes (in der Einschätzung durch die Begleitpersonen): Je zufriedener die Begleitpersonen a) mit der Reha-Maßnahme des Kindes und b) mit dem sie selbst betreffenden Reha-Angebot sind, desto höher wird von ihnen der Reha-Erfolg des Kindes eingeschätzt.

Weiterhin wurde untersucht, welchen Einfluss die psychische Belastung der Begleitpersonen auf die Ergebnisqualität der Reha-Maßnahme hat. Es zeigte sich: Je höher die psychi-

sche Gesamtbelastung der Begleitpersonen zu t1, desto niedriger schätzten sowohl die Begleitpersonen als auch die Stationsärzte zu t2 den Reha-Erfolg des Kindes ein.

Zudem wurde festgestellt, dass eine Veränderung der psychischen Gesamtbelastung der Begleitpersonen während der Reha-Maßnahme mit deren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme verbunden ist: Verringert sich die psychische Gesamtbelastung, sind sie mit der Reha-Maßnahme zufriedener als diejenigen, deren psychische Gesamtbelastung sich erhöht. Psychologische Interventionen im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation, die auf einen Abbau der psychischen Belastung der Begleitpersonen abzielen, können aus diesem Grund indirekt – über eine Verbesserung der Interaktion zwischen Begleitperson und Kind – den Reha-Erfolg des Kindes positiv beeinflussen und die Zufriedenheit der Begleitperson mit der Reha-Maßnahme erhöhen.

Nicht bestätigt werden konnte die Annahme, dass das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen deren Teilnahmebereitschaft an den klinikinternen Schulungsmaßnahmen (Asthma bzw. Neurodermitisschulung für Begleitpersonen) beeinflusst.

Zwischen dem Erziehungsverhalten der Begleitpersonen zu t1 und dem Ausmaß des Reha-Erfolgs des Kindes in der Einschätzung durch Begleitpersonen und Stationsärzte ließ sich kein signifikanter Zusammenhang feststellen. In der Beurteilung durch das Pflegepersonal ließ sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang mit dem negativen Erziehungsverhalten finden: Je „nachsichtiger“ (im Sinne von „inkonsequenter“) die Begleitperson zu t1 mit ihrem Kind umgeht, desto geringer wird vom Pflegepersonal zu t2 der Erfolg der Reha-Maßnahme des Kindes eingeschätzt.

Im Rahmen dieser Studie wurden zur Erfassung des Rehabilitationserfolgs der Kinder nicht nur stellvertretend deren Begleitpersonen, sondern auch die Kinder selbst befragt. Mit einem standardisierten Interview wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität von n=91 Kindern im Alter von 4-7 Jahren erfasst. Während der Reha-Maßnahme erhöhte sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder signifikant. Kinder mit psychisch hoch belasteter Begleitperson scheinen besonders von der Reha-Maßnahme zu profitieren: sie zeigten zu t2 eine tendenziell höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Kinder mit psychisch gering belasteter Begleitperson.

Als Begründung für das Bewilligungsverhalten der Sozialleistungsträger kann angemerkt werden, dass psychologische Interventionen, die auf einen Abbau der psychischen Gesamtbelastung und des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen abzielen, dazu beitragen können, den Rehabilitationserfolg von chronisch erkrankten Kindern zu erhöhen.

Mit der vorliegenden Arbeit konnten einige Anforderungen an bedarfsorientierte psychologisch-therapeutische Interventionen für Begleitpersonen während der stationären Reha-Maßnahme herausgearbeitet werden. Diese sollten:

- Erklärungsmodelle zur Entstehung und Strategien zum Umgang mit dem Thema „Stress“ enthalten (z.B. Vorträge, themenspezifische Elternabende),

- praktische Übungen zum Abbau von körperlich/psychischer Anspannung enthalten (Entspannungstraining),
- Erziehungsstrategien vermitteln, die leicht und möglichst schon während der Reha-Maßnahme in den (Erziehungs)-alltag umsetzbar sind, die Beziehung zum Kind verbessern und einen konsequenten Umgang mit der Erkrankung des Kindes zur Folge haben,
- niedrigschwellig bzw. präventiv angelegt sein,
- möglichst gleich zu Anfang der Reha-Maßnahme beginnen und den Fokus auf die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten der Familien legen. So kann verhindert werden, dass die Begleitpersonen sich enttäuscht von dem Angebot abwenden, weil sie sich „psychologisiert“ bzw. in ihrer Elternrolle nicht ernst genommen (kritisiert) fühlen und
- den Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Begleitpersonen untereinander – nicht nur über den Umgang mit der Erkrankung des Kindes sondern darüber hinaus auch über Erziehungsthemen und Belastungsfaktoren im Alltag – fördern.

Im zweiten empirischen Teil dieser Arbeit wurde aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen der Begleitpersonenstudie im Rahmen einer quasiexperimentellen Therapiestudie an einer Stichprobe von 64 Begleitpersonen (EG=32, KG =32) untersucht, wie sich eine Reha-Maßnahme mit oder ohne das zusätzlich angebotene Erziehungstraining „Triple-P“ (= Positive Parenting Program, Gruppentraining) kurz- und langfristig auf die Therapieerfolgskriterien „psychische Belastung“ und „Erziehungsverhalten“ der Begleitpersonen sowie „Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der begleiteten Kinder“ auswirkt.

Zum Ende der Reha-Maßnahme (t2) zeigte sich für die Gesamtstichprobe (EG + KG, n=64) eine signifikante Verringerung der psychischen Gesamtbelastung und des negativen Erziehungsverhaltens der Begleitpersonen sowie eine signifikante Verbesserung des Verhaltens der Kinder aus Sicht ihrer Begleitpersonen. Bei der Katamnese sechs Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) war das Ausmaß der psychischen Belastung der Begleitpersonen wieder angestiegen und mit dem Niveau der Ausgangsmessung vergleichbar, während sich für das negative Erziehungsverhalten der Begleitpersonen und das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ein nachhaltiger Reha-Effekt zeigte: diese Merkmale waren zu t3 signifikant geringer ausgeprägt als zu t1.

Der Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe mittels Varianzanalyse ergab, dass sich das negative Erziehungsverhalten bei den Teilnehmern des Erziehungstrainings „Triple-P“ (= EG) über den Zeitraum der Reha-Maßnahme erwartungsgemäß stärker verringerte als bei den Teilnehmern des psychologischen Standardprogramms (= KG). Bezüglich des Ausmaßes der psychischen Belastung der Begleitpersonen und der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ließen sich zu t2 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Sechs Monate nach der Reha-Maßnahme (t3) gab es bei keinem der hier mittels standardisierter Fragebögen untersuchten Therapieerfolgskriterien signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen.

Das in Gruppen durchgeführte Erziehungstraining „Triple-P“ erzielte im Vergleich zu der für den Anbieter zeitaufwändigeren Einzel-Erziehungsberatung des Psychologischen Standardprogramms mit 64 % eine wesentlich höhere Teilnahmequote. Weiterhin fielen die subjektiven Rückmeldungen der Teilnehmer zur Qualität der erhaltenen psychologischen Intervention bei der Triple-P-Gruppe zu t3 signifikant positiver aus. Zudem wurde durch das Gruppentraining der Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander und die gegenseitige Hilfestellung in Erziehungssituationen im Stationsalltag stärker gefördert. Deshalb wäre es nicht nur aus ökonomischen Gründen sinnvoll, im Bereich „Erziehungsberatung“ zukünftig Gruppeninterventionen mit niedrigschwelligem / präventivem Charakter anzubieten. Diese könnten den Begleitpersonen als Einstieg dienen, sich mit den psychosomatischen Aspekten der Erkrankung des Kindes auseinander zu setzen und die Motivation zur Teilnahme an individuellen psychologischen Einzelgesprächen während der Reha-Maßnahme erhöhen.

Es zeigte sich, dass eine stationäre Reha-Maßnahme mit jedem der hier evaluierten psychologischen Betreuungsmodelle für Begleitpersonen (Psychologisches Standardprogramm mit Einzel-Erziehungsberatung bzw. mit zusätzlichem Gruppen-Erziehungstraining) geeignet ist, um Verhaltensauffälligkeiten der chronisch erkrankten Kinder im Vorschulalter und dysfunktionales Erziehungsverhalten von deren Begleitpersonen nachhaltig zu reduzieren. Das überdurchschnittlich hohe Ausmaß der psychischen Gesamtbelastung der Begleitpersonen ließ sich mit den untersuchten psychologischen Interventionen hingegen nur kurzfristig verringern.

In Zukunft sind weitere Anstrengungen nötig, um einen nachhaltigen Erfolg des stationären Aufenthaltes für Begleitpersonen zu sichern. Beispielsweise könnten familientherapeutische Interventionen für Begleitpersonen im Rahmen der stationären Kinderrehabilitation durch ein verpflichtendes Angebot einen anderen Stellenwert erhalten, eine bessere Verzahnung von stationären und ambulanten Interventionen ermöglicht und neu eingeführte psychologische Interventionen für Begleitpersonen fortlaufend evaluiert werden.

Literaturverzeichnis

- Achenbach T.M. & Edelbrock C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Quee City Printers Inc.
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adler, A. (EA 1930): *Kindererziehung*. Frankfurt am Main 2001: Fischer Taschenbuch.
- Angerer, W. (2002). *Lebensqualität von chronisch kranken Kleinkindern in der medizinischen Rehabilitation*. Dissertation, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg.
- Arnold, K. & Lang, E. (1994). *Patientenzufriedenheit mit der Arzt- Patient- Beziehung*. Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 9.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S., Acker, M.M. (1993). The parenting scale. A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessments*, 5, 131-144.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002a). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 ½-5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Aronsson, G. & Koivunen, E. (1985). Differences in personality between parents of asthmatic children and parents of nonasthmatic children. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (2), 177-182.
- Askildsen, EC.; Watten, RG.; Faleide, AO. (1993). Are parents of asthmatic children different from other parents? Some follow-up results from the Norwegian PRAD project. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol 60 (2), 91-99.
- Aust, B. (1994). Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB, *Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik*, 94- 201.
- Baldwin, A.L., Kalhorn, J.; Breese, F. (1945). Patterns of parent behavior. *Psychological Monographs*, Vol 58 (3), 1945, 1-75.
- Baum, E., Platt, B. & Donner-Banzhoff, N. (1994). Patientenerwartungen und ärztliches Handeln, Eine Untersuchung in vier allgemeinärztlichen Praxen. *Der informierte Arzt - Gazette Médicale*, 15, S. 447-451.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices antecedent three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monograph*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). *Current Patterns of Parental Authority*. Developmental Psychology Monograph, The American Psychological Association.

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77–100.
- Beckmann, P.J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perception of the effects of young children with and without disabilities. *American Journal of Mental Deficiency*, 5, S. 585-595.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Guite, J. & Warburton, R. (1994). Associations between childhood asthma and ADHD: Issues of psychiatric comorbidity and familiarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 842-848.
- Biermann, G. (Hrsg.) (1978). *Mutter und Kind im Krankenhaus; ein Situationsbericht aus der Bundesrepublik Deutschland*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Blanz, B. (1994). Die psychischen Folgen chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 6-15.
- Blanz, B. (1996). Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Lehmkuhl, G. (Hrsg.). *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien* (S. 34-48). München: Quintessenz.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bovensiepen, G., Oesterreich, R., Wilhelm, K. & Arndt, M. (1980). Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, 163-169.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter.
- Bowlby, J. (2001). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brakhoff, J. (Hrsg.) (1987). *Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Brisch, K.H., Buchheim, A. & Kächele, H. (1999). Diagnostik von Bindungsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 425-437.
- Bullinger, M. (1990). Lebensqualität – ein neues Bewertungskriterium für den Therapieerfolg. In: Pöppel & Bullinger (Hrsg.). *Kurzlehrbuch der Medizinischen Psychologie*. Weinheim: VCH.
- Bullinger, M., v. Mackensen, S. & Kirchberger, I. (1996). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: Michels, H.-P. (Hrsg.). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Tübingen: dgvt.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (1998): Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen. *Schriftenreihe*, Band 103, S. 65.

- Campbell, D.T. (1986). Relabeling Internal and External Validity for Applied Social Sciences. In W.M.K. Trochin (Ed.), *Advances in Quasiexperimental Design Analysis, New Directions for Program Evaluation*, Vol. 31 (S. 67-77), San Francisco; Jossey Boos.
- Cleary PD., McNeil, BJ (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connell, S., Sanders, M.R., Markie-Dadds, C. (1997): Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote Areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408.
- Christensen, A. P. & Sanders, M. R. (1987). Habit reversal and DRO in the treatment of thumbsucking: An analysis of generalization and side effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 281-295.
- Davison, G. & Neale, J. (2002). *Klinische Psychologie* (6. Auflage, dt.). Weinheim: Beltz.
- Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) (1996). *Rehabilitationsmedizin: Therapie und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring, and procedures manual, third edition*. Minneapolis: National Computer Services.
- Deutsche Leukämie Forschungshilfe (2001). *Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation bei krebskranken Kindern*. Bonn.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). *Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. Aufgaben – Erwartungen – Empfehlungen*. Berlin: Bereich Sozialmedizin im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften.
- Hahlweg, K., Kuschel, A., Köppe, E., Lüke, A. & Miller, Y. (1999). *Die Braunschweiger Kindergartenstudie: Prävalenz kindlicher Verhaltensprobleme*. Vortrag auf dem Workshop-Kongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Bad Dürkheim, Juni 1999.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2000). *Europäische Norm EN ISO 10075-1: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe*. Berlin: Beuth-Verlag.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 189-205.
- Döpfner, M., Lemkuhl, G., Heubrock, D., Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter. Band 2, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J.(1997). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin.*, 8, 94-113 .
- Dührssen, A. (1971). *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. 8. Auflage. Göttingen –Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Cross, A.H.(1986). Mediating influences of social support: personal, family and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417.
- Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer-Verlag.
- Eichhorn, C., Fegert, J.M., Bergmann, D., Wahn, U. & die MAS-Gruppe (1995). Mutter-Kind-Beziehung und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern mit Neurodermitis. In: Wahn, U., Szczepanski, R. & Bullinger, M. (Hrsg.). *Chronisch kranke Kinder. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität* (S.165-180). Stuttgart: Rupp.
- Eiser, C. & Berrenberg, J.L. (1995). Assessing the impact of chronic disease on the relationship between parents and their adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 109-114.
- Elder, G.H. (1962). Structural variations in the child rearing relationship. In: *Sociometry*, 25, 241-262.
- Farin, E., Gustke, M., Widera, T. & Matthies, S. (2011). *Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens*. Das Gesundheitswesen, zur Veröffentlichung eingereicht.
- Fegert, J.M. (1995). *Neurodermitis und problematisches Verhalten in den ersten drei Lebensjahren. Eine kinderpsychiatrisch-psychosomatische, epidemiologische Untersuchung über Auswirkungen atopischer Ekzemerkrankungen an einer multizentrischen prospektiven Geburtskohorte*. Habilitationsschrift. Berlin: Humboldt Universität.
- Fox, R. (1994). *Parent Behavior Checklist*. Brandon, VT: Clinic Psychology Publishing Company.
- Frank, M. (1999). Die Mutter-Kind-Kur. *Das Gesundheitswesen*, 61, 601-606.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version- Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G.H. (2000). *BSI - Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.
- Freeman, E.H., Feingold, B.F., Schlesinger, K.& Gorman, F.J. (1964). Psychological Variables in Allergic Disorders. A Review. *Psychosom. Med.*, 26, 543-575.

- French, T.M. & Alexander, F. (1941). Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosom. Med. Monographs*, Washington, D.C.
- Furrow, D., Hambley, J. & Brazil, K. (1989). Behavior problems in children requiring inpatient rehabilitation treatment for asthma. *Journal of Asthma*, 26 (2), 123-132.
- Gabler Verlag (Hrsg.) (2012). *Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Qualitätssicherung*. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/57713/qualitaetssicherung-v5.html>.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M.G., Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, Depression, and perception of early parenting: Connotation of two parental rearing style questionnaires. *Personality and Individual Differences*, 12, 551-555.
- Gil, K.M., Keefe, F.J., Sampson, H.A., McCaskill, C.C., Rodin, J. & Crisson, J.E. (1987). The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 673-684.
- Goldbeck, L. & Babka, C. (2001). Development and evaluation of a multi-family psychoeducational program for cystic fibrosis. *Patient Education and Counseling*, 44, 187-192
- Goodyer, I.M. (1990). Annotation: Recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 839-847.
- Graham, P.J., Rutter, M.L., Yule, W. & Pless, I.B. (1967). Childhood Asthma: A psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 21, 78-85.
- Grasteit, S. (2003). *Determinanten des stationären Rehabilitationserfolges chronisch kranker Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Begleitperson*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Greenley, J., Young T; Schoenherr, R. (1982). Psychological distress and patient satisfaction; *Medical Care*; 20(4), 373-385.
- Gerlsma C., Emmelkamp P.M.G. & Arrindell W.A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Haffner, J.; Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Stehen, R., Klett, M. & Resch, F. (1998). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. In: *Beiträge zur regionalen Gesundheitsberichtserstattung Rhein-Neckar-Kreis / Heidelberg*. 06/1998, Heidelberg.
- Hahlweg, K., Schröder, B., Lübke, A. (1999). Prävention von Paar- und Familienproblemen: Eine nationale Aufgabe. In: Schneewind, K. (Hrsg.). *Themen der Familienpsychologie: Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Kuschel, A., Miller, Y. (2000). Verhaltenstherapeutische Familientherapie. *Familiendynamik*, 25 (4), 386-410.
- Hahlweg, K. (2001). Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen. Bevor das Kind in den Brunnen fällt. In: Deutsch, W. & Wenglorz, M. (Hrsg.). *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Hall J. (1987). *Patients` health status and satisfaction with medical care in an elderly HMO population*. Unpublished manuscript.
- Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Rastam, L. & Hakansson, A. (2001). Parents: the best experts in child health care? Viewpoints from parents and staff concerning child health services. *Patient Education and Counseling*, 44, 151-159.
- Hamlett, K., Pellegrini, D. & Katz, K. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 33-47.
- Harrold, M., Lutzker, J.R., Campbell, R.V. & Touchette, P.E. (1992). Improving parent-child interactions for families with developmental disabilities. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 89-100.
- Heidelberger, A. & Abeck, D. (2001). Atopisches Ekzem. In: Abeck, D. & Cremer, H. (Hrsg.): *Häufige Hautkrankheiten im Kindesalter*. Darmstadt: Steinkopf.
- Heigl-Evers, A., Schneider, R. & Bosse, K. (1976). Biographische Daten von endogenen Ekzematikern. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 22, 75-84.
- Helmbold, P., Gaisbaur, G., Kupfer, J., Seikowski, K., Brähler, E., & Haustein, U.W. (1996). Atopisches Ekzem: Der Einfluss von psychischem Stress auf peripher Leukozytenpopulationen und Krankheitsaktivität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 119-124.
- Hermann (2001). Umgang mit chronischen Krankheiten. In: Lauth, G.W., Brack, U.B., Linderkamp, F. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. S. 506-515. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hermanns, J., Florin, I., Dietrich, M., Rieger, Ch. & Hahlweg, K. (1989). Maternal criticism, mother-child interaction, and bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 469-476.
- Hofer, M., Klein-Altermann, E. & Noack, P. (Hrsg.) (1992). *Familienbeziehungen – Eltern und Kinder in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hohmann, J. (1998). *Gesundheits- Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa*. Bern: Huber.
- Hoyer, S. & Kiosz, D. (2001). *Kinder mit Elternbegleitung*. Unveröffentlichter Vortrag bei der Jahresfachtagung des VDR auf Sylt.
- Hoyer, S. & Kiosz, D. (2002). *Begleitpersonen in der Kinderrehabilitation*. Unveröffentlichter Vortrag bei der Jahresfachtagung des VDR in Gaißach.
- Hoyer, S. & Kiosz, D. (2003). *Evaluation des Erziehungstrainings „Triple-P“ in der stationären Kinderrehabilitation*. Unveröffentlichter Vortrag bei der Jahresfachtagung des VDR auf Amrum.
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2004). Begleitpersonen in der stationären Rehabilitation von Kindern im Vorschulalter: Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen der psychischen Belastung der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes. In: *13. Reha-*

- bilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 2004 in Düsseldorf.* Band 52, DRV Schriften.
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2005). Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Sind Interventionen sinnvoll? *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 9/2005.
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2005). Effekte psychologischer Interventionen für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 9/2005.
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2006). „Triple-P“ in der stationären Kinderrehabilitation. Kurz- und langfristige Effekte. In: *15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13.-15.3.2006 in Bayreuth.* Band 64, DRV-Schriften
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2006). Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Motive für die Mitaufnahme als Begleitperson und Erwartungen an die Reha-Maßnahme. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 9/2006.
- Hoyer, S., Grasteit, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von chronisch kranken Kleinkindern mit Begleitperson in der stationären Kinderrehabilitation. In: *16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 26.-28.3.2007 in Berlin.* Band 72, DRV-Schriften.
- Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G. (2007). Verhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität von chronisch kranken Kindern mit Begleitperson in der stationären Kinderrehabilitation. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 9/2007.
- Hoyer, S. & Kiosz, D. (2012). Kurz- und langfristige Effekte des Erziehungstrainings „Triple-P“ für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Ergebnisse einer experimentellen Therapiestudie. In: *21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 5.-7. März 2012 in Hamburg.* Band 98, DRV-Schriften.
- Institut der Deutschen Wirtschaft Köln, Hauptabteilung: Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.) (2001). *Deutschland in Zahlen. Ausgabe 2002.* Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Jackson, D.D. & Yalom, I. (1974). Familiäre Interaktionsmuster und Colitis ulcerosa. In: Brede (Hrsg.): *Einführung in die Psychosomatische Medizin.* S. 242-257. Frankfurt a. M: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag.
- Kaiser, U., Lütke Freeman, H. & Schmitz, M. (1997). Atemwegserkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Rehabilitation.* Göttingen: Hogrefe.
- Klein, G., Gehring, J. (2000). Entwicklung der Rehabilitation in den letzten Jahren. *Deutsche Rentenversicherung*, 7, 452-462.
- Klemperer, D. (2003). Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen, Konzepte der Arzt-Patient- Kommunikation. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB, *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health*, SP I 2003-302.
- Klennert, M., Mrazek, D.A. & Mrazek, P. (1994). Early asthma onset: The interaction between family stressors and adaptive parenting. *Psychiatry*, 57 (1), 51-61.

- Krohne, H.W. (1997). Stress und Stressbewältigung. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kucklick, Ch. (2002). Was ist die ideale Erziehung? Neue Forschungen: Was Eltern besser machen können. *GEO, Das neue Bild der Erde*, 4, 127 –154.
- Kuschel, A., Miller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K. & Sanders, M.R. (2000). Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P – ein Programm zu einer positiven Erziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 9 (1), 20-29.
- Lang, E. & Arnold, K. (1994). *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel*, Referate der 6. Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994, Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Langfeld, H.-P. & Luys, K. (1993). Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 36-41.
- Langfeld, H.-P. (1995). Sind Mütter von Kindern mit Neurodermitis psychisch auffällig? *Der Hautarzt*, 4, 615-619.
- Larbig, W. (1973). Tägliche Besuchszeit und Mutter-Kind-Einheit (rooming-in) im Kinderkrankenhaus. *Jahrbuch der Psychohygiene*, 1, 13-73.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M., Ihle, W., Marcus, A., Stör, R. & Weindrich, D. (1996). Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Zeitschrift Kinder-Jugendpsychiatrie*, 24, 67-81.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H.. (1998). Frühe Mutter-Kind-Beziehung: Risiko und Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern mit organischen und psychosozialen Belastungen – Ergebnisse einer prospektiven Studie von der Geburt bis zum Schulalter. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 67 (4), 381-391.
- Lauth, G.W., Brack, U. & Linderkamp, F. (Hrsg.) (2001). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz PVU.
- Lecheler, J. & Walter, H.-J. (1997). Asthmakranke Kinder und Jugendliche: Medizinische Grundlagen und verhaltensmedizinische Interventionen. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie: Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen* (S. 21-59). Göttingen: Hogrefe.
- Lehmkuhl, G. (1996). Chronische Erkrankungen im Kindesalter und ihre Auswirkungen auf Entwicklung, Verhalten und Lebensqualität. In: Lehmkuhl, G. (Hrsg.). *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien*. München: Quintessenz.
- Leonard, B.J., Scott, S.A. & Erpestad, N. (1992). Maternal perception of first-born infants. A controlled comparative study of mothers of premature and full-term infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 7, 90-96.
- Lewin, K., Lippitt, R. & White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created “social climates”. *Journal of Social Psychology* 9 (1939), 10, 271-299.

- Liebmann, R., Minuchin, S. & Baker, L. (1974). The use of Structural Family Therapy in the Treatment of Intractable Asthma. *American Journal of Psychiatry*, 131, 535-540.
- Liedtke, R. (1990). Sozialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 54, 208-213.
- Like, R. & Zysanski, S.J. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science and Medicine*, 24, 351-357.
- Lindemann, H. (1999). Erkrankungen der Bronchien, Lungen und Pleura sowie des Mediastinums. In: Niessen, K.-H. (Hrsg.). *Pädiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lochmann, J.E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 9, 91-109.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Lukesch, H. & Tischler, A. (1975). Überprüfung und Revision des Fragebogens zur Diagnostik elterlicher Erziehungseinstellungen von E. Littmann und E. Kasielke. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 51, 19-54.
- Marzelli-Paintner, I. (1997). Zum Einfluss der Wahrnehmung auf das Kratzverhalten bei Neurodermitis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (1), 68-71.
- Michels, H.-P.(Hrsg.) (1996). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 30, Tübingen: DGVT.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter: Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Dissertation: TU Braunschweig, Gemeinsame Naturwissenschaftliche Fakultät: FB 4: Biowissenschaften, Psychologie.
- Ministry of Health (1959): *The welfare of children in hospital, Platt Report*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, Th. C. (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 1031-1038.
- Mitscherlich, A. (1966). *Krankheit als Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Mrazek, D., Anderson, I. & Strunk, R. (1985). Disturbed emotional development of several asthmatic pre-school children. In J. E. Stevenson (Ed.): *Recent research in developmental psychopathology* (S. 81-93). Oxford: Pergamon.
- Mrazek, D. A. Schuman, W. B. & Klinnert, M. (1998). Early asthma onset: Risk of emotional and behavioral difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 247-254.
- Münzel, K. (1994). Dermatologie: Wechselwirkungen zwischen Psyche und Haut. In: Gerber et al. (Hrsg.). *Medizinische Psychologie*. Urban & Schwarzenberg, München.

- Neumann, H. (1996). Psychosoziale Aspekte der Rehabilitation asthmakranker Kinder und Jugendlicher. In: Michels, H.-P. (Hrsg.). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Newacheck, P.W. & Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling chronic conditions among children. *American Journal of Public Health*, 76, 178-184.
- Niebel, G. (1995). *Verhaltensmedizin der chronischen Hautkrankheit: interdisziplinäre Perspektiven atopischer Dermatitis und ihrer Behandlung*. Göttingen: Huber.
- Niebel, G., Kallweit, C., Lange, I. & Fölster-Holst, R. (2000). Direkte versus videovermittelte Elternschulung bei atopischem Ekzem im Kindesalter als Ergänzung fachärztlicher Behandlung. *Der Hautarzt*, 6, 401-4011.
- Noecker, P. (1991). *Subjektive Beschwerden und Belastungen bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter*. Frankfurt am Main: Lang.
- Noeker, M. & Petermann, F. (1995). Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (2., korrigierte und ergänzte Aufl.)*. (S. 517-554). Göttingen: Hogrefe.
- Norrish, M., Tolley, M. & Godfrey, S. (1977). Clinical, physiological, and psychological study of asthmatic children attending a hospital clinic. *Archives of the Diseased Child*, 52, 912-917.
- Overbeck, A. & Overbeck, G. (1978). Das Asthma bronchiale im Zusammenhang familiendynamischer Vorgänge. *Psyche*, 32, 929-955.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.
- Pauli-Pott, U., Darui, A. & Beckmann, D. (1997). Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei Säuglingen mit atopischer Dermatitis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (3), 189-200.
- Perrin, E.C., Ayoub, C.C. & Willett, J.B. (1993). In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with a chronic illness. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 94-105.
- Perris, C., Arrindell, W.A. & Eisemann M. (1994). *Parenting and psychopathology*. New York: Wiley.
- Petermann, F., Noecker, M. & Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. (1997). *Rehabilitation - Lehrbuch Verhaltensmedizin*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997): *Kinderverhaltenstherapie: Grundlagen und Anwendungen*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags-Union.
- Petermann, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F. (2000). *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen, Hogrefe.
- Petermann, F. (2001). *Kinderrehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Bauer, C.-P., Kiosz, D. & Stachow, R. (2001). Die ESTAR-Studie – Konzept und erste Ergebnisse zur Evaluation der stationären Rehabilitation bei Asthma im Kindes- und Jugendalter. *Deutsche Rentenversicherung*, 56 (8-9), 534-547.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (2001). Kinderrehabilitation: Grundlagen eines interdisziplinären Anwendungs- und Forschungsgebietes. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.). *Kinderrehabilitation* (S. 9-27). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Bauer, C.-P., Stachow, R. & Kiosz, D. (2001). Multizenterstudie zur Erfassung von Effekten stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Bronchialasthma (ESTAR). *Deutsche Rentenversicherung*, 56(8-9), 534-547.
- Pock, C.H. (2000). *Untersuchung zur Patientenzufriedenheit: Die Interaktion zwischen Patient und Medizinischem Personal an einer orthopädischen Universitätsklinik*. Dissertation, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Prinz, R. et al. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. Springerlink.com, published online: 22. Januar 2009. Ursprünglich publiziert in: *Prevention Science* (DOI 1 0.1007/s11121-009-0123-3).
- Rappel, B. (1997). *Die Mutter-Mitaufnahme an der Kinderabteilung*, Dissertation.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *Kindl^R - Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Rechenberger, I. (1981). Juckreiz als mentales Phänomen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 24, 1005-1006.
- Rechenberger, I. (1983). *Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rodeck, H. (1979). Zur Frage der Besuchsliberalisierung im Kinderkrankenhaus. *Die Schwester-Der Pfleger*. 18 (2), 121-123.
- Robertson, J. (1970). *Young children in hospital*. London: Tavistock Publications.
- Roth, L.(1976). *Handlexikon zur Erziehungswissenschaft*. München: Franz Ehrenwirth Verlag.
- Rutter, M. (1978). *Bindung und Trennung in der frühen Kindheit: Forschungsergebnisse zur Mutterdeprivation*. München: Juventa Verlag.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In McGurk, M.(Hrsg.): *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland.
- Sanders, M. R. Bor, B. & Dadds, M. R. (1984). Modifying bedtime disruptions in children using stimulus control and contingency management procedures. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 130- 141
- Sanders, M. R. & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.

- Sanders, M.R. & Lawton, J.M. (1993). Discussing assessment findings with families: A guided participation model of information transfer. *Child and Family Behavior Therapy*, 15, 5-35.
- Sanders, M.R. & Duncan, S.B. (1995). Empowering families: Policy, training and research issues in promoting family mental health in Australia. *Behaviour Change*, 12, S. 109-121.
- Sanders, M.R. (1996). New directions in behavioral family intervention with children. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Hrsg.): *Advances in clinical child psychology*. Vol. 18, 283-330, New York: Plenum Press.
- Sanders, M.R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M.R. & McFarland, M. L. (2000). The treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89-112.
- Sanders, M.R., Montgomery, D.T. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The mass media and child behavior problems: The effects of television series in child and parent outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 41, 939-948.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1), 3-14.
- Schemmel, K. (1994). *Motivation und Erwartungen von Begleitpersonen bei stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Kindesalter: Ergebnisse einer Befragung*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Schmidt, R. (1998). *Wer hilft weiter? Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche; Kinder-Rehaführer; ein bundesweiter Wegweiser / Kinder-Netzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e.V. In Kooperation mit Bundesverband der Betriebskrankenkassen; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Schmitt, G.M. & Kammerer, E. (1996). Zusammenfassende Gedanken zu einer psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien. In: Schmitt, G., Kammerer, E. & Harms, E. (Hrsg.). *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung*. Göttingen, Hogrefe.
- Schneewind, K.A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Schott, T., Badura, B., Schwager, H.J. & Wolters, P. (Hrsg.) (1996). *Neue Wege in der Rehabilitation: Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker*. Weinheim: Gesundheitsforschung Juventa.

- Schübinger, R., Florin, I., Zimmer, C., Lindemann, H. & Winter, H. (1992). Childhood asthma: Paternal critical attitude and father-child interaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 743-750.
- Schübinger, R., Florin, I., Reichbauer, M., Lindemann, H. & Zimmer, C. (1993). Childhood asthma: Mothers' affective attitude, mother-child interaction and children's compliance with medical requirements. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 697-707.
- Schulz, P. & Hellhammer, D. (1998). Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten. In: Reinecker, H. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keenan, K., & Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679-699.
- Singer, L., Arendt, R., Farkas, K., Minnes, S., Huang, J. & Yamashita, T. (1997). Relationship of prenatal cocaine exposure and maternal postpartum psychological distress to child developmental outcome. *Development & Psychopathology*, 9(3), 473-489.
- Sozialgesetzbuch (SGB) (2001). München: Beck-Texte im dtv.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 1, 53-73.
- Staab, D. (2001). Schulungsmaßnahmen für neurodermitiskranke Kinder und deren Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149 (6), 560-564.
- Stangier, Ulrich (2003). Dermatologische Erkrankungen. In: Ehler, U. (Hrsg.). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2003). *Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2002*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003). *Statistisches Jahrbuch 2002 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler & Poeschel.
- Steinhausen, H.C. & von Aster, M. (1999). *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Steinhausen, H.-C. (1996). Psychologie chronischer Krankheiten im Kindesalter. In G. Lehmkuhl (Hrsg.): *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien* (S. 23-33). München: Quintessenz.
- Steinhausen, H.-C. (2000). Psychosomatische Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stein, R.E.K., Baumann, L.J., Westbrook, L.E., Coupey, S.M. & Ireys, H.T. (1993). Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. *Journal of Pediatrics*, 122, 342-347.
- Stierlin, H. (1976). Psychosomatische Erkrankungen als Störung der Differenzierungs-Integration: Ein Ausblick auf die „Familienpsychosomatik“. *Familiendynamik*, 1, 272-293.

- Strayhorn, J.M. & Weidman, C.S. (1988). A parent practices scale, and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 613-618.
- Strittmatter, R., Bengel, J. & Brombacher, C. (1997). Die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Kuren. *Die Rehabilitation*, 36, 176-184.
- Suess, G. J. & Pfeifer, W.-K.P. (Hrsg.) (1999). *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Terpitz, C. (2003). *Belastungserleben, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität vor und nach stationärer Rehabilitation bei Eltern von neurodermitiskranken Kindern*. Dissertation, Universität Dortmund
- Tewes, U. & Wildgrube, K. (1999). *Psychologie-Lexikon*. München/Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Thomasgard, M. (1993). Parental Perceptions of Child Vulnerability, Overprotection, and Parental Psychological Characteristics. *Child Psychiatry & Human Development*, Volume 28, Nr. 4, 223-240.
- Titchener, J.L., Riskin, J. & Emerson, R. (1974). Die Familie im psychosomatischen Prozeß. In: Brede, K. (Hrsg.), *Einführung in die psychosomatische Medizin*, S. 214-241, Frankfurt/Main: Fischer Athenäum.
- Tiefensee, J. & Koch, U. (1997). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Petermann, F. (Hrsg.). *Rehabilitation*. Göttingen, Hogrefe.
- Traue, H.C. & Pennebaker, J.W. (Hrsg.) (1993). *Emotion Inhibition and Health*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Triple-P-Projekt der PAG Braunschweig (2001). Erziehungsfragebogen (EFB+EFB-K); Fragen zum Erziehungsverhalten (FZEV). In: Miller, Y. (2001): *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter: Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Dissertation: TU Braunschweig, Gemeinsame Naturwissenschaftliche Fakultät: FB 4: Biowissenschaften, Psychologie.
- Troschke, J.v. (1973). Furcht u. Angst bei Kindern, im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 40 schieloperierten Kindern. *Jahrbuch der Psychohygiene*, 1, 13-73.
- Troschke, J.v. (1974). *Das Kind als Patient im Krankenhaus*. München:Reinhard.
- Vila, G., Nollet-Clemencon, C., DeBlic, J., Mouren-Simeoni, M.-C. & Scheinmann, P. (1998). Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 137-144.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1998). *Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation*. Band 9, DRV-Schriften.

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1999). *Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Band 17, DRV-Schriften.
- Volland, C. (1995). *Mutter-Kind-Beziehungsqualität als Entwicklungsbedingung von Empathie und prosozialem Verhalten in der Kindheit*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- v. Zerssen, D. (1975). *Die Befindlichkeits-Skala – Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Wade, S., Weil, C., Holden, G., Mitchell, H., et al. (1997). Psychosocial characteristics of inner-city children with asthma: a description of the NCICAS psychosocial protocol. National Cooperative Inner-City Asthma Study. *Pediatric Pulmonology*, 24(4), 263-276.
- Wahn, U., Bergmann, R. & Schulz, J. (1990). *Prospektive, kontrollierte, multizentrische Studie über atopische Erkrankungen. Zwischenbericht I*. Berlin: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Walter, H.-J. (1996). *Krankheitsbewertungen durch Eltern asthmakranker Kinder und Jugendlicher. Studien zur Jugend- und Familienforschung*. Hrsg. Prof. Dr. F. Petermann. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Walter, H.-J., Petermann, F. & Lecheler, J. (1996). Familiäre Krankheitsbewältigung bei Asthma. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 215-223.
- Warschburger, P. (1996). *Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter*. München: Quintessenz.
- Warschburger, P. (2000). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Weber, E. (1976). *Erziehungsstile*. 6. Aufl.. Donauwörth: Auer.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, Nr. 1, 93-109.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing Conduct Problems in Head Start Children: Strengthening Parenting Competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, Nr.5, 715-730.
- Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001). Nipping early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency and Violence in Adolescence through Interventions Targeted at young Children (0-8 Years). *Prevention Science*, 2 (3), 165-192.
- Weiland, S.K., Pless, I.B. & Roghmann, K.J. (1992). Chronic illness and mental health problems in pediatric practice: Results from a survey of primary care providers. *Pediatrics*, 89, 445-449.
- WHO (1998). *Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Wirkan, R., Faleide, A. & Blakar, R.M.. (1978). Communication in the family of the asthmatic child. *Acta psychiat. Scand.*, 57, 11-26.

- Wirtz, M. & Nachtigall, C. (1998). *Deskriptive Statistik*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Wirtz, M. & Nachtigall, C. (1998). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik*, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1989). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wüthrich-Schneider, E. (1998). *Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit*. Dissertation: Universität St. Gallen.

Anhang

Anhang A: Abkürzungsverzeichnis

Abb. = Abbildung

AS = Asthma

Bd. = Band

BMI = Body Mass Index

CF = Cystische Fibrose

DRV = Deutsche Rentenversicherung

ND = Neurodermitis

Bp = Begleitperson

Bps = Begleitpersonen

EG = Experimentalgruppe

FK = Fachklinik

GES = Gesamtstichprobe

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

GRV = Gesetzliche Rentenversicherung

KG= Kontrollgruppe

Reha = Rehabilitation

SGB = Sozialgesetzbuch

Tab. = Tabelle

VDR = Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

WHO = Weltgesundheitsorganisation

Anhang B: Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Prozentualer Anteil der unter 5 und unter 10 jährigen in der stationären Kinderrehabilitation (Zeitreihen)	31
Abb. 2. Mitaufnahme von Bps: Entwicklung der Belegungszahlen am Beispiel der Fachklinik Satteldüne.....	31
Abb. 3. Mittelwerte Syndromskalen der CBCL 4-18 (n=94, t1).....	94
Abb. 4. T-Werte übergeordnete Skalen der CBCL 4-18 (nach Geschlecht).....	94
Abb. 5. Ergebnis übergeordnete Skalen und Gesamtwert der CBCL 4-18 (Diagnosegruppen).....	96
Abb. 6. Streudiagramm für die Variablen „Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot“ und „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Bp“.....	110
Abb. 7. Streudiagramm für die Merkmale „Zufriedenheit der Bp mit der Reha-Maßnahme des Kindes“ und „Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Bp“.....	111
Abb. 8. Graphische Darstellung der Mittelwerte der AV „Gesundheitsbezogene Lebensqualität der begleiteten Kinder zu t1“ (von Begleitpersonen mit zu t1 niedriger versus hoher psychischer Belastung).....	123
Abb. 9. Graphische Darstellung der Mittelwerte der AV „Gesundheitsbezogene Lebensqualität der begleiteten Kinder zu t2“ (von Begleitpersonen mit zu t2 niedriger vs. hoher psychischer Belastung)	125
Abb. 10. Hypothese 13.a) Mittelwerte EFB	162
Abb. 11. Interaktionseffekt der Subskala „Weitschweifigkeit“	164
Abb. 12. Mittelwerte der Subskala „Überreagieren“ des EFB-K zu drei Messzeitpunkten.....	169
Abb. 13. Mittelwerte der Subskala „Nachsichtigkeit“ des EFB-K zu drei Messzeitpunkten.....	169
Abb. 14. Mittelwerte <i>Total Score CBCL</i> für drei Messzeitpunkte.....	171
Abb. 15. Mittelwerte Skala „Internal“ der CBCL für drei Messzeitpunkte	172
Abb. 16. Mittelwerte Skala „External“ der CBCL für drei Messzeitpunkte.....	172

Anhang C: Tabellenverzeichnis

Tab. 1. Zu Lasten der GRV durchgeführte Kinder-Rehamaßnahmen (im Zeitraum 1985-2004).....	30
Tab. 2. Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von 2005-2008 in Deutschland.....	30
Tab. 3. FK Satteldüne, Fallzahlen 1999-2008.....	32
Tab. 4. Kosten durch Begleitpersonen in der Kinder-Reha.....	39
Tab. 5. Mittelwerte und Standardabweichungen der modifizierten deutschen Version (n=206, Eltern der Braunschweiger Präventions- und Entwicklungsstudie).....	58
Tab. 6. Messinstrumente für Begleitpersonen.....	78
Tab. 7. Messinstrumente für Kinder.....	79
Tab. 8. Messinstrumente für Stationsärzte und Pflegepersonal.....	79
Tab. 9. Aufenthaltsdauer der befragten Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne.....	79
Tab. 10. Diagnose des begleiteten Kindes (n=128).....	80
Tab. 11. Erkrankungsdauer des Kindes (n=127).....	80
Tab. 12. Durchschnittsalter von n=130 Begleitpersonen und deren Angehörigen.....	81
Tab. 13. Familienstand Bps.....	81
Tab. 14. Familienstand der getrennt lebenden Begleitpersonen (n=128).....	81
Tab. 15. Personenanzahl pro Haushalt.....	82
Tab. 16. Anzahl der Geschwisterkinder des begleiteten Kindes.....	82
Tab. 17. Schulbildung der Eltern des begleiteten Kindes.....	82
Tab. 18. Berufsausbildung der Eltern des begleiteten Kindes.....	83
Tab. 19. Berufliche Tätigkeit der Eltern des begleiteten Kindes.....	83
Tab. 20. Arbeitslosenquote von n=10000 Beschäftigten (Daten statistisches Bundesamt 2001).....	83
Tab. 21. Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche von Mutter und Vater des begleiteten Kindes.....	84
Tab. 22. Netto-Familieneinkommen der Begleitpersonen.....	84
Tab. 23. Besuch einer Bildungseinrichtung.....	85
Tab. 24. Zeitliche Belastung durch therapeutische Maßnahmen (das Kind betreffend).....	86
Tab. 25. Häufigkeit Familienurlaub.....	86
Tab. 26. Hinweis auf Reha für das Kind.....	87
Tab. 27. Information über die Möglichkeit der Mitaufnahme als Begleitperson.....	88
Tab. 28. Geschlecht Begleitperson und Ergebnis BSI.....	88
Tab. 29. Vergleich von Mittelwert und Standardabweichung des GSI bei der Stichprobe der Begleitpersonen und der Normstichprobe zu t1.....	89
Tab. 30. Deskriptive Auswertung des Global Severity Index (GSI) des BSI.....	89
Tab. 31. Deskriptive Auswertung des BSI auf Skalenniveau.....	90
Tab. 32. Ergebnis des Multiple Comparison Test (BSI) für n=127 Begleitpersonen.....	90
Tab. 33. Deskriptives Untersuchungsergebnis der Hypothese 1c).....	91
Tab. 34. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1c).....	92
Tab. 35. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1d).....	92
Tab. 36. Überblick über wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 1e).....	93
Tab. 37. Anteil der Kinder mit „klinisch auffälliger“ Verhalten, CBCL (4-18),.....	95
Tab. 38. Ergebnis CBCL 4-18 Jahre für Jungen.....	95
Tab. 39. Ergebnis CBCL 4-18 für Mädchen.....	95
Tab. 40. Ergebnis übergeordnete Skalen der CBCL.....	96
Tab. 41. Erwartungen der Begleitpersonen an die Reha-Maßnahme für das Kind.....	99

Tab. 42. Erwartungen der Begleitperson an die eigene Reha-Maßnahme	99
Tab. 43. Interesse der Begleitpersonen an Angeboten und Möglichkeiten für Begleitpersonen in der Fachklinik Satteldüne	102
Tab. 44. Interesse der Begleitpersonen zu t1 an Angeboten des Psychologischen Bereichs für das begleitete Kind.....	103
Tab. 45. Nutzung der Angebote und Möglichkeiten der FK Satteldüne durch die Bps (Angabe zu t2).....	104
Tab. 46. Zufriedenheit der Begleitpersonen mit den Angeboten der FK Satteldüne für Begleitpersonen	105
Tab. 47. Effektivität der Fortbildungsangebote für Begleitpersonen	106
Tab. 48. Gründe für unregelmäßige oder fehlende Teilnahme der Bps an den Fortbildungsangeboten	108
Tab. 49. Effektivität der Patientenschulungen für die begleiteten Kinder aus Sicht der Bp	108
Tab. 50. Gründe für unregelmäßige- oder Nicht-Teilnahme des begleiteten Kindes an den Patientenschulungen aus Sicht der Begleitperson	109
Tab. 51. Deskriptive Datenanalyse Hypothese 4a)	109
Tab. 52. Ergebnis AV: Beurteilung des Reha-Erfolgs des Kindes durch die Begleitperson	110
Tab. 53. Deskriptive Datenanalyse Hypothese 4b)	111
Tab. 54. Mittelwert und Standardabweichung von UV und AV der Hypothesen 5a-d	112
Tab. 55. Ergebnis Hypothesen 5a-d	115
Tab. 56. Wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6a).....	116
Tab. 57. Wichtige Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6b).....	116
Tab. 58. Zentrale Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6c)	117
Tab. 59. Zentrale Kennwerte der statistischen Überprüfung der Hypothese 6d)	118
Tab. 60. Mittelwerte der Hypothese 7b).....	119
Tab. 61. Mittelwerte Hypothese 8a).....	120
Tab. 62. Mittelwerte der AV „Einschätzung Reha-Erfolg des Kindes“ bezogen auf die verschiedenen Gruppen des GSI	121
Tab. 63. Anova-Tabelle Hypothese 8b)	122
Tab. 64. t1 <i>Kiddy-Kindl</i> ^R Altersverteilung der befragten Kinder	123
Tab. 65. Mittelwerte „GSI“ und „Kiddy Kindl Total Score“ zu t1	123
Tab. 66. Kennwerte statistische Überprüfung Hypothese 9a).....	124
Tab. 67. Mittelwerte „GSI“ und „Kiddy Kindl Total Score“ zu t2	124
Tab. 68. Kennwerte statistische Überprüfung Hypothese 9b).....	125
Tab. 69. Zweifaktorieller Messwiederholungsplan mit Experimental- und Kontrollgruppe	138
Tab. 70. Messinstrumente zu t1.....	141
Tab. 71. Messinstrumente zu t2.....	141
Tab. 72. Messinstrumente zu t3.....	142
Tab. 73. Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe der Triple-P-Studie.....	151
Tab. 74. Ausfall bei t2	152
Tab. 75. Deskriptive Statistiken Hypothese 11a.).....	154
Tab. 76. Hypothese 11.a) Deskriptive Auswertung: GSI des BSI (Triple-P-Studie).....	155
Tab. 77. Hypothese 11.a: Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse.....	156
Tab. 78. Items der SCL-K-9 und ihre Entsprechung in der SCL-90-R und dem BSI.....	157
Tab. 79. Deskriptive Statistiken des SCL-K-9 (Hypothese 11.b)	158
Tab. 80. Hypothese 11.b) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse	159
Tab. 81. Ergebnis Hypothese 12.) Deskriptive Statistiken <i>FZEV</i>	160
Tab. 82. Hypothese 12.) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse	160
Tab. 83. Deskriptive Statistiken Hypothese 13.) Ergebnis <i>EFB</i>	161

Tab. 84. Hypothese 13.a) Prozentualer Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten (gemessen mit dem <i>EFB</i>); n=63	163
Tab. 85. Hypothese 13.a) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse.....	163
Tab. 86. Paarweise Vergleiche für Hypothese 13.a)	164
Tab. 87. Deskriptive Statistiken Hypothese 13.b) <i>EFB-K</i>	166
Tab. 88. Hypothese 13b) Vergleich der Mittelwerte: Triple-P-Studie und Normstichprobe des <i>EFB-K</i>	167
Tab. 89. Hypothese 13.b) Prozentualer Anteil der Begleitpersonen mit auffällig dysfunktionalem Erziehungsverhalten (gemessen mit dem <i>EFB-K</i>); n=47	167
Tab. 90. Hypothesen 13.1b-13.3b) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse	168
Tab. 91. Hypothese 14.) Deskriptive Statistiken CBCL	171
Tab. 92. Hypothese 14) Prozentualer Anteil der begleiteten Kinder mit klinisch auffälligem Verhalten zu den drei Messzeitpunkten	173
Tab. 93. Hypothese 14) Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse	174
Tab. 94. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.1 (t2, n=32)	175
Tab. 95. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.2 (t2, n=32)	175
Tab. 96. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr.3 (t2, n=32)	176
Tab. 97. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung, Item Nr.4 (t2, n=32).....	176
Tab. 98. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 5 (t2, n=32)	176
Tab. 99. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 6 (t2, n=32)	176
Tab. 100. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 7 (t2, n=32)	177
Tab. 101. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 8 (t2, n=32)	177
Tab. 102. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 9 (t2, n=32)	177
Tab. 103. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 10 (t2, n=32)	177
Tab. 104. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 11 (t2, n=32)	178
Tab. 105. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 12 (t2, n=32)	178
Tab. 106. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 13 (t2, n=32)	178
Tab. 107. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 14 (t2, n=32)	178
Tab. 108. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 15 (t2, n=32)	179
Tab. 109. Ergebnis „Triple P - Kursbeurteilung“, Item Nr. 16 (t2, n=32)	179
Tab. 110. Ergebnis Item Nr. 2 (t3; EG: n=27; KG: n=22)	179
Tab. 111. Ergebnis Item Nr. 3 (t3; EG: n=27; KG n=22)	179
Tab. 112. Ergebnis Item Nr. 4 (t3; EG: n=27;KG: n=22)	180
Tab. 113. Ergebnis Item Nr.5 (t3; EG: n=27;KG: n=22)	180
Tab. 114. Ergebnis, Item Nr.7 :t3, EG n=27	180
Tab. 115. Ergebnis Item Nr. 8: t3; EG n=27	180
Tab. 116. Ergebnis Item Nr. 9;t3; EG:n=27	181
Tab. 117. Ergebnis Item Nr. 9; t3; KG: n=22.....	181
Tab. 118. Hypothese 16.) Zentrale statistische Kennwerte	181
Tab. 119. Tabelle für den Kolmogorov-Smirnov-Test.....	243
Tab. 120. Ergebnis K-S-Test für die Hypothesen 11.)-14.)	246
Tab. 121. Ergebnis Box-Test für die Hypothesen 11.)-14.)	247
Tab. 122. Ergebnis Levene-Test für die Hypothesen 11.) -14.)	248
Tab. 123. Ergebnis Mauchly-Test für die Hypothesen 11.)-14.).....	249
Tab. 124. Vergleich soziodemografische Daten Experimental- und Kontrollgruppe mit Chi-Quadrat-Test	253
Tab. 125. Vergleichbarkeit von EG und KG, Ergebnis der t-Tests.....	255
Tab. 126. Hypothesenorientierte Übersicht über unabhängige und abhängige Variablen und der dazugehörigen Messinstrumente.....	257

Anhang D: Teilveröffentlichungen

Vorträge

12.09.2001 in Westerland / Sylt: Jahresfachtagung des VDR

Hoyer, S. & Kiosz, D.: *Kinder mit Elternbegleitung* (unveröffentlichter Vortrag)

10/ 2002 in Gaißach: Jahresfachtagung des VDR

Hoyer, S. & Kiosz, D.: *Begleitpersonen in der Kinderrehabilitation* (unveröffentlichter Vortrag)

29.10.2003 in Nebel / Amrum: Jahresfachtagung des VDR

Hoyer, S. & Kiosz, D.: *Evaluation des Erziehungstrainings „Triple-P“ in der stationären Kinderrehabilitation* (unveröffentlichter Vortrag)

14.3.2006 in Bayreuth: 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *„Triple-P“ in der stationären Kinderrehabilitation: Kurz- und langfristige Effekte* (veröffentlicht in: 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, Bd 64)

27.3.2007 in Berlin: 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *Gesundheitsbezogene Lebensqualität von chronisch kranken Kleinkindern mit Begleitperson in der stationären Kinderrehabilitation* (veröffentlicht in: 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, Bd 72)

06.03.2012 in Hamburg: 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Hoyer, S. & Kiosz, D.: *Kurz- und langfristige Effekte des Erziehungstrainings „Triple-P“ für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Ergebnisse einer experimentellen Therapiestudie* (veröffentlicht in: 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, Bd 91)

Posterbeiträge

08.03 2004 in Düsseldorf: 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *Begleitpersonen in der stationären Rehabilitation von Kindern im Vorschulalter: Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen der psychischen Belastung der Begleitperson und dem Reha-Erfolg des Kindes* (veröffentlicht in: 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV Schriften, Bd 52)

30.9.2005 in Bremen: 101. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *(Poster 1): Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Sind Interventionen sinnvoll? (Poster 2): Effekte psychologischer Interventionen für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation* (veröffentlicht in: Monatschrift für Kinderheilkunde 9/2005)

16.9.2006 in Mainz: 102. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation: Motive für die Mitaufnahme als Begleitperson und Erwartungen an die Reha-Maßnahme* (veröffentlicht in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 9/2006)

16.9.2007 in Nürnberg: 103. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin.

Hoyer, S., Kiosz, D. & Niebel, G.: *Verhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität von chronisch kranken Kindern mit Begleitperson in der stationären Kinderrehabilitation* (veröffentlicht in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 9/2007)

Anhang E: Ergebnisse der Tests zur Überprüfung der Voraussetzungen der Varianzanalysen (experimentelle Therapiestudie „Triple-P“)

Der Kolmogorov-Smirnov-Test zur Überprüfung der Voraussetzung „Normalverteilung“

Der Kolmogorov-Smirnov-Test kann auch bei kleineren Stichproben eingesetzt werden, um zu überprüfen, ob eine gegebene Verteilung mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Normalverteilung abweicht. Die Berechnung basiert auf dem Vergleich mit einer hypothetischen Normalverteilungskurve. Die Logik der Berechnung geht davon aus, dass die tatsächliche Verteilung von einer hypothetischen Normalverteilung an einem beliebigen Punkt eine bestimmte flächenmäßige Abweichung nicht überschreiten darf, andernfalls müsste die Annahme einer Normalverteilung verworfen werden. Daher wird in einer Reihe von Rechenschritten die jeweilige konkrete Abweichung errechnet. Die größte auftretende Abweichung (= extremste Differenz) wird mit einer Tafel des Kolmogorov-Smirnov-Tests verglichen (vgl. Tab. 119). Falls die extremste Differenz diesen Wert überschreitet, liegt keine Normalverteilung vor. Falls sie diesen Wert unterschreitet, muss die theoretische Annahme einer Normalverteilung nicht verworfen werden. Für die asymptotische Signifikanz gilt: ist diese größer als das vorher festgelegte Signifikanzniveau von $p=0.05$, kann die Hypothese der Annahme einer Normalverteilung nicht verworfen werden.

n	Wert	n	Wert	n	Wert	n	Wert
3	0,708	12	0,375	21	0,287	30	0,242
4	0,624	13	0,361	22	0,281	31	0,238
5	0,563	14	0,349	23	0,275	32	0,234
6	0,519	15	0,338	24	0,269	33	0,231
7	0,483	16	0,327	25	0,264	34	0,227
8	0,454	17	0,318	26	0,259	35	0,224
9	0,43	18	0,309	27	0,254		
10	0,409	19	0,301	28	0,25		
11	0,391	20	0,294	29	0,246		

Tab. 119. Tabelle für den Kolmogorov-Smirnov-Test

Nachfolgend ist das Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests für die Hypothesen 11.) – 14.) dargestellt:

Ergebnis Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest	T1	T2	T3
Hypothese 11.a) BSI (Global Severity Index)			
<u>Experimentalgruppe (n=32)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,162	0,244	
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,918	1,382	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p =0,369	p= 0,044*	
<u>Kontrollgruppe (n=32)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,233	0,252	
Kolmogorov-Smirnov-Z:	1,260	1,423	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,083	0,035*	
Hypothese 11.b) SCL-K-9 (Gesamtwert GSI-9)			
<u>Experimentalgruppe (n=27)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,230	0,243	0,243
Kolmogorov-Smirnov-Z:	1,174	1,263	1,264
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,127	0,082	0,082
<u>Kontrollgruppe (n=22)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,244	0,327	0,275
Kolmogorov-Smirnov-Z:	1,116	1,534	1,291
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,165	0,018*	0,071
Hypothese 12.) Gesamtskala FZEV			
<u>Experimentalgruppe (n=27)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,115	0,127	0,123
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,595	0,658	0,639
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p= 0,870	p= 0,779	p= 0,809
<u>Kontrollgruppe (n=22)</u>			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,224	0,118	0,145
Kolmogorov-Smirnov-Z:	1,053	0,555	0,678
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,218	p=0,918	p=0,747
Hypothese 13.a) EFB			
<u>Experimentalgruppe (n=31)</u>			
Subskala: Überreagieren			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,099	0,134	
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,553	0,749	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,920	p=0,629	
Subskala: Nachsichtigkeit			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,095	0,098	
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,531	0,545	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,940	p=0,927	
Subskala: Weitschweifigkeit			

Extremste Differenzen (Absolut)	0,173	0,086	
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,965	0,478	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,310	p=0,976	
Gesamtskala EFB			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,149	0,091	
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,831	0,501	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,495	p=0,958	
<u>Kontrollgruppe (n=32)</u>			
Subskala: Überreagieren			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,123	0,112	
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,693	0,634	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,722	p=0,861	
Subskala: Nachsichtigkeit			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,117	0,089	
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,664	0,503	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,770	p=0,962	
Subskala: Weitschweifigkeit			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,106	0,141	
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,601	0,798	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,862	p=0,547	
Gesamtskala EFB			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,156	0,119	
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,884	0,676	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,415	p=0,751	
Hypothese 13.b) EFB-K			
<u>Experimentalgruppe (n=27)</u>			
Subskala: Überreagieren			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,098	0,115	0,157
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,502	0,588	0,814
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,963	p=0,879	p=0,522
Subskala: Nachsichtigkeit			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,117	0,096	0,133
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,596	0,490	0,693
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,869	p=0,970	p=0,724
Gesamtskala EFB-K			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,116	0,152	0,100
Kolmogorov-Smirnov-Z:	0,593	0,773	0,520
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,873	p=0,589	p=0,950
<u>Kontrollgruppe (n=22)</u>			
Subskala: Überreagieren			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,167	0,128	0,172
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,781	0,602	0,805
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p= 0,575	p=0,861	p=0,537

Subskala: Nachsichtigkeit			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,176	0,092	0,180
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,827	0,433	0,844
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,500	p=0,992	p=0,474
Gesamtskala EFB-K			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,152	0,126	0,145
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,712	0,592	0,678
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,690	p=0,875	p=0,747
Hypothese 14.) CBCL			
<u>Experimentalgruppe (n=27)</u>			
Subskala „Internal“			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,124	0,155	0,190
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,643	0,805	0,969
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,802	p=0,536	p=0,305
Subskala „External“			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,163	0,111	0,169
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,847	0,576	0,863
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,469	p=0,895	p=0,445
Gesamtwert (Total Score) CBCL			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,105	0,097	0,119
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,545	0,506	0,606
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,928	p=0,960	p=0,857
<u>Kontrollgruppe (n=22)</u>			
Subskala „Internal“			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,119	0,116	0,117
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,556	0,546	0,828
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,917	p=0,927	p=0,499
Subskala „External“			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,152	0,123	0,129
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,711	0,577	0,586
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,693	p=0,893	p=0,882
Gesamtwert (Total Score) CBCL			
Extremste Differenzen (Absolut)	0,149	0,104	0,193
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,697	0,485	0,905
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	p=0,717	p=0,572	p=0,386
* = signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 120. Ergebnis K-S-Test für die Hypothesen 11.-14.)

Der Box-Test zur Prüfung der Varianzhomogenität

Mit einem *Box-Test* zur Prüfung der Varianzhomogenität über alle Gruppen (gleiche Fehlervarianzen in allen Zellen) wurde folgende Nullhypothese geprüft: Die Stichproben der verschiedenen Kovarianzmatrizen entstammen derselben Grundgesamtheit.

Das Untersuchungsergebnis des *Box-Test* für die Hypothesen 11.-14.) lautet:

Hypothese und Test	Box-M-Test	F	Signifikanz (p)
Hypothese 11.a) AV: Psychische Belastung (BSI: GSI)	1,088	0,350	p=0,789
Hypothese 11.b) AV: Psychische Belastung (SCL-K-9: Gesamtskala)	28,272	4,364	p= 0,000*
Hypothese 12.) AV: Positives Erziehungsverhalten (FZEV)	3,191	0,494	p= 0,813
Hypothese 13.a) AV: Negatives Erziehungsverhalten (EFB)			
Subskala Überreagieren	5,561	F=1,788	p= 0,147
Subskala Nachsichtigkeit	3,331	F=1,071	p= 0,360
Subskala Weitschweifigkeit	7,840	F=2,520	p= 0,056
Gesamtskala EFB	1,298	F= 0,417	p=0,741
Hypothese 13.b) AV: Negatives Erziehungsverhalten (EFB-K)			
Subskala Überreagieren	10,173	F=1,570	p= 0,151
Subskala Nachsichtigkeit	2,904	F=0,449	p= 0,846
Gesamtskala EFB-K	8,405	F= 1,297	p=0,254
Hypothese 14.) AV: Verhaltensauffälligkeiten des begleiteten Kindes (CBCL)			
Subskala „Internal“	8,151	F=1,263	p=0,271
Subskala „External“	5,768	F=0,893	p= 0,498
Total Score (Gesamtwert)	2,622	F=0,406	p= 0,875
* = signifikant auf dem Niveau von 0,05			

Tab. 121. Ergebnis Box-Test für die Hypothesen 11.)-14.)

Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Mit dem *Levene-Test* auf Gleichheit der Fehlervarianzen wurde die Nullhypothese geprüft, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Bei annähernd gleicher Zellbesetzung aller Gruppen ist der diesem Test zugrunde liegende F-Test relativ robust gegenüber einer etwaigen Verletzung der Varianzhomogenitätsannahme.

Das Untersuchungsergebnis des *Levene-Test* für die Hypothesen 11.-14.) lautet:

	F	df1	df2	Signifikanz
Hypothese 11.a) BSI				
T1: GSI	0,70	1	62	0,793
T2: GSI	0,114	1	62	0,737
Hypothese 11.b) SCL-K-9				
T1: Gesamtskala	1,88	1	45	0,667
T2: Gesamtskala	0,79	1	45	0,780
T3: Gesamtskala	0,002	1	45	0,963
Hypothese 12.)				
T1: FZEV Gesamtskala	0,001	1	47	0,969
T2: FZEV Gesamtskala	0,020	1	47	0,889
T3: FZEV Gesamtskala	0,899	1	47	0,348
Hypothese 13.a) EFB				
T1: EFB Gesamtskala	0,009	1	61	0,925
T1: EFB Überreagieren	0,112	1	61	0,739
T1: EFB Nachsichtigkeit	0,000	1	61	0,987
T1: EFB Weitschweifigkeit	0,262	1	61	0,611
T2: EFB Gesamtskala	0,030	1	61	0,863
T2: EFB Überreagieren	0,991	1	61	0,323
T2: EFB Nachsichtigkeit	1,516	1	61	0,223
T2: EFB Weitschweifigkeit	1,677	1	61	0,200
Hypothese 13.b) EFB-K				
T1: EFB-K Gesamtskala	0,030	1	45	0,863
T1: EFB-K Überreagieren	0,310	1	45	0,580
T1: EFB-K Nachsichtigkeit	0,571	1	46	0,456
T2: EFB-K Gesamtskala	0,559	1	45	0,458
T2: EFB-K Überreagieren	4,446	1	45	0,041*
T2: EFB-K Nachsichtigkeit	0,015	1	46	0,904
T3: EFB-K Gesamtskala	0,936	1	45	0,339
T3: EFB-K Überreagieren	1,905	1	45	0,174
T3: EFB-K Nachsichtigkeit	0,194	1	46	0,662
Hypothese 14.)				
T1 CBCL Internal	0,646	1	47	0,426
T1 CBCL External	0,023	1	47	0,881
T1 CBCL Total Score	0,271	1	47	0,605
T2 CBCL Internal	4,201	1	47	0,046*
T2 CBCL External	0,858	1	47	0,359
T2 CBCL Total Score	0,263	1	47	0,611
T3 CBCL Internal	0,000	1	47	0,990
T3 CBCL External	0,977	1	47	0,328
T3 CBCL Total Score	1,942	1	47	0,170

Tab. 122. Ergebnis Levene-Test für die Hypothesen 11.) -14.)

Der Mauchly-Test auf Sphärizität

Der Mauchly-Test prüft, ob die Voraussetzung der Sphärizität gegeben ist (Sphärizität bedeutet, dass die Differenzen zwischen den Faktorstufen gleich sind). Ist das Ergebnis signifikant, ist die Sphärizität nicht gegeben. In diesem Fall wird auf die Greenhouse-Geisser-Korrektur zurückgegriffen.

Es folgt das Untersuchungsergebnis des Mauchly-Test für die Hypothesen 11.-14.):

Innersubjekteffekt	Mauchly-W	Approximiertes Chi-Quadrat	df	Signifikanz
Messung BSI: Global Severity Index	1,000	0,000	0	1,000
Messung SCL-K-9: Gesamtskala	0,999	0,057	2	0,999
Messung FZEV: Gesamtskala	0,958	1,962	2	0,375
Messung EFB: Gesamtskala				
Überreagieren	1,000	0,000	0	1,000
Nachsichtigkeit	1,000	0,000	0	1,000
Weitschweifigkeit	1,000	0,000	0	1,000
Messung EFB-K: Gesamtwert	8,963	1,644	2	0,439
Überreagieren	0,932	3,088	2	0,214
Nachsichtigkeit	0,963	1,716	2	0,424
Messung CBCL: Internal	0,998	0,107	2	0,948
External	0,955	2,120	2	0,437
Total Score	0,999	0,033	2	0,984

Tab. 123. Ergebnis Mauchly-Test für die Hypothesen 11.)-14.)

Zusammenfassendes Ergebnis der Tests zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Einsatz der zweifaktoriellen Varianzanalysen der Hypothesen 11.-14.)

Mit dem *Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest* wurde inferenzstatistisch überprüft, ob die Verteilung der abhängigen Variable signifikant von einer Normalverteilung abweicht.⁴⁷ Das Testergebnis ist in Tabelle 120 dargestellt.

⁴⁷ Bei dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest wird die empirische Verteilung automatisch in viele Intervalle aufgeteilt und die in jedem Intervall beobachtete empirische Häufigkeit mit der zu erwartenden Häufigkeit bei der Normalverteilung verglichen. Ein signifikanter Wert in diesem Verfahren weist also auf nicht-normalverteilte Daten hin.

Ergebnis Hypothese 11.a) Der Grenzwert für Stichproben, bei denen n zwischen 1-35 liegt und das Signifikanzniveau mit 5 % festgelegt ist, lautet gemäß der oben abgebildeten Kolmogorov-Smirnov-Tabelle 0,234 (für $n = 32$)

- Für den Messzeitpunkt t_1 gilt: Dieser Grenzwert wird weder von der Experimentalgruppe noch von der Kontrollgruppe überschritten, weshalb die theoretische Annahme einer Normalverteilung nicht verworfen werden muss.
- Zum Messzeitpunkt t_2 wird der Grenzwert von beiden Gruppen überschritten; eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung liegt vor (Experimentalgruppe: $p=0,044$; Kontrollgruppe $p=0,035$).

Somit ist eine der Voraussetzungen für den Einsatz der Varianzanalyse (Normalverteilung der Daten in den einzelnen Gruppen), nur zum Messzeitpunkt t_1 gegeben.

Ergebnis Hypothese 11.b) Der Grenzwert für Stichproben, bei denen n zwischen 1-35 liegt und das Signifikanzniveau mit 5 % festgelegt ist, lautet gemäß der oben abgebildeten Kolmogorov-Smirnov-Tabelle 0,254 (für $n=27$) und 0,281 (für $n=22$).

- Für die Messzeitpunkte t_1 und t_3 gilt, dass diese Grenzwerte von keiner der beiden Gruppen überschritten werden und keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vorliegt, weshalb die theoretische Annahme einer Normalverteilung nicht verworfen werden muss.
- Zum Messzeitpunkt t_2 gilt für die Experimentalgruppe ebenso, dass der Grenzwert nicht überschritten wird und keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vorliegt.
- Die Kontrollgruppe überschreitet jedoch zum Messzeitpunkt t_2 den Grenzwert und es liegt eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vor ($p=0,018$), weshalb an dieser Stelle die Voraussetzung „Normalverteilung“ für den Einsatz der Varianzanalyse nicht gegeben ist.

Da für die Hypothesen 11a) und 11b) die Normalverteilungs-Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt werden, erfolgt die statistische Auswertung mithilfe der Greenhouse-Geisser-Korrektur des Untersuchungsergebnis.

Ergebnis Hypothesen 12.)-14.) Es liegt keine Überschreitung des Grenzwertes vor und ebenso ist keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung zu beobachten, weshalb die theoretische Annahme einer Normalverteilung nicht verworfen werden muss.

Mit dem **Box-Test** wurde überprüft, ob die Varianzhomogenität der Daten als gegeben vorausgesetzt werden kann. Das Ergebnis ist in Tabelle 121 dargestellt.

- Für die Hypothesen **11.a)** sowie **12.)-14.)** ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant, weshalb die Hypothese einer Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen nicht zurückgewiesen wird.
- Für die Hypothese **11.b)** wird das Ergebnis statistisch signifikant ($p=0,000$), weshalb die Varianzhomogenität nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Mit dem *Levene-Test* wurde geprüft, ob die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über die Gruppen hinweg gleich ist. Das Untersuchungsergebnis ist in Tabelle 122 dargestellt.

- Für die Hypothesen **11.a+b)**, **12.)** sowie **13.a)** ist der *Levene-Test* zu keinem der drei Messzeitpunkte statistisch signifikant, weshalb die Gleichheit der Fehlervarianz vorausgesetzt werden kann.
- Bei Hypothese **13.b)** wird der Levene-Test zu Messzeitpunkt t2 für die Subskala „Überreagieren“ des *EFB-K* statistisch signifikant ($p=0,041$). Die Fehlervarianz der abhängigen Variable ist über die Gruppen hinweg nicht gleich. Dasselbe gilt bei Hypothese **14.)** für die Subskala „Internal“ der *CBCL*, welche zu Messzeitpunkt t2 statistisch signifikant wird ($p=0,046$).

Mit dem *Mauchly-Test* wurde überprüft, ob die Varianzen der Differenzen zwischen jeweils zwei Faktorstufen homogen sind (d.h. die Annahme der Sphärizität ist nicht verletzt). Das Ergebnis ist für die **Hypothesen 11.-14.)** statistisch nicht signifikant, weshalb diese Voraussetzung für die Durchführung einer Varianzanalyse nicht verletzt wurde (zum Untersuchungsergebnis vgl. Tabelle 123).

Anhang F: Experimentelle Therapiestudie „Triple-P“: Vergleichbarkeit von EG und KG

Mit nonparametrischen Tests (Chi-Quadrat-Homogenitätstests) wurde geprüft, ob die Experimental- und die Kontrollgruppe zum Messzeitpunkt t1 in den wichtigsten soziodemographischen Merkmalen miteinander vergleichbar sind und derselben Grundgesamtheit bzw. Verteilung entstammen. Bei einem vorher festgelegten Signifikanzniveau von 5 % ist bei keinem der untersuchten Merkmale ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen erkennbar, so dass von einer Gleichverteilung ausgegangen werden kann. In der folgenden Tabelle sind die Stichprobenumfänge der einzelnen Gruppen sowie die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests für die untersuchten Merkmale dargestellt.

Merkmal	Verarbeitete Fälle n	EG n	KG n	Chi-Quadrat (Pearson)	df	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Geschlecht Kind	73	41	32	0,006	1	0,936	1,000	0,564
Schulabschluss: Mutter	73	41	32	9,393	5	0,094		
Vater	68	39	29	7,999	5	0,156		
Berufsausbildung: Mutter	73	41	32	2,674	5	0,750		
Vater	68	39	29	4,435	5	0,489		
Z. Zt. ausgeübter Beruf : Mutter	73	41	32	10,149	9	0,339		
Vater	68	39	29	4,864	8	0,772		
Arbeitsstunden pro Woche von: Mutter	73	41	32	5,457	4	0,244		
Vater	65	38	27	0,919	4	0,922		
Wohnsituation (Haus oder Wohnung)	73	41	32	0,019	1	0,890	1,000	0,540
Die Eltern des Kindes sind....verheiratet bzw, leben zusammen ohne Trauschein bzw. haben eine Partnerschaft ohne zusammenzuleben)	73	41	32	2,717	3	0,437		
Die Eltern des Kindes sind getrennt oder geschieden	73	41	32	0,573	1	0,449	0,493	0,343
Falls getrennt, sind die Eltern allein erziehend bzw. mit neuem Partner zusammenlebend bzw. mit neuem Partner zusammen ohne mit ihm zusammenzuleben	73	41	32	7,496	3	0,058		
Falls die Eltern geschieden	73	41	32	2,854	2	0,240		

den sind, bei wem lebt das Kind (Mutter oder Vater)								
Ist ein Elternteil des Kindes verstorben (ja/nein)	73	41	32	2,635	1	0,105	0,189	0,189
Falls ein Elternteil verstorben ist: wer? (Vater oder Mutter)	73	41	32	2,635	1	0,105	0,189	0,189
Ist ein Elternteil zur Zeit schwer erkrankt (ja/nein)	73	41	31	3,202	1	0,074	0,129	0,098
Falls ja woran (körperlich / psychisch / beides zugleich)	71	40	31	2,428	2	0,489		
Falls ja: wer ist erkrankt (Vater / Mutter)	72	41	31	0,796	2	0,672		
Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe in der Vergangenheit	72	41	31	2,400	1	0,121	0,190	0,099
Besuch von Betreuungseinrichtung Kind (Krippe, Kindergarten, Vorschule, Schule)	72	40	32	2,966	3	0,397		
Dauer der Betreuung (ganztags, halbtags, stundenweise)	72	40	32	2,045	3	0,563		
Falls das Kind zuhause betreut wird: von wem? (Mutter / Vater)	73	41	32	0,094	1	0,760	0,787	0,487
Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe wegen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in der Vergangenheit	72	40	32	2,057	1	0,151	0,282	0,141
Diagnose des Kindes:	73	41	32					
Asthma				0,011	1	0,918	1,00	0,553
Neurodermitis				1,749	1	0,186	0,229	0,140
Infektanfälligkeit				2,282	1	0,131	0,156	0,102
Bronchitis				1,239	1	0,266	0,377	0,266
EG = Experimentalgruppe				KG =Kontrollgruppe				

Tab. 124. Vergleich soziodemografische Daten Experimental- und Kontrollgruppe mit Chi-Quadrat-Test

Mit *t-Tests für unabhängige Stichproben* wurde geprüft, ob die Experimentalgruppe und die Kontrollgruppe in den untersuchten metrisch skalierten psychosozialen Merkmalen sowie soziodemografischen Merkmalen miteinander vergleichbar sind bzw. derselben Grundgesamtheit entstammen. Es sind auf einem Niveau von 5 % keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden, d.h. die Vergleichbarkeit der Gruppen ist gewährleistet. In der folgenden Tabelle ist das Untersuchungsergebnis dargestellt:

Merkmale (Messzeitpunkt t1)	N EG	N KG	EG MEG (SD)	KG MKG (SD)	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Durchschnittsalter Mutter	37	32	32,32 (4,05)	33,94 (5,07)	-1,467	67	0,147
Durchschnittsalter Vater	35	30	36,20 (6,23)	37,37 (5,98)	-0,766	63	0,446
Durchschnittsalter Kind	41	32	4,27 (1,66)	3,72 (1,35)	1,521	71	0,133
Anzahl der Geschwisterkinder	37	32	0,70 (0,66)	1,06 (0,91)	-1,851	67	0,063
Anzahl der Räume einschließlich Küche (ohne Bad, Flur, Keller)	34	28	5,12 (1,66)	5,28 (1,46)	-0,418	60	0,678
Quadratmeteranzahl Wohnung	38	32	107,31 (45,85)	116,31 (48,09)	-0,800	69	0,472
Anzahl der Personen pro Haushalt	41	32	3,68 (0,76)	3,81 (0,89)	-0,670	71	0,505
CBCL 1½-5 Jahre	41	32				71	
Skala I: Emotionally Reactive			3,46 (2,19)	2,53 (1,78)	1,955		0,055
Skala II: Anxious / Depressed			3,76 (2,83)	4,31 (2,22)	-0,914		0,364
Skala III: Somatic complaints			2,41 (2,28)	2,94 (3,40)	-0,785		0,435
Skala IV: Withdrawn			1,71 (1,55)	2,00 (3,40)	-0,801		0,426
Skala V: Sleep Problems			3,63 (2,73)	3,66 (2,65)	-0,035		0,972
Skala VI: Attention Problems			2,80 (2,23)	2,59 (2,09)	0,413		0,681
Skala VII: Aggressive Behavior			11,32 (6,40)	10,81 (4,85)	0,370		0,712
Skala VIII: Other Problems			9,37 (4,80)	9,12 (5,18)	0,205		0,838
T-Wert: Internal			54,88 (8,66)	55,69 (7,83)	-0,413		0,681
T-Wert: External			51,58 (9,33)	50,97 (8,03)	0,298		0,76
T-Wert: Total Problems			53,07 (8,44)	53,16 (7,60)	-0,044		0,965
FZEV Gesamtskala	41	32	2,15 (0,37)	2,16 (0,39)	-0,082	71	0,935
EFB	40	32					
Skala: Überreagieren			3,74 (1,12)	3,40 (1,00)	1,316	70	0,193
Skala: Nachsichtigkeit			2,56 (0,67)	2,60 (0,67)	-0,214	70	0,831
Skala: Weitschweifigkeit			4,58 (1,11)	4,39 (1,05)	0,750	70	0,456
Gesamtskala			3,49 (0,68)	3,30 (0,64)	1,155	70	0,252
BSI	41	32					
Skala 1: Somatisierung			0,37 (0,53)	0,34 (0,54)	0,215	71	0,831
Skala 2: Zwanghaftigkeit			0,69 (0,64)	0,60 (0,64)	0,601	71	0,550
Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt			0,73 (0,81)	0,64 (0,61)	0,504	71	0,616

Skala 4: Depressivität		0,58 (0,76)	0,39 (0,52)	1,175	71	0,244
Skala 5: Ängstlichkeit		0,60 (0,52)	0,47 (0,50)	1,048	71	0,298
Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit		0,70 (0,63)	0,53 (0,49)	1,254	71	0,214
Skala 7: Phobische Angst		0,27 (0,47)	0,21 (0,34)	0,602	71	0,549
Skala 8: Paranoides Denken		0,61 (0,67)	0,60 (0,66)	0,072	71	0,943
Skala 9: Psychotizismus		0,32 (0,53)	0,26 (0,43)	0,568	71	0,572
Global Severity Index (GSI)		0,54 (0,50)	0,45 (0,43)	0,866	71	0,389
EG = Experimentalgruppe						
KG = Kontrollgruppe						
M_{EG} (SD) = Mittelwert Experimentalgruppe (Standardabweichung)						
M_{KG} (SD) = Mittelwert Kontrollgruppe (Standardabweichung)						

Tab. 125. Vergleichbarkeit von EG und KG, Ergebnis der t-Tests

Anhang G: Zusammenfassende Variablenübersicht Begleitpersonenstudie

In der folgenden Tabelle werden für jede einzelne Hypothese der Begleitpersonenstudie die unabhängigen und abhängigen Variablen und die dazugehörigen Messverfahren aufgeführt.

Hypothese	Art der Variablen	Name der Variablen	Messinstrument
1b)	UV1 UV2 AV	Begleitperson (Bp) Keine Bp (Normstichprobe) Psychische Belastung der Bp	BSI
1c)	UV1 UV2 AV	Bp Keine Bp (Normstichprobe) Negatives Erziehungsverhalten	EFB-K
1d)	UV1 UV2 AV	Bp Keine Bp (Normstichprobe) Positives Erziehungsverhalten	FZEV
1e)	UV1 UV2 AV	Begleitetes (chronisch krankes) Kind Nicht-begleitetes Kind (Normstichprobe) Verhaltensauffälligkeiten	CBCL
4a)	UV AV	Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot Reha-Erfolg des Kindes	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
4b)	UV AV	Zufriedenheit der Bp mit der Reha des Kindes Reha-Erfolg des Kindes	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
5a)	UV 1 AV 1	Ausmaß der Erfüllung der eigenen Erwartungen der Bp an die Reha Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
5b)	UV 2 AV 2	Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Bp an die Reha des Kindes Zufriedenheit der Bp mit der Reha-Maßnahme des Kindes	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
5c)	UV1 AV 2	Ausmaß der Erfüllung der eigenen Erwartungen der Bp an die Reha Zufriedenheit der Bp mit der Reha-Maßnahme des Kindes	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
5d)	UV 2 AV 1	Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen der Bp an die Reha des Kindes Zufriedenheit der Bp mit dem eigenen Reha-Angebot	Abreise-Fragebogen für Bps Abreise-Fragebogen für Bps
6a)	UV1 UV2 AV	Psychisch hoch belastete Bps Psychisch gering belastete Bps Zufriedenheit der Bp mit den versch. Bereichen der Fachklinik für Bps	BSI Abreise-Fragebogen für Bps
6b)	UV1 UV2 AV	Psychisch hoch belastete Bps Psychisch gering belastete Bps Zufriedenheit der Bp mit den versch. Bereichen der Fachklinik für ihr Kind	BSI Abreise-Fragebogen für Bps
6c)	UV1 UV2	Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha messbar verringert Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha messbar erhöht oder	BSI

	AV	unverändert bleibt Bewertung der versch. Bereiche der FK für Bps durch die Bp	Abreise-Fragebogen für Bps
6d)	UV1 UV2 AV	Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha messbar verringert Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha messbar erhöht oder unverändert bleibt Bewertung der versch. Bereiche der FK für das begleitete Kind durch die Bp	BSI Abreise-Fragebogen für Bps
7a)	UV AV	Psychische Belastung der Bp zu t1 Interesse der Bp an den Schulungsmaßnahmen zu t1	BSI Anreise-Fragebogen für Bps
7b)	UV1 UV2 AV	Regelmäßige Teilnahme der Bp an den Schulungsmaßnahmen für Bps Keine bzw. unregelmäßige Teilnahme der Bp Psychische Belastung der Bp zu t1	Abreise-Fragebogen für Bps BSI
8a)	UV AV	Psychische Belastung der Bp zu t1 Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Bp, der Stationsärzte und des Pflegepersonals	BSI Abreise-Fragebogen für Bps, Fragebögen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte und des Pflegepersonals
8b)	UV1 UV2 AV	Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha verringert Bps, deren psychische Belastung sich während der Reha erhöht oder unverändert bleibt Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Bp, der Stationsärzte und des Pflegepersonals	BSI Abreise-Fragebogen für Bps, Fragebögen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte und des Pflegepersonals
9a)	UV1 UV2 AV	Kinder mit zu t1 psychisch hoch belasteter Bp Kinder mit zu t1 psychisch gering belasteter Bp Gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes zu t1	BSI Kindl ^R
9b)	UV1 UV2 AV	Kinder mit zu t2 psychisch hoch belasteter Begleitperson Kinder mit zu t2 psychisch gering belasteter Begleitperson Gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes zu t2	BSI Kindl ^R
10)	UV AV	Positives und negatives Erziehungsverhalten der Bp zu t1 Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Bp, der Stationsärzte und des Pflegepersonals	FZEV und EFB-K Abreise-Fragebogen für Bps, Fragebögen zum Reha-Erfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte und des Pflegepersonals

Tab. 126. Hypothesenorientierte Übersicht über unabhängige und abhängige Variablen und der dazugehörigen Messinstrumente

Anhang H: Instrumentarium

Anreise- Fragebogen für Begleitpersonen

Code-Nummer: _____ Ausfülldatum: ___/___/___ (Tag/Monat/Jahr)

Ihr Kind ist ein: Mädchen Junge Geburtstag des Kindes: ___/___/___ (Tag/Monat/Jahr)

Sie sind: Mutter Vater Sonstiges:



*Es folgen nun einige Fragen zur Reha-Maßnahme in der
Fachklinik Satteldüne.*

01. Fühlen Sie sich durch das von der Fachklinik Satteldüne verschickte **Info-Material**, dass sie
vor der Reha-Maßnahme erhalten haben, ausreichend informiert? Ja Nein

Falls Nein: welche Informationen haben Sie vermisst?.....

.....

02. Von wem wurden Sie auf die **Möglichkeit einer Reha-Maßnahme für Ihr Kind** hingewiesen?
(alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

Kinderarzt

Krankenhaus

Krankenkasse

Selbsthilfeorganisation

Andere Eltern

Fernsehen, Radio, Zeitschriften, Zeitungen, Internet

Sonstige:

03. Wer hat Sie über die **Möglichkeit einer Mitaufnahme als Begleitperson** informiert?

(alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

Kinderarzt

Krankenhaus

Krankenkasse

Selbsthilfeorganisation

Andere Eltern

Fernsehen, Radio, Zeitschriften, Zeitungen, Internet

Sonstige:

04. Sind Ihnen durch die Reha-Maßnahme **Aufwendungen** entstanden? Ja Nein

Falls Ja, welche?

Kostenbeteiligung

Unbezahlter Urlaub

Jahresurlaub

Haushaltshilfe für die Familie

Sonstige:.....

05. Hat es Schwierigkeiten bei der **Antragstellung für Ihr Kind** gegeben? Ja Nein
Falls Ja, welche? Der Kostenträger war dagegen Der Kinderarzt war dagegen

Andere Schwierigkeiten (bitte nennen):

06. Hat es Schwierigkeiten bei der **Kostenübernahme für Sie als Begleitperson** gegeben?
Ja Nein

07. Wie lang war die Zeitspanne zwischen der **Bewilligung** der Reha-Maßnahme und dem **Anreisedatum**?Monate

08. Konnten Sie nur **zu einer bestimmten Jahreszeit** zur Reha fahren (z.B. aus beruflichen Gründen oder weil Sie Kinder im schulpflichtigen Alter haben)? Ja Nein

09. Haben Sie sich auf die Reha-Maßnahme **gefremt**? Ja Nein
Falls Nein, wieso nicht? Aus beruflichen Gründen Aus privaten Gründen



Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erwartungen an die Reha-Maßnahme.

10. Ich **erwarte** von der Reha-Maßnahme **für mein Kind** ...
(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Schulung im Umgang mit der Krankheit
- Erlernen eines selbständigen Umgangs mit der Erkrankung
- Kontakte zu anderen Betroffenen
- Medizinische Unterstützung und Therapie der Erkrankung
- Psychologische Unterstützung
- Erholung und Entspannung

Weitere **Erwartungen für Ihr Kind**:

11. Was wäre Ihrer Meinung nach ein **Reha-Erfolg** für Ihr **Kind**? (bitte nennen)

.....
.....
.....

12. Ich **erwarte** von der Reha-Maßnahme **für mich selbst...**

(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Information über die Erkrankung meines Kindes
- Einblicke in neue Behandlungsmethoden
- Praktische Erfahrung in der Behandlung der Erkrankung meines Kindes
- Psychologische Unterstützung
- Erfahrungsaustausch / Gespräche mit anderen Begleitpersonen
- Neue Kontakte zu anderen Betroffenen
- Anregung für die Erziehung meines Kindes
- Entlastung von der Verantwortung für mein Kind
- Freizeit außer Haus, auch ohne die Kinder
- Eigene Erholung und Entspannung

Weitere **Erwartungen für Sie selbst:**

.....

.....

13. Haben Sie sich vorgenommen, während der Reha-Maßnahme Ihres Kindes etwas **für Ihre eigene Gesundheit** zu tun?

Ja Nein

Falls ja, was haben Sie sich vorgenommen?

- Diät
- Sport
- Entspannungstraining
- Mit dem Rauchen aufhören

Sonstiges:

.....



Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Gründe, warum Sie Ihr Kind begleiten.

14. Hätten Sie Ihr Kind auch **alleine** eine Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne absolvieren lassen, falls **keine Begleitperson bewilligt** worden wäre? Ja Nein

Falls Nein, warum nicht? (Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen):

- Mein Kind ist noch zu klein
- Mein Kind würde ohne Begleitperson Heimweh haben.
- Eine Trennung von meinem Kind über mehr als drei Wochen würde ich nicht aushalten
- Ich befürchte, dass mein Kind ohne meine Begleitung nicht bei den Therapien mitmacht
- Es ist mir wichtig, bei den medizinischen Untersuchungen meines Kindes dabei zu sein
- Ich habe als Kind selbst schlechte Erfahrungen während einer Reha-Maßnahme ohne Begleitperson gemacht, die ich meinem Kind ersparen möchte

Weitere Gründe (bitte nennen):

.....
.....

15. **Ab welchem Alter** würden Sie Ihr Kind **ohne Begleitperson** eine **stationären Reha-Maßnahme** absolvieren lassen? AbJahren

16. Hätten Sie der Reha-Maßnahme in der Fachklinik Satteldüne auch zugestimmt, wenn Sie als Begleitperson **getrennt von Ihrem Kind untergebracht** worden wären (z.B. außerhalb des Klinikgeländes)? Ja Nein

Falls Nein: **ab welchem Alter Ihres Kindes** könnten Sie sich vorstellen, als Begleitperson **getrennt** von Ihrem Kind **außerhalb des Klinikgeländes** zu wohnen? AbJahren

17. Wie groß ist Ihrer Meinung nach der **positive Einfluss einer Begleitperson** auf den **Reha-Erfolg des Kindes**?

- Gering
- Mittel
- Stark

18. In der Fachklinik Satteldüne gibt es verschiedene **Angebote für Ihr Kind**. Bitte geben Sie an, wie wichtig es Ihnen ist, dass Ihr Kind an diesen Angeboten teilnimmt.

Dass mein Kind an diesem Angebot teilnimmt, ist mir.....	gar nicht wichtig	weniger wichtig	weder wichtig noch unwichtig	wichtig	sehr wichtig
Medizinischer Bereich					
Ärztliche Visiten und Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiemaßnahmen (z.B. Rauminhalation, therapeutische Bäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologischer Bereich					
Entspannungstraining für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik bei Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten-Schulungen					
Patienten-Schulungen (z.B. Asthmaschulung, Neurodermitis-Schulung, Programm für übergewichtige Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporttherapie					
Sporttherapie (z.B. Asthmasport, Sport für übergewichtige Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationssport für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter-Kind-Turnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie-Bereich					
Krankengymnastische Behandlung (z.B. Inhalationstechnik, Haltungsturnen, Autogene Drainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationsangebote					
Betreuung des Kindes durch Stationsmitarbeiter in der Spielgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutische Anwendungen mit den Stationsmitarbeitern (z.B. Eincremen, Inhalieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsaustausch / Gespräche					
Mit anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Stationsmitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. In der Fachklinik Satteldüne gibt es verschiedene **Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen**. Bitte geben Sie an, wie groß Ihr eigenes Interesse dafür ist.

Mein eigenes Interesse für dieses Angebot für Begleitpersonen ist ...	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark
Medizinischer Bereich					
Begleitung ihres Kindes zu den ärztlichen Visiten und Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung ihres Kindes zu Therapiemaßnahmen (Inhalation, Bäder usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologischer Bereich					
Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs: „Überlebenstraining für Eltern“ (Grundlagen der positiven Kindererziehung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungsangebote für Begleitpersonen					
Schulungen für Begleitpersonen über die Erkrankung des Kindes (z.B. Asthaschulung, Neurodermitisschulung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie-Bereich					
Krankengymnastische Behandlung (z.B. Atemgymnastik, Autogene Drainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätküche					
Diätberatung (z.B. wegen Allergie oder Übergewicht des Kindes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätessen für Begleitpersonen, die abnehmen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportbereich					
Sportangebote für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitangebote					
Freizeitangebote in der Fachklinik Satteldüne (z.B. Bastelraum, Bücherei, Schwimmbad, Sauna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten außer Haus mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit außer Haus ohne die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsaustausch					
Mit anderen Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Stationsmitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Es folgen nun einige allgemeine Fragen zu Ihrer Lebens- und Wohnsituation.

20. Wie alt sind die Eltern des Kindes? Alter der **Mutter**:Alter des **Vaters**:

21. Wie viele **Geschwister** hat das von Ihnen begleitete Kind? 1 2 3 4 5
Wie alt sind die Geschwisterkinder?

22. **Schulabschluss** der **Mutter**:

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule
- Realschule
- Erweiterter Realschulabschluss
- Abitur

Sonstige:.....

23. **Berufsausbildung** der Mutter:

- Lehre ohne Abschluss
- Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss
- Meister
- Fachhochschulabschluss
- Universitätsabschluss

Sonstige:

24. **Erlerner Beruf** der Mutter:

25. **Zur Zeit ausgeübter Beruf** der Mutter:

- Ungelernte Arbeiterin
- Gelernte Arbeiterin
- Angestellte
- Beamtin
- Selbständige Tätigkeit
- Studentin
- In Ausbildung
- Umschulungsmaßnahme
- Hausfrau
- Zur Zeit arbeitslos seit.....Monaten

Sonstige:

26. Wie viel **Stunden pro Woche** arbeitet die Mutter?

- Weniger als 10 Stunden
- 10 bis 20 Stunden
- 20 bis 30 Stunden
- Mehr als 30 Stunden

27. **Schulabschluss** des **Vaters**:

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule
- Realschule
- Erweiterter Realschulabschluss
- Abitur

Sonstige:

28. **Berufsausbildung** des Vaters:

- Lehre ohne Abschluss
- Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss
- Meister
- Fachhochschulabschluss
- Universitätsabschluss

Sonstige:

29. **Erlerner Beruf** des Vaters:

30. **Zur Zeit ausgeübter Beruf** des Vaters:

- Ungelernter Arbeiter
- Gelernter Arbeiter
- Angestellter
- Beamter
- Selbständige Tätigkeit
- Student
- In Ausbildung
- Umschulungsmaßnahme
- Hausmann
- Zur Zeit arbeitslos seit.....Monaten

Sonstige:

31. Wie viel **Stunden pro Woche** arbeitet der Vater?

- Weniger als 10 Stunden
- 10 bis 20 Stunden
- 20 bis 30 Stunde
- Mehr als 30 Stunden

32. Das **Netto-Familieneinkommen** (= Einkommen nach Abzug der Steuern) liegt pro Monat bei:

- Weniger als 750 €
- 750 bis 1000 €
- 1000 bis 1500 €
- 1500 bis 2000 €
- 2000 bis 2500 €
- Mehr als 2500 €

33. Wie viele Räume einschließlich Küche (**ohne** Bad, Flur, Keller) bewohnen Sie?Räume

34. Bewohnen Sie: ein Haus oder eine Wohnung ?

35. Wohnen Sie: zur Miete oder handelt es sich um Wohneigentum ?

36. Wie **groß** ist Ihre Wohnung / Ihr Haus? m²

37. **Zahl der Personen** im Haushalt des Kindes (einschließlich Kind):Personen

38. Verfügt Ihr Kind über ein **eigenes Zimmer**? Ja Nein

39. Wie oft sind Sie seit der Geburt des Kindes (Patient) **umgezogen**?

- Nie Einmal Zweimal Dreimal Mehr als dreimal



Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Lebenssituation und Krankheitsgeschichte Ihres Kindes.

40. Besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?

- Kinderkrippe
- Kindergarten
- Vorschule
- Schule

41. Wie lange ist Ihr Kind tagsüber in dieser Einrichtung?

- Ganztags
- Halbtags
- Stundenweise

42. Falls Ihr Kind keine dieser Einrichtungen besucht und zuhause betreut wird: von wem?

(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Mutter
- Vater
- Verwandte
- Tagesmutter

Sonstige:

43. Lebte Ihr Kind schon mal in einer Pflegefamilie, einem Pflege- oder Erziehungsheim?

Ja Nein

Falls ja: wie lange?.....

44. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus?

Ja Nein

Falls ja: Aus welchem Grund?

45. Haben Sie sich im Krankenhaus schon mal als Begleitperson mit aufnehmen lassen?

Ja Nein

46. Bei welchen **Fachleuten** sind Sie **zur Zeit** zuhause **mit Ihrem Kind in Behandlung**?

(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen):

- Kinderarzt /Hausarzt
- Facharzt (z.B. Hautarzt, Lungenarzt, Allergologe)
- Physiotherapeut (Krankengymnast)
- Ergotherapeut (Beschäftigungstherapeut)
- Logopäde (Sprachtherapeut)
- Psychologe
- Heilpraktiker
- CF-Ambulanz

Sonstige:

47. Wegen **welcher Erkrankung** ist Ihr Kind zur Behandlung in der Fachklinik Satteldüne?

.....

48. **Seit wann** hat Ihr Kind diese Erkrankung? Seit der Geburt

SeitJahren

49. Wer hat **die Erkrankung** bei Ihrem Kind **festgestellt**, wegen der es in der Fachklinik Satteldüne zur Behandlung ist?

- Entbindungsklinik
- Kinderarzt / Hausarzt
- Facharzt (z.B. Hautarzt, Allergologe)
- Der behandelnde Arzt beim 1. Klinikaufenthalt
- Sozial-pädiatisches Zentrum
- Psychologe
- Heilpraktiker
- Sie selbst

Sonstige:

50. Wer ist bei Ihnen zuhause für die **Arztbesuche** mit dem Kind zuständig?

Sie selbst Ihr Partner Abwechselnd Sonstige:

51. Wer ist zuhause hauptsächlich mit der **krankheitsbedingten Pflege** des Kindes befasst?

Sie selbst Ihr Partner Abwechselnd Sonstige:

52. Wer kennt sich in Ihrer Familie am besten mit der **Erkrankung des Kindes** aus?

(alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

Sie selbst Ihr Partner Beide gleich gut Ihr Kind Sonstige:

53. **Wie viel Zeit am Tag** beansprucht die **Therapie** der chronischen Krankheit Ihres Kindes?

(z.B. inhalieren, eincremen)

Weniger als 1 Stunde 1 bis 2 Stunden 2 bis 3 Stunden

54. Welche Aussage trifft für Sie am ehesten zu? (**bitte nur eine Aussage ankreuzen!**)

- Mein Kind führt die therapeutischen Maßnahmen weitgehend selbständig durch
- Mein Kind braucht noch Unterstützung bei den therapeutischen Maßnahmen
- Mein Kind kann die therapeutischen Maßnahmen noch nicht selbst durchführen

55. Wer hat Sie über die Erkrankung Ihres Kindes **informiert**?

(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Kinderarzt / Hausarzt / Klinikarzt
- Facharzt (z.B. Hautarzt, Allergologe)
- Fach- oder Kurklinik
- Fortbildung (z.B. Asthmaschulung)
- Beratungsstelle
- Heilpraktiker
- Psychologe
- Selbsthilfegruppe
- Bücher, Zeitschriften, Fernsehsendungen, Radio, Internet

Sonstige:

56. Fühlen Sie sich ausreichend über die Erkrankung Ihres Kindes informiert? Ja Nein

57. Wie oft hat Ihr Kind früher bereits eine **stationäre Reha-Maßnahme** durchgeführt?

Bei uns im Haus: noch nie 1 mal 2 mal 3 mal mehr als 3 mal
In einer anderen Einrichtung: noch nie 1 mal 2 mal 3 mal mehr als 3 mal

58. Haben Sie Ihr Kind bei **früheren Reha-Maßnahmen** begleitet? Ja Nein
 Falls nein, hat eine andere Bezugsperson das Kind begleitet? Ja Nein
59. Hat Ihr Kind schon mal **ohne Begleitung** eines Elternteils **auswärts übernachtet**?
 Nie Sehr selten Manchmal Oft Regelmäßig



Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre familiäre Situation und auf Belastungsfaktoren in Ihrem Alltag.

60. Die Eltern des Kindes...
 sind verheiratet
 leben zusammen ohne Trauschein
 haben eine Partnerschaft, aber wohnen nicht zusammen
61. Sind die Eltern des **Kindes getrennt oder geschieden**? Ja Nein
 Falls Ja, sind Sie selbst...
 zur Zeit ohne Partner / alleinerziehend
 wieder neu verheiratet
 mit neuem Partner zusammenlebend
 mit neuem Partner zusammen, ohne mit ihm in einem Haushalt zu leben
62. Falls die Eltern **getrennt oder geschieden** sind, bei wem lebt das Kind? Mutter Vater
63. Ist Ihr Kind ein:
 leibliches Kind
 Pflegekind
 Adoptivkind
64. Ist ein Elternteil des Kindes **verstorben**? Ja Nein
 Falls ja: wer? Mutter Vater
65. Ist ein Elternteil des Kindes **geistig oder körperlich behindert**? Ja Nein
66. Ist ein Elternteil des Kindes **zur Zeit schwer erkrankt**? Ja Nein
 Falls ja: woran?
 Körperliche Erkrankung
 Psychische Erkrankung
 Welcher Elternteil ist von der Erkrankung betroffen? Mutter Vater
67. Hat ein Elternteil des Kindes eine **Suchterkrankung**? (z.B. Alkoholabhängigkeit) Ja Nein
 Falls ja: welche?.....
 Welcher Elternteil ist davon betroffen? Mutter Vater
68. Ist ein Elternteil des Kindes schon mal gerichtlich wegen einer Gesetzesübertretung verurteilt worden? Ja Nein
 Falls ja, wer? Mutter Vater
69. Haben Sie sich wegen **Verhaltensauffälligkeiten des Kindes** schon mal psychologische Hilfe oder Beratung geholt? (z.B. bei einem Psychologen oder einer Erziehungsberatungsstelle)
 Ja Nein

70. Haben Sie sich schon mal wegen persönlicher Probleme **psychologische Hilfe** geholt?
 Ja Nein
 Falls ja: aus welchem Anlass?.....

71. Sind Sie **zur Zeit** wegen persönlicher Probleme in **psychologischer Behandlung / Beratung**?
 Ja Nein
 Falls ja: aus welchem Anlass?.....

72. Sind Sie für die **Pflege von Verwandten / Angehörigen** zuständig? Ja Nein

73. Wie oft fahren Sie mit Ihrer Familie in den **Urlaub**?

- Mehrmals im Jahr
- Jedes Jahr einmal
- Alle zwei Jahre
- Seltener als alle 2 Jahre
- Wir verbringen den Urlaub zuhause

Bitte beurteilen Sie folgende Umstände:	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
1. Wie schätzen Sie Ihre alltägliche Belastung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie schätzen Sie Ihre finanziellen Sorgen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie schätzen Sie Ihre berufliche Belastung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie schätzen Sie Ihre gesundheitliche Belastung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie schätzen Sie Ihre Belastung durch Ihre Partnerschaft ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie schätzen Sie Ihre Belastung durch die Erkrankung Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie schätzen Sie Ihre Belastung durch die tägliche Hausarbeit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie schätzen Sie Ihre Belastung durch die Kindererziehung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie schätzen Sie insgesamt Ihre Lebensqualität ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abreise-Fragebogen für Begleitpersonen

VPN-Code: _____ Ausfülldatum: _____

01. Im folgenden werden einige Aussagen aufgeführt, die der **Bewertung der Reha-Maßnahme für Begleitpersonen** dienen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie spontan die Zahl an, die Ihrer Meinung entspricht. Sollten Sie sich nicht sicher sein, kreuzen Sie bitte die Zahl an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

Vielen Dank!

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft stark zu	Trifft voll und ganz zu
1. Ich bin mit dem Angebot für Begleitpersonen zufrieden.	-2	-1	0	+1	+2
2. Ich habe mich in der Fachklinik Satteldüne wohl gefühlt.	-2	-1	0	+1	+2
3. Meine eigenen Erwartungen an die Reha-Maßnahme haben sich erfüllt.	-2	-1	0	+1	+2
4. Ich habe viele Informationen über die Erkrankung meines Kindes dazu gewonnen.	-2	-1	0	+1	+2
5. Ich habe gelernt, mit krankheitsbedingten Krisensituationen bei meinem Kind umzugehen.	-2	-1	0	+1	+2
6. Durch die Gespräche mit anderen Begleitpersonen fühle ich mich entlastet.	-2	-1	0	+1	+2
7. Ich fühle mich zur Zeit ausgeruht und ausgeglichen.	-2	-1	0	+1	+2

02. Bitte geben Sie an, wie **zufrieden** Sie in den letzten Wochen mit folgenden Bereichen des Hauses waren, die Sie als **Begleitperson** betreffen.

Wie zufrieden waren Sie mit....	unzufrieden	eher un- zufrieden	mittel	eher zu- frieden	zufrieden
1. Rezeption / Anmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Service Speisesaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sauberkeit im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medizinischer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Psychologischer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fortbildungsangebote (z.B. Asthmaschulung für Begleitpersonen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diätberatung (nach ärztlicher Verord- nung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sport für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Freizeitangebote für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit bestimmten Bereichen unzufrieden waren: aus welchem Grund?

.....

.....

03. Bitte kreuzen Sie an, **welche Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen** Sie selbst in den letzten Wochen in der Fachklinik Satteldüne **wahrgenommen** haben.

Folgende Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen habe ich.....	Regelmäßig wahrgenommen	Unregelmäßig wahrgenommen	Nie wahrgenommen
Medizinischer Bereich			
Begleitung Ihres Kindes zu den täglichen ärztlichen Visiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung Ihres Kindes zu ärztlichen Untersuchungen (z.B. Lungenfunktion, Allergietest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung Ihres Kindes zu Therapiemaßnahmen (z.B. Rauminhalation, therapeutische Bäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologischer Bereich			
Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs „Überlebenstraining für Eltern“ (Grundlagen der positiven Erziehung: Triple-P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungsangebote (Schulungen)			
Asthmaschulung für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitisschulung für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternabende für Eltern von Kindern mit Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung für Eltern von übergewichtigen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung „Erste Hilfe“ für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Angebote und Möglichkeiten für Begleitpersonen habe ich.....	Regelmäßig wahrgenommen	Unregelmäßig wahrgenommen	Nie wahrgenommen
Physiotherapie-Bereich			
Begleitung des Kindes zur Atemgymnastik (AG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung des Kindes zur Schulung durch Krankengymnasten (z.B. Haltungsturnen, Autogene Drainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätküche			
Diätberatung (nach ärztlicher Verordnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätessen für Begleitpersonen, die abnehmen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportbereich			
Sport für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung des Krafraums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitangebote			
Bastelangebote / Kreativraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernseh-Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücherei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitpersonen-Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-Aktivitäten auf der Insel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit ohne die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsaustausch / Gespräche			
Mit anderen Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Stationsmitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04. Falls Sie an den **Fortbildungsangeboten für Begleitpersonen** (z.B. Asthmaschulung, Neurodermitisschulung) nicht regelmäßig teilgenommen haben: Aus welchem Grund?

- Es gab organisatorische Probleme (z.B. zeitliche Überschneidung mehrerer Angebote)
- Die Betreuung der Kinder während der Schulung gestaltete sich schwierig
- Ich hatte kein Interesse
- Ich habe ausreichende Vorkenntnisse

Sonstige Gründe:.....

05. Bitte beurteilen Sie die **Effektivität der Fortbildungsangebote** (z.B. Asthmaschulung), an denen Sie als Begleitperson in der Fachklinik Satteldüne in den letzten Wochen teilgenommen haben.

Wie schätzen Sie die Effektivität der Fortbildungsangebote für Begleitpersonen ein, hinsichtlich...	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
1. ...Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Kennenlernen neuer Therapiemethoden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Umgang mit der Erkrankung im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Erfahrungsaustausch mit anderen Begleitpersonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was hat Ihnen in den Schulungen für Begleitpersonen gefehlt?.....

06. Haben Sie als Begleitperson während der Reha-Maßnahme etwas für **Ihre eigene Gesundheit** getan? Ja Nein

Falls Ja, was?

- Diät
- Sport
- Raucherentwöhnungskurs
- Entspannungstraining

Sonstiges (bitte nennen):.....

07. Im folgenden werden einige Aussagen aufgeführt, die der **Bewertung der Reha-Maßnahme Ihres Kindes** dienen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie spontan die Zahl an, die Ihrer Meinung entspricht. Sollten Sie sich nicht sicher sein, kreuzen Sie bitte die Zahl an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

Vielen Dank!

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft stark zu	Trifft voll und ganz zu
1. Ich bin mit der Reha-Maßnahme meines Kindes zufrieden.	-2	-1	0	+1	+2

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft stark zu	Trifft voll und ganz zu
2. Meine Erwartungen an die Reha-Maßnahme für mein Kind haben sich erfüllt.	-2	-1	0	+1	+2
3. Mein Kind hat sich wohl gefühlt.	-2	-1	0	+1	+2
4. Der Gesundheitszustand meines Kindes ist besser als vor der Reha-Maßnahme.	-2	-1	0	+1	+2
5. Mein Kind kann jetzt besser mit der Erkrankung umgehen.	-2	-1	0	+1	+2
6. Die Therapien haben meinem Kind geholfen.	-2	-1	0	+1	+2

08. Bitte geben Sie an, wie **zufrieden** Sie in den letzten Wochen mit folgenden Bereichen der Fachklinik Satteldüne waren, die Ihr Kind betreffen.

Wie zufrieden waren Sie mit....	unzu- frieden	eher unzu- frieden	mittel	eher zu- frieden	zufrieden
1. Medizinischer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychologischer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Patientenschulungen (z.B. Atemgymnastik, Neurodermitisschulung „Kratzklötzchen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sportbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Krankengymnastische Be- treuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pädagogische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pflegerische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit bestimmten Bereichen unzufrieden waren: aus welchem Grund?.....

.....

.....

09. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden **Angebote und Möglichkeiten** der Fachklinik Satteldüne Ihr Kind in den letzten Wochen wahrgenommen hat.

Folgende Angebote und Möglichkeiten in der Fachklinik Satteldüne hat mein Kind ...	Regelmäßig wahrgenommen	Unregelmäßig wahrgenommen	Nie wahrgenommen
Psychologischer Bereich			
Diagnostik (z.B. Intelligenztest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie bei den Psychologen (z.B. Blasentraining)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Bereich			
Ärztliche Visiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik (z.B. Blutabnahme, Allergietest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiemaßnahmen (z.B. Rauminhalation, therapeutische Bäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsbezogene Schulungen			
Atemgymnastik (AG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitisschulung „Kratzklötzchen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung für übergewichtige Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie-Bereich (Krankengymnasten)			
Schulung durch Krankengymnasten (z.B. Inhalationstechnik, Haltungsturnen, Autogene Drainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportbereich			
Therapiesport (z.B. Asthasport, Sport für übergewichtige Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter-Kind-Turnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitangebote			
Schwimmhalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-Aktivitäten auf der Insel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch der Kindergruppe unter Aufsicht der Stationsmitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Falls Ihr Kind an den **Patientenschulungen** (z.B. Atemgymnastik, Neurodermitisschulung „Kratzklötzchen“) nicht regelmäßig teilgenommen hat: aus welchem Grund?

- Es gab organisatorische Probleme (z.B. zeitliche Überschneidung von mehreren Angeboten)
- Mein Kind hatte kein Interesse
- Mein Kind hat ausreichende Vorkenntnisse
- Mein Kind ist noch zu klein (unter 4 Jahren)

Sonstige Gründe:.....

11. Bitte beurteilen Sie **die Effektivität der Patientenschulungen**, an denen Ihr Kind in der Fachklinik Satteldüne teilgenommen hat.

Wie schätzen Sie die Effektivität der Patientenschulungen für Ihr Kind ein, hinsichtlich.....	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
1. ...Wissenserwerb in Bezug auf die Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Kennenlernen neuer Therapiemethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Umgang mit der Erkrankung im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welche **Aussage** trifft für Sie am Ende der Reha-Maßnahme am ehesten zu?
(Bitte nur eine Aussage ankreuzen)

- Mein Kind führt die therapeutischen Maßnahmen weitgehend selbständig durch
- Mein Kind braucht noch Unterstützung bei den therapeutischen Maßnahmen
- Mein Kind kann die therapeutischen Maßnahmen noch nicht selbst durchführen

13. **Beurteilung des Reha-Erfolgs**

Wie beurteilen Sie insgesamt den Reha-Erfolg der Heilbehandlung für sich und Ihr Kind?	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Könnten Sie sich vorstellen, bei einer erneuten Reha-Maßnahme in unserem Haus getrennt von Ihrem Kind zu wohnen? Ja Nein

15. Könnten Sie sich vorstellen, Ihr Kind das nächste mal alleine (ohne Begleitperson) eine Reha-Maßnahme in unserem Haus durchführen zu lassen? Ja Nein

16. Würden Sie einer erneuten Heilbehandlung Ihres Kindes in der Fachklinik Satteldüne zustimmen? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anreise-Fragebogen für Begleitpersonen (Kurzform; Hoyer 2002)

Soziodemographische Angaben

1. Wie alt sind die Eltern des Kindes? Alter der **Mutter**:Alter des **Vaters**:
Alter des von Ihnen begleiteten **Kindes**:.....
Geschlecht und Alter der **Geschwister** (falls vorhanden):.....

2. **Schulabschluss** der **Mutter**:

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule
- Realschule
- Erweiterter Realschulabschluss
- Abitur

Sonstige:.....

3. **Berufsausbildung** der Mutter:

- Lehre ohne Abschluss
- Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss
- Meister
- Fachhochschulabschluss
- Universitätsabschluss

Sonstige:

4. **Erlerner Beruf** der Mutter:

5. **Zur Zeit ausgeübter Beruf** der Mutter:

- Ungelernte Arbeiterin
- Gelernte Arbeiterin
- Angestellte
- Beamtin
- Selbständige Tätigkeit
- Studentin
- In Ausbildung
- Umschulungsmaßnahme
- Hausfrau
- Zur Zeit arbeitslos seit.....Monaten

Sonstige:

6. Wie viel **Stunden pro Woche** arbeitet die Mutter?

- Weniger als 10 Stunden
- 10 bis 20 Stunden
- 20 bis 30 Stunden
- Mehr als 30 Stunden

7. **Schulabschluss** des **Vaters**:

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule
- Realschule
- Erweiterter Realschulabschluss
- Abitur

Sonstige:

8. **Berufsausbildung** des **Vaters**:

- Lehre ohne Abschluss
- Lehre mit Abschluss oder Fachschulabschluss
- Meister
- Fachhochschulabschluss
- Universitätsabschluss

Sonstige:

9. **Erlerner Beruf** des **Vaters**:

10. **Zur Zeit ausgeübter Beruf** des **Vaters**:

- Ungelernter Arbeiter
- Gelernter Arbeiter
- Angestellter
- Beamter
- Selbständige Tätigkeit
- Student
- In Ausbildung
- Umschulungsmaßnahme
- Hausmann
- Zur Zeit arbeitslos seit.....Monaten

Sonstige:

11. Wie viel **Stunden pro Woche** arbeitet der Vater?

- Weniger als 10 Stunden
- 10 bis 20 Stunden
- 20 bis 30 Stunden
- Mehr als 30 Stunden

Wohnsituation

12. Wie viele Räume einschließlich Küche (**ohne** Bad, Flur, Keller) bewohnen Sie?.....Räume

13. Bewohnen Sie: ein Haus oder eine Wohnung ?

14. Wie **groß** ist Ihre Wohnung / Ihr Haus? m²

15. **Zahl der Personen** im Haushalt des Kindes (einschließlich Kind):Personen

16. Sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes häufiger **umgezogen**? Ja Nein
Wenn ja: wie oft?.....

Familiäre Situation

17. Die Eltern des Kindes...

- sind verheiratet
- leben zusammen ohne Trauschein
- haben eine Partnerschaft, aber wohnen nicht zusammen

18. Sind die Eltern des **Kindes getrennt oder geschieden**?

Ja Nein

Falls Ja, sind Sie selbst...

- zur Zeit ohne Partner / alleinerziehend
- wieder neu verheiratet
- mit neuem Partner zusammenlebend
- mit neuem Partner zusammen, ohne mit ihm in einem Haushalt zu leben

19. Falls die Eltern **getrennt oder geschieden** sind, bei welchem Elternteil lebt das Kind?

Mutter Vater

20. Ist ein Elternteil des Kindes **verstorben**?

Ja Nein

Falls ja: wer?

Mutter

Vater

21. Ist ein Elternteil des Kindes **zur Zeit schwer erkrankt**?

Ja

Nein

Falls ja: woran?

- Körperliche Erkrankung
- Psychische Erkrankung

Welcher Elternteil ist von der Erkrankung betroffen?

Mutter

Vater

22. Haben Sie irgendwann einmal **psychologische Hilfe** in Anspruch genommen?

Ja Nein

Falls ja: aus welchem Anlass?.....

Angaben zu Ihrem Kind

23. Ist Ihr Kind ein:

- leibliches Kind
- Pflegekind
- Adoptivkind

24. Besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?

- Kinderkrippe
- Kindergarten
- Vorschule
- Schule

25. Wie lange ist Ihr Kind tagsüber in dieser Einrichtung?

- Ganztags
- Halbtags
- Stundenweise

26. Falls Ihr Kind keine dieser Einrichtungen besucht und zuhause betreut wird: von wem?

(bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

- Mutter
- Vater
- Verwandte
- Tagesmutter

Sonstige:

27. Lebte Ihr Kind schon mal in einer Pflegefamilie, einem Pflege- oder Erziehungsheim?

Ja Nein

Falls ja: wie lange?.....

28. Haben Sie sich wegen **Verhaltensauffälligkeiten des Kindes** schon mal psychologische Hilfe oder Beratung geholt? (z.B. bei einem Psychologen oder einer Beratungsstelle)

Ja Nein

29. Wegen welcher Erkrankung ist Ihr Kind zur Behandlung in der Fachklinik Satteldüne?

- Asthma
- Infektanfälligkeit
- Neurodermitis
- Cystische Fibrose
- Adipositas (ernährungsbedingtes Übergewicht)

Sonstiges (bitte nennen):.....

Hier ist der Fragebogen zu Ende. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe!

Fragebogen zur Kursbeurteilung „Triple-P“ zu t2 (modifizierte Version für Begleitpersonen in der stationären Kinder-Reha)

1. Wie würden Sie die Qualität des Triple-P-Angebots, das Sie und Ihr Kind erhalten haben, bewerten?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
schlecht		ausreichend		gut		hervorragend

2. Haben Sie die Hilfe bekommen, die Sie erwartet haben?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
nein, gar nicht		eher nicht		eher ja		ja, völlig

3. War die Kursleitung fachlich kompetent?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
nein, gar nicht		eher nicht		eher ja		ja, völlig

4. Fühlten Sie sich von der Kursleitung ernstgenommen und unterstützt?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
nein, gar nicht		eher nicht		eher ja		ja, völlig

5. War die Atmosphäre im Kurs angenehm?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
nein, gar nicht		eher nicht		eher ja		ja, völlig

6. Hat das Programm den Bedürfnissen *Ihres Kindes* entsprochen?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
es entsprach keinen Bedürfnissen		es entsprach nur wenigen Bedürfnissen		es entsprach den meisten Bedürfnissen		es entsprach allen Bedürfnissen

7. Hat das Programm *Ihren* Bedürfnissen entsprochen?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
es entsprach keinen Bedürfnissen		es entsprach nur wenigen Bedürfnissen		es entsprach den meisten Bedürfnissen		es entsprach allen Bedürfnissen

8. Wie zufrieden waren Sie mit der „Menge“ an Hilfe, die Sie zum Umgang mit ihrem Kind erhalten haben?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
sehr unzufrieden		unzufrieden		zufrieden		sehr zufrieden

9. Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem **Verhalten Ihres Kindes** umzugehen?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
nein, gar nicht		eher nicht		ja, ein wenig		ja, auf jeden Fall

10. Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit Problemen in der Familie generell umzugehen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: Welche positiven Veränderungen haben Sie im Verhalten Ihres Kindes in Ihrem eigenen Verhalten und innerhalb Ihres Familienalltags festgestellt? (ggf. Rückseite des Fragebogens benutzen)

11. Glauben Sie, dass Ihre Partnerschaft von dem Programm profitiert hat?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

12. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Programm?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
sehr unzufrieden unzufrieden zufrieden sehr zufrieden

13. Kämen Sie auf Triple-P zurück, wenn Sie **erneut** Hilfe suchen würden?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, auf eher nicht ja, eventuell ja, auf
keinen Fall jeden Fall

14. Hat das Programm Ihnen geholfen, Strategien zu entwickeln, die Sie an andere Familienmitglieder weitergeben konnten?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, auf eher nicht ja, eventuell ja, auf
keinen Fall jeden Fall

15. Wie ist das **Verhalten** Ihres Kindes zu diesem Zeitpunkt (im Vergleich zum Ende der Reha-Maßnahme)?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
viel schlechter etwas wie etwas besser viel
schlechter schlechter vorher besser besser besser

16. Wie zufrieden sind Sie mit den **Fortschritten** Ihres Kindes? (seit dem Ende der Reha-Maßnahme)?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
sehr unzufrieden eher neutral eher zufrieden sehr
unzufrieden unzufrieden zufrieden zufrieden zufrieden

17. Die folgenden Themen wurden im Triple-P-Gruppenprogramm behandelt. Schätzen Sie bitte jeden der aufgeführten Punkte dahingehend ein

- ob Sie die Inhalte für Ihre persönliche familiäre Situation hilfreich finden
- inwieweit Sie die erlernten Strategien anwenden

	Ist / War für unsere persönliche familiäre Situation hilfreich.	Anwendung der Strategien
	① = stimmt gar nicht ② = stimmt überwiegend nicht ③ = stimmt überwiegend ④ = stimmt vollkommen	① = habe ich nie ausprobiert ② = habe ich schon vorher praktiziert ③ = habe ich im Rahmen des Programms ausprobiert ④ = habe ich als festen Bestandteil in meine Erziehungsmethoden aufgenommen
1. Sitzung:	① ② ③ ④	
Prinzipien der Positiven Erziehung		
Verhaltensbeobachtung	① ② ③ ④	① ② ③ ④
2.Sitzung:	① ② ③ ④	
Förderung der kindlichen Entwicklung		
Wertvolle Zeit verbringen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Mit Ihrem Kind sprechen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Zuneigung zeigen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Loben	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Aufmerksamkeit schenken	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Ideen für spannende Beschäftigungen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Lernen am Modell	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Beiläufiges Lernen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Fragen-Sagen-Tun	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Punktekarte	① ② ③ ④	① ② ③ ④
3. Sitzung: Umgang mit Problemverhalten	① ② ③ ④	
Familienregeln	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Direktes Ansprechen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Absichtliches Ignorieren	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Klare ruhige Anweisungen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Logische Konsequenzen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Stiller Stuhl	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Auszeit	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Kooperationsroutine	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Routine zur Verhaltensänderung	① ② ③ ④	① ② ③ ④
4. Sitzung: Vorausplanen	① ② ③ ④	

Hier ist der Fragebogen zu Ende. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe!

Leitfaden-Interview für Begleitpersonen zu t3 (EG)

(inklusive modifizierte Version des Fragebogens „Kursbeurteilung Triple-P“ für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation)

1. Wie ist das **Verhalten** Ihres Kindes zu diesem Zeitpunkt (im Vergleich zum Ende der Reha- Maßnahme)?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
viel schlechter	schlechter	etwas schlechter	wie vorher	etwas besser	besser	viel besser

2. Wie zufrieden sind Sie mit den **Fortschritten** Ihres Kindes? (seit dem Ende der Reha-Maßnahme)?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	neutral	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

3. Gab es seit dem Ende der Reha-Maßnahme Ereignisse im Leben Ihres Kindes, die **Ursache für „schwieriges Verhalten“** sein könnten? Ja Nein

Umzug

Kindergartenwechsel / Schulwechsel

Krankheit

Krankenhausaufenthalt

Familiäre Ursachen (z.B. Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern)

Sonstiges:

4. Hat Ihr Kind seit dem Ende der Reha-Maßnahme neben medizinischen Maßnahmen noch andere **therapeutische Maßnahmen** erhalten? Ja Nein

Wenn ja: welche?

Ergotherapie

Logopädie

Motopädie

Psychotherapie

Sonstige:

5. Die folgenden Themen wurden im Triple-P-Gruppenprogramm behandelt. Schätzen Sie bitte jeden der aufgeführten Punkte dahingehend ein

- ob Sie die Inhalte für Ihre persönliche familiäre Situation hilfreich finden
- inwieweit Sie die erlernten Strategien anwenden

	Ist / War für unsere persönliche familiäre Situation hilfreich.	Anwendung der Strategien
	① = stimmt gar nicht ② = stimmt überwiegend nicht ③ = stimmt überwiegend ④ = stimmt vollkommen	① = habe ich nie ausprobiert ② = habe ich schon vorher praktiziert ③ = habe ich im Rahmen des Programms ausprobiert ④ = habe ich als festen Bestandteil in meine Erziehungsmethoden aufgenommen
1. Sitzung:	① ② ③ ④	
Prinzipien der Positiven Erziehung		
Verhaltensbeobachtung	① ② ③ ④	① ② ③ ④
2.Sitzung:	① ② ③ ④	
Förderung der kindlichen Entwicklung		
Wertvolle Zeit verbringen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Mit Ihrem Kind sprechen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Zuneigung zeigen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Loben	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Aufmerksamkeit schenken	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Ideen für spannende Beschäftigungen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Lernen am Modell	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Beiläufiges Lernen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Fragen-Sagen-Tun	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Punktekarte	① ② ③ ④	① ② ③ ④
3. Sitzung: Umgang mit Problemverhalten	① ② ③ ④	
Familienregeln	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Direktes Ansprechen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Absichtliches Ignorieren	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Klare ruhige Anweisungen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Logische Konsequenzen	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Stiller Stuhl	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Auszeit	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Kooperationsroutine	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Routine zur Verhaltensänderung	① ② ③ ④	① ② ③ ④
4. Sitzung: Vorausplanen	① ② ③ ④	
Aktivitätenpläne	① ② ③ ④	① ② ③ ④
5.-8. Sitzung: Telefonkontakte	① ② ③ ④	

6. Hat das Triple-P-Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem **Verhalten Ihres Kindes** umzugehen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme

- a) im Verhalten Ihres Kindes
- b) in Ihrem eigenen Verhalten

festgestellt?

7. Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit **Problemen in der Familie** generell umzugehen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme innerhalb Ihres Familienalltags festgestellt?

8. Glauben Sie, dass Ihre **Partnerschaft** von dem Programm profitiert hat?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht eher ja ja, völlig

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme innerhalb Ihrer Partnerschaft festgestellt?

9. Glauben Sie, dass sich die **Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind** durch den Besuch des Triple-P-Kurses verbessert hat?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme in Bezug auf die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind festgestellt?

10. Haben sich die von Ihnen erlernten Triple-P-Erziehungsstrategien bei der **Bewältigung der chronischen Erkrankung** Ihres Kindes als hilfreich erwiesen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Falls ja: können Sie ein **konkretes Beispiel** nennen?

11. Würden Sie empfehlen, das Erziehungstraining „Triple-P“ als **festen Bestandteil in das Klinikangebot für Begleitpersonen** aufzunehmen? Ja Nein

Falls Nein: Warum nicht?

12. Kämen Sie auf Triple-P zurück, wenn Sie **erneut** Hilfe suchen würden?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, auf eher nicht ja, eventuell ja, auf
keinen Fall jeden Fall

13. Würden Sie Triple-P **weiterempfehlen**? Ja Nein

Falls Nein: Wieso nicht?

14. Haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme an anderer Stelle Hilfe für die Erziehung Ihres Kindes gesucht? Falls ja: welche? (z.B. Erziehungsberatung, Triple-P-Homepage, Psychologe, Pädiatrisches Zentrum, Selbsthilfegruppe, Sonstige).

15. Haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme an anderer Stelle Hilfe für Ihre Familie gesucht? Falls ja: welche? (z.B. Paartherapie, Trennungsberatung, Familientherapie, Psychologische Einzelberatung oder Therapie, Sonstige).

Leitfaden-Interview für Begleitpersonen zu t3 (Kontrollgruppe)
(inklusive modifizierte Version des Fragebogens „Kursbeurteilung Triple-P“ für Begleitpersonen in der stationären Kinderrehabilitation)

1. Haben Sie während der Reha-Maßnahme an der Erziehungsberatung des psychologischen Bereichs teilgenommen? Ja Nein

2. Hat das Reha-Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem **Verhalten Ihres Kindes** umzugehen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme

c) im Verhalten Ihres Kindes

d) in Ihrem eigenen Verhalten

festgestellt?

3. Hat das Reha-Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit **Problemen in der Familie** generell umzugehen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme innerhalb Ihres Familienalltags festgestellt?

4. Glauben Sie, dass Ihre **Partnerschaft** von dem Programm profitiert hat?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht eher ja ja, völlig

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme innerhalb Ihrer Partnerschaft festgestellt?

5. Glauben Sie, dass sich die **Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind** durch die Reha-Maßnahme verbessert hat?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Wenn ja: welche **positiven Veränderungen** haben Sie seit dem Ende der Reha-Maßnahme in Bezug auf die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind festgestellt?

6.. Haben Sie während der Reha-Maßnahme Erziehungsstrategien erlernt, die Ihnen bei der **Bewältigung der chronischen Erkrankung** Ihres Kindes helfen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
nein, gar nicht eher nicht ja, ein wenig ja, auf jeden Fall

Falls ja: können Sie ein **konkretes Beispiel** nennen?

7. Würden Sie die Fachklinik Satteldüne **weiterempfehlen**? Ja Nein

Falls Nein: Wieso nicht?

Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson (t2)

Bitte geben Sie an, wie Sie den Reha-Erfolg für sich und Ihr Kind **zum jetzigen Zeitpunkt** (Ende der Reha-Maßnahme) beurteilen.

Wie beurteilen Sie insgesamt den Reha-Erfolg der Heilbehandlung für sich und Ihr Kind zum Ende der Reha-Maßnahme?	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Fragebogen zum Reha-Erfolg des Kindes aus der Sicht der Begleitperson (t3)

Bitte geben Sie an, wie Sie den Reha-Erfolg für sich und Ihr Kind **zum jetzigen Zeitpunkt** (**6 Monate nach der Reha-Maßnahme**) beurteilen.

Wie beurteilen Sie insgesamt den Reha-Erfolg der Heilbehandlung für sich und Ihr Kind zum jetzigen Zeitpunkt?	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Reha-Erfolgs für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Fragebogen zum medizinischen Rehabilitationserfolg des Kindes aus Sicht der Stationsärzte

Name des Kindes: _____ Beurteiler-Code: _____

VP-Code: _____ Datum: _____

	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
Wie hoch schätzen Sie den Rehabilitationserfolg aus medizinischer Sicht für die/den oben genannten Patientin/en allgemein ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an:

1.a) Diagnosestellung zur Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme

- Asthma bronchiale
- Neurodermitis
- Infektanfälligkeit
- Adipositas
- Sonstiges:.....

b) Entlassungsdiagnose

- Asthma bronchiale
- Neurodermitis
- Infektanfälligkeit
- Adipositas
- Sonstiges:.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Mühe!

Fragebogen zur Effektivität der Reha-Maßnahme aus Sicht des Pflegepersonals

Name des Kindes: _____ Beurteiler-Code: _____

VP-Code: _____ Datum: _____

	Sehr gering	gering	mittel	hoch	Sehr hoch
Wie hoch schätzen Sie den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme für das oben genannte Kind allgemein ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Mühe!