

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
der Westfälischen Wilhelms – Universität Münster  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. T. Fűrmiss

**Reaktionen von Kindern und deren Eltern auf einen  
stationären Krankenhausaufenthalt**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae  
der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms – Universität Münster

vorgelegt von

**Magdalene Ricken, geb. Striet**

aus Rheine

2004

**Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

**Dekan: Univ. – Prof. Dr. med. H. Jürgens**

**1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. T. Fürniss**

**2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthny**

**Tag der mündlichen Prüfung: 29. Juni 2004**

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters der Westfälischen Wilhelms – Universität Münster

Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. T. Fűrniß

Referent: Univ.- Prof. Dr. T. Fűrniß

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthny

## ZUSAMMENFASSUNG

### Reaktionen von Kindern und deren Eltern auf einen stationären Krankenhausaufenthalt von Magdalene Ricken

Von August 1996 bis Juni 1998 wurden Eltern von vierzig Kindern, die in diesem Zeitraum stationär in der Kinder- und Jugendabteilung des Franziskushospitals Münster behandelt wurden, nach möglichen Auswirkungen des Krankenhausaufenthaltes auf das Verhalten ihrer Kinder und eigenen Reaktionen befragt.

Zur Datenerhebung wurde als quantitatives Messinstrument die Child Behavior Checklist von ACHENBACH und EDELBROCK eingesetzt, deren Ergebnisse, ausgehend von den durch die ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST erarbeiteten deutschen Normtabellen, mit denen einer Kontrollgruppe verglichen wurden. Dabei zeigten die Kinder, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt untersucht wurden, keine signifikant höhere Verhaltenssymptomatik als die Kinder der Kontrollgruppe.

Das als qualitative Erhebungsinstrument entwickelte halbstandardisierte Interview zeigt dahingegen auf, dass ein Krankenhausaufenthalt im individuellen Erleben eines Kindes ein Belastungsfaktor sein kann, der sich in kurzfristigen Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Schlafstörungen, nervösem oder aggressivem Verhalten manifestieren vermag. Ebenso möglich sind positive Veränderungen im Sinne von Entwicklungsfortschritten.

Über sich selbst berichteten einige Eltern, den Krankenhausaufenthalt ihres Kindes sowohl als positiven als auch als negativen „Störfaktor“ in der Eltern-Kind-Beziehung erlebt zu haben.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>I.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	1
<b>II.</b>	<b>LITERATURÜBERBLICK</b>	3
<b>III.</b>	<b>VORSTELLUNG DER UNTERSUCHUNG UND DER UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE</b>	12
	1. Vorstellung von Methodik und Untersuchungsinstrumenten	13
	1.1 Qualitatives Erhebungsinstrument – Das Interview	13
	1.2 Quantitatives Erhebungsinstrument – Child Behavior Checklist	15
	1.3 Rekrutierung einer Kontrollgruppe	18
	2. Ort der Studie	19
	3. Voraussetzungen für die Teilnahme	20
	4. Rekrutierung der Untersuchungsgruppe	20
	5. Situation der Erhebung	21
<b>IV.</b>	<b>VORSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b>	23
	1. Soziodemographische Daten der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe	23
	2. Auswertung der Child Behavior Checklist	25
	2.1 Anzahl der ausgewerteten Fragebögen	25
	2.2 Ergebnisse im Gesamtscore	26
	2.3 Ergebnisse in den Syndromskalen	28
	2.4 Diskussion der CBCL-Ergebnisse von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe	34
	3. Auswertung der Interviews unter qualitativen Aspekten und Diskussion der Ergebnisse	37
	3.1 Vorerfahrungen des Kindes mit Ärzten und Krankenhaus	37
	3.2 Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes	38
	3.3 Erleben und Verhalten der Kinder nach dem Krankenhausaufenthalt aus Sicht ihrer Eltern	41

3.3.1	Veränderungen im somatischen und psychosomatischen Bereich	41
3.3.2	Veränderungen im affektiven Bereich	44
3.3.3	Überdauernde, nicht personengebundene Veränderungen	46
3.3.4	Veränderungen im kognitiven Bereich	47
3.3.5	Veränderungen aus dem regressiven Symptomenkomplex	48
3.3.6	Veränderungen im Sozialverhalten	49
3.3.7	Veränderungen im Spielverhalten	52
3.3.8	Veränderungen im sprachlichen Bereich	52
3.3.9	Veränderungen im Sexualverhalten und Körperbewusstsein	53
3.3.10	Veränderung gegenüber dem Kinderarzt oder der Kinderärztin	54
3.4	Erleben und Verhalten der Eltern nach dem Krankenhausaufenthalt	56
3.4.1	Veränderungen im kognitiven Bereich	56
3.4.2	Veränderungen im affektiven Bereich	57
3.4.3	Veränderungen im Verhalten	59
3.4.4	Veränderung von Erziehungsvorstellungen	61
3.5	Diskussion der Interviewergebnisse	62
4.	Vergleich der Ergebnisse beider Messinstrumente und Diskussion	68
4.1	Vergleich der Ergebnisse beider Messinstrumente	68
4.2	Diskussion des Vergleichs der Ergebnisse beider Messinstrumente	73
<b>V.</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION</b>	<b>75</b>

<b>VI.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	79
<b>VII.</b>	<b>ANHANG</b>	90
	1. Interviewleitfaden	90
	2. Kategoriensystem	95
<b>VIII.</b>	<b>LEBENS LAUF</b>	106
<b>IX.</b>	<b>DANKSAGUNG</b>	107

## **I. EINLEITUNG**

Ein Krankenhausaufenthalt im Kindesalter ist ein keineswegs seltenes Ereignis. Und wie es in der Natur vieler Erkrankungen liegt, tritt dieses Ereignis in den meisten Fällen plötzlich und ohne Vorwarnung auf.

Nach SAILE und SCHMIDT (1990) hat jedes zweite Kind, unabhängig von der Geburt, bis zum Alter von sieben Jahren schon einen Krankenhausaufenthalt erlebt. Neben der Krankenhauseinweisung nach Unfällen oder zu notwendigen operativen Eingriffen bleiben noch viele andere Erkrankungen im Kindesalter, die eine stationäre Behandlung erfordern. Einer Vielzahl von notwendig werdenden Krankenhausaufenthalten bleibt dabei eine Vorbereitung von Kind und Eltern verwehrt, da der Einweisungsgrund einen akuten Hintergrund hat und kurzfristige Entscheidungen notwendig macht. So sehen sich Kinder und Eltern gleichermaßen in vielen Fällen unverhofft vor der neuen Situation, einen Krankenhausaufenthalt bewältigen zu müssen.

Nicht selten prägen von Seiten der Eltern Vorbehalte, Ängste und Missverständnisse die Einstellung zum Krankenhaus im allgemeinen und zur stationären Aufnahme eines Kindes im besonderen. Diese Einstellungen basieren häufig auf eigenen Erfahrungen, die von den Eltern während eines Krankenhausaufenthaltes in der Kindheit gemacht wurden. Zu diesen Erfahrungen gehören noch die in der Zeit der sechziger und siebziger Jahre des gerade vergangenen Jahrhunderts praktizierte mehr oder weniger strikte Trennung des Kindes im Krankenhaus von den Eltern und die „Scheibenbesuche“, die Kind und Eltern als Kontaktmöglichkeit unter krankenhaushygienischen Gesichtspunkten gewährt wurden. Dazu rücken triste Krankensäle oder das Verbot, das eigene Kuscheltier mitzubringen, ebenso in die Erinnerung wie der rigide Tagesablauf und das Gefühl einer allmächtigen Krankenschwester, deren Anordnungen in jedem Fall Folge zu leisten war.

So mag es angesichts dieser häufigen Erfahrungen derer, die heute als Eltern ihr Kind ins Krankenhaus geben müssen, nicht verwundern, dass trotz der



öffentlich bekannten Krankenhausreformen die durchaus noch verbreitete Auffassung besteht, dass einem Krankenhausaufenthalt im Kindesalter der Aspekt des „psychischen Leidens“ zugeordnet werden kann und der Begriff einer „traumatischen Erfahrung“ weiterhin in Zusammenhang gestellt wird.

Wie betroffene Kinder und deren Eltern auf einen Krankenhausaufenthalt unter heutigen, nicht allgemeingültigen, aber repräsentativen Bedingungen einer Kinderabteilung reagieren, welche Verhaltensweisen ihre Verarbeitung in den ersten Wochen ausdrücken und prägen, sind das zentrale Thema dieser Arbeit.

## II. LITERATURÜBERBLICK

Ohne jeden Zweifel steht das gesamte zwanzigste Jahrhundert im Zeichen der Meilensteine menschlichen Fortschritts.

Eine lange Liste naturwissenschaftlicher, technischer und medizinischer Erkenntnisse, die uns allesamt ungeheuren Fortschritt brachten, ließe sich hier aufzählen. In ihrer Wissenschaftlichkeit durch exakte Messbarkeit und Berechenbarkeit definiert.

Der medizinische Fortschritt des 20. Jahrhunderts in der somatischen Medizin eröffnete neue Lebens- und Überlebenschancen:

Durch chirurgische Interventionen ließen sich erstmals Krankheiten heilen, die vorher den sicheren Tod bedeuteten. Die Durchsetzung hygienischer Maßnahmen verhalf Erkrankungen vorzubeugen. Durch medizintechnische Entwicklungen wurde eine „Einsicht“ in das Innere des Menschen möglich.

Das Verstehen von physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhängen eröffnete neue Dimensionen, ließ neue Fragen entstehen und wurde so wiederum zum Katalysator medizinischer Wissenschaft.

Dagegen blieb die psychische Seite des Patienten Mensch oft unberücksichtigt. Vor den ersten patientenzentrierten Reformen war die Erkenntnis angesichts der Erfolge in der somatischen Medizin, dass die enge medizinische Sicht eines ausschließlich körperlichen Patienten dem Menschen nicht gerecht wird, das Ergebnis eines sich mühsam durchsetzenden Denkprozesses.

Zu selbstverständlich waren bis dahin auch in der pädiatrischen Behandlung die Vorteile, die eine stationäre Aufnahme kranker Kinder in der Zeit mit sich brachte, als Infektionskrankheiten noch nicht antibiotisch behandelt oder durch Impfungen in ihrem Auftreten reduziert werden konnten. Im Vordergrund stand auch hier die somatische Gesundung.

So musste in der Behandlung von Kindern im Krankenhaus zunächst für die Frage, ob das Krankenhaus eine Gefahr für die seelische Gesundheit des

Kindes sein könnte, nicht nur die Sicht geschaffen werden, sondern auch die medizinischen Voraussetzungen, um anderen Behandlungsmethoden Platz zu schaffen.

Unter dem Einfluss von Forschung in Verhaltens- und Entwicklungspsychologie wurde durch die Studien einiger Psychoanalytiker der Anstoß zum Umdenken in Richtung einer Berücksichtigung seelischer Aspekte bei Aufhalten von Kindern in Kinderabteilungen und Kinderkrankenhäusern gegeben. Maßgeblich SPITZ, BOWLBY, ROBERTSON, FREUD A. und BERGMANN waren durch ihre Forschungen und Überlegungen zur Mutter-Kind-Beziehung und durch die Entwicklung des Konzepts des psychischen Hospitalismus am Reformanstoß in den Krankenhäusern beteiligt.

Dieses Konzept, das in einer Zeit seinen Ursprung fand, als die stationäre Aufnahme eines Kindes in ein Krankenhaus noch gleichzusetzen war mit einer mehr oder weniger strikten Trennung von seinen Bezugspersonen und einer meist wochenlangen Aufenthaltsdauer, entwickelte sich zum großen Teil aus bindungstheoretischen Vorstellungen. Als zentraler Faktor für die Entstehung eines emotionalen Traumas im Rahmen eines Krankenhaus- oder Heimaufenthaltes wurde die Trennung von der Mutter gesehen.

BOWLBY und ROBERTSON (1952) formulierten ein Drei-Phasen-Modell, das die Stadien, die ein Kind ihren Erfahrungen und Beobachtungen zufolge im Verlauf einer Hospitalisierung durchlebt, beschreibt:

Die erste Phase des „Protestes“ (protest) ist geprägt von Verwirrung und Entsetzen über die neue Situation, in der das Kind weint und durch Schreien nach seiner Mutter verlangt.

Es folgt die Phase der „Verzweiflung“ (despair). In dieser Phase der Hoffnungslosigkeit ist das Kind in sich zurückgezogen und apathisch, bei gleichzeitig anhaltendem bewussten Verlangen nach der Mutter.

Bei längeren Krankenhaus- oder Heimaufhalten erreicht das Kind die dritte Phase, die der „Verleugnung“ (detachment), die durch eine Nichtbeachtung

und ein scheinbares Nichterkennen der Mutter und sich gleichzeitig entwickelndem Interesse an seiner neuen Umwelt gekennzeichnet ist.

BOWLBY und ROBERTSON formulierten den Begriff der „Deprivation“ (lateinisch *privare* = berauben) und den des „psychischen Hospitalismus“, der sich als Konsequenz des „Beraubens“ und Zerbrechens des Mutter- Kind-Bandes mit den möglichen Symptomen einer anaklitischen Depression entwickeln kann. Beide Begriffe sind bis heute fester Bestandteil der medizinisch- psychologischen Literatur.

In Deutschland wurde die Notwendigkeit einer Prävention des psychischen Hospitalismus in den 60er und 70er Jahren erkannt.

Wesentliche Hilfe leistete der 1970 in Frankfurt gegründete Verein „Aktion Kind im Krankenhaus“, der durch Aufklärung in der Bevölkerung, Erarbeitung und Verteilung von Schrift- und Filmmaterial und Aufforderung zu politischen Konsequenzen die Durchführung von Reformen mit vorantrieb.

Das Phänomen des „Psychischen Hospitalismus“ wurde auch in Deutschland wiederholt beschrieben und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten während und nach einem Krankenhausaufenthalt herausgestellt (TROSCHKE 1974, BIERMANN 1978). Ein besonderes Augenmerk galt der Situation des chirurgisch kranken Kindes, dessen psychische Traumatisierung besonders hoch eingeschätzt wurde (BIERMANN 1979).

Durch Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen haben sich die Rahmenbedingungen in vielen Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen in den letzten 30 Jahren in Fragen der Besuchszeitenregelung, der Mitaufnahme von Eltern, kindgerechter Gestaltung der Abteilungen und Krankenzimmer, der Einbeziehung von Kind und Eltern in Entscheidungsprozesse, kindgerechter Aufklärung, dem Aufbau von therapeutischen Teams bestehend aus Ärzten, Krankenschwestern und Krankenpflegern, Erziehern, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten und Krankenhauspsychologen entscheidend verändert.

Parallel zu diesen Veränderungen wurden auch theoretische Konzepte neu entwickelt oder die schon bestehenden verändert oder erweitert.

Wurde in den Anfängen der Diskussion das Hauptaugenmerk auf bindungstheoretische Aspekte gelegt, so stellen neuere Sichtweisen die Folgen eines Klinikaufenthaltes und das damit verbundene Trennungserlebnis von der primären Bezugsperson als nicht mehr so gravierend dar. So hebt RUTTER (1979) die Bedeutung der weiteren Bezugspersonen im Umfeld eines Kindes, das zudem aktiv an der Gestaltung dieser Bindungen beteiligt ist, hervor und zeigt Kompensationsmöglichkeiten auf, die dem Kind im Rahmen einer Trennung von der Mutter möglich sind. Reichen diese Kompensationsmöglichkeiten nicht, so liegen nach RUTTER (1979) häufig zugleich andere Belastungen (z.B. kriselnde Familienverhältnisse) vor, die an möglichen Fehlentwicklungen beteiligt sind. In seiner Übersichtsstudie mit zehnjährigen Kindern fand RUTTER (1979) im Unterschied zu BOWLBY und ROBERTSON keine Langzeitfolgen, sondern höchstens kurzfristige Auswirkungen durch einen einzelnen Krankenhausaufenthalt, sah aber einen Zusammenhang zwischen Mehrfachkrankenhausaufenthalten und emotionalen Problemen, besonders wenn einer der Aufenthalte ins Vorschulalter fiel.

KNEIST und SPANGENBERG (1979) stellten die Hypothese auf, dass nicht eine Unterforderung und Reizarmut der Umgebung wie von der Deprivationsforschung postuliert, sondern eine Überforderung durch zu viele fremde Personen und unbekannte Dinge für hospitalisierte Kinder eine Belastung darstellt. Das Kind, das eine überschaubare Umgebung braucht, die ihm die Sicherheit gibt, um sich zurechtzufinden, wird von der ihm fremden und vielgestaltigen Umgebung verwirrt und in seiner Orientierung gestört.

Auch LÖSCHENKOHL (1981) konzentrierte sich eher auf die Reaktionen und psychischen Störungen, die bereits während eines Klinikaufenthaltes auftreten können, und entwickelte ein Modell zur Umweltbewältigung bei Kindern im Krankenhaus. Das Krankenhaus stellt seiner Meinung nach eine für das Kind fremde Umweltsituation dar, die es aber mit Hilfe „verstehender Kognitionen“

begreifen kann. So beschrieben SCHANDL und LÖSCHENKOHL (1980), dass Kinder im Krankenhaus, die während des Aufenthaltes durch ein kognitiv orientiertes Interventionsprogramm die Möglichkeit hatten, über Bilderbücher, Spiele oder Beschäftigung mit dem Arztkoffer ihre Situation in einer für das Alter des Kindes angemessenen Form reaktiv zu bewältigen, signifikant weniger Verhaltensstörungen zeigten als Kinder, denen diese Form der Bewältigung durch den Aufbau von adäquaten Kognitionen nicht zur Verfügung stand. Für LÖSCHENKOHL und BRANDESKY (1982) stellen die während oder nach dem Krankenhausaufenthalt bei Klein- und Vorschulkindern auftretenden Verhaltensstörungen ein überaus komplexes Problem dar, das nicht durch einzelne Maßnahmen, wie Liberalisierung der Besuchszeit, Rooming-in oder dergleichen allein zu lösen sei. Sie sehen als weitere günstige Bedingungen für die Reduktion von Verhaltensstörungen die Möglichkeit zum freien und zum organisierten Spiel im Krankenhaus, der Kontakt zu anderen Kindern, positiven Arztkontakt, Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt anhand von Fotobilderbüchern oder in Rollenspielen und ein höheres Alter des Kindes.

Auch für SMORTI und TANI (1990) lassen sich die pathogenen Effekte eines Krankenhausaufenthaltes nicht auf den negativen Einfluss des zerbrechenden Mutter-Kind-Bandes und deprivierende Aspekte reduzieren. Sie verstehen die Bewältigung einer Krankheit und einen Krankenhausaufenthalt als einen komplexen intrapsychischen und interpersonellen Prozess von Kind, Familie und Krankenhauspersonal.

SAILE und SCHMIDT (1990) tragen dieser oben beschriebenen Komplexität ebenfalls in ihrem erarbeiteten Rahmenmodell Rechnung.

Ordnen COWEN und BROWN (1989) einen Krankenhausaufenthalt den „stressful life events and circumstances“ zu, so verstehen SAILE und SCHMIDT Krankenhausaufenthalte lediglich als potentielle kritische Lebensereignisse und systematisieren die für die Verarbeitung ihrer Meinung nach relevanten Bedingungen. Zu diesen Bedingungen zählen sie Vorerfahrungen mit medizinischen Behandlungssituationen, die das Kind

selbst oder bei anderen erlebt hat und deren Art der Bewältigung die neu zu verarbeitende Krankenhauserfahrung genauso zu beeinflussen vermag wie die Häufigkeit und Dauer früherer Krankenhausaufenthalte oder der zeitliche Abstand dazu. Auch Merkmale des Kindes selber aus dem soziodemographischen Bereich, sein individueller Entwicklungsstand und Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Angstneigung, Sozialkompetenz oder Temperament fließen in die Verarbeitung mit ein.

SAILE und SCHMIDT sehen aber nicht nur das Kind allein, das mit seinen Merkmalen die Verarbeitung beeinflusst, sondern auch die Eltern, die sich mit ihrer Persönlichkeit, ihren Erziehungsvorstellungen und ihrem Erziehungsverhalten und mit den ihnen gegebenen Möglichkeiten ihrer Anwesenheit im Krankenhaus in Beziehung stellen.

Ebenso werden kontextuelle Merkmale wie makro- und ökosystemische Aspekte und der Einfluss unterschiedlicher medizinischer Maßnahmen von SAILE und SCHMIDT in das Rahmenmodell eingeordnet. Dazu zählen sie neben den jeweiligen dem Krankenhaus und der Station eigenen Strukturen ebenso die personelle und räumliche Ausstattung und Möglichkeiten von elterlichem Miteinbezug in den Krankenhausalltag. Während des Krankenhausaufenthaltes selber werden psychische Reaktionen in einzelnen Belastungssituationen, unterschieden nach Reaktionen des Kindes, der Eltern und Interaktion zwischen Kind, Eltern und einzelnen Personen der im Krankenhaus vertretenden Berufsgruppen berücksichtigt.

Die folgende Abbildung zeigt das von SAILE und SCHMIDT erarbeitete Rahmenmodell in graphischer Zusammenfassung:

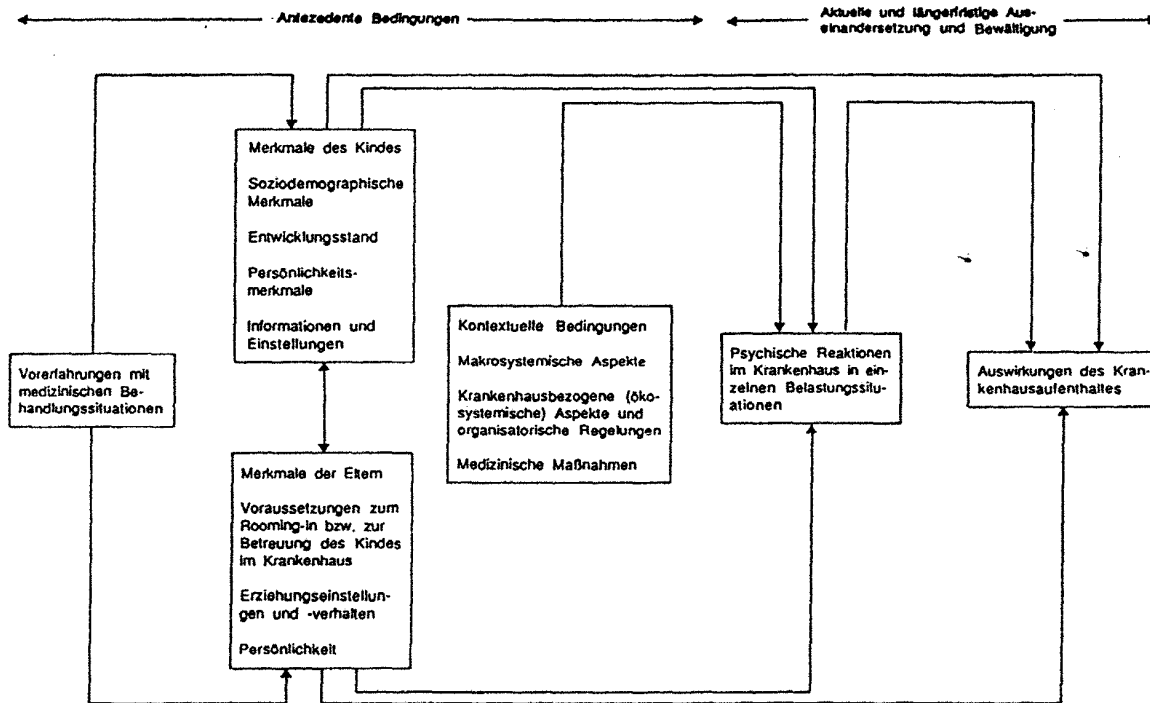


Abb. : Rahmenmodell zur Verarbeitung von Krankenhausaufenthalten.

Aus: SAILE H., SCHMIDT L.R.: Krankenhausaufenthalte bei Kindern.

In: Jahrbuch der medizinischen Psychologie; Bd.4; 1990

Liegen den ersten Beobachtungen und Studien in den 50er und 60er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts noch gänzlich andere Rahmenbedingungen der Krankenhäuser und Kinderstationen zugrunde, die bei einer Übertragung der damaligen Ergebnisse auf die heutige Situation beachtet werden müssen, so muss in heutigen Studien nach SAILE und SCHMIDT im Rahmen der kontextuellen Merkmale die Heterogenität der Bedingungen von Kinderkrankenhäusern und Kinderstationen ihre Berücksichtigung finden. Unterschiede lassen sich in der Regelung der Besuchszeit, der Mitaufnahme von Elternteilen, der elterlichen Beteiligung an Entscheidungsprozessen, der personellen Besetzung oder der kindgerechten Ausstattung der Abteilung finden.

Diese ökosystemischen Unterschiede sind laut BÖSE (1992) eine der Ursachen, die dazu führen, dass die Frage, ob psychischer Hospitalismus auch



heute noch Aktualität besitzt, bejahend beantwortet werden muss. BÖSE (1992) zeigt drei Bereiche auf, in denen noch immer kindliche Deprivation zu beobachten sei: „In veralteten Kinderstationen ohne hinreichende Mutter-Kind-Einheiten, bei den im Krankenhaus von ihren Eltern vernachlässigten Kindern, den sogenannten Sozialwaisen, und letztlich auch im emotional oft so traumatisierendem Bereich der Intensivmedizin und hier vornehmlich in der Frühgeborenenintensivmedizin.“

Die Frage, wann und in welcher Form ein Krankenhausaufenthalt Auswirkungen auf ein Kind haben kann, wird nach SAILE und SCHMIDT, wie aus dem Rahmenmodell ersichtlich wird, in Abhängigkeit von vielen Faktoren gesehen. Negative posthospitale Veränderungen durch Mitaufnahme der Mutter (Rooming-in) sind nach SAILE (1988) nur bis zu einem bestimmten Alter (bis etwa drei Jahre) beeinflussbar. Bei kindgemäßer Stationsatmosphäre und großzügigen Besuchszeiten werden ab diesem Alter andere Ursachen für spätere Verhaltensauffälligkeiten als entscheidend angesehen.

Generell hat das Alter des Patienten für das Erleben und Verarbeitung eines Krankenhausaufenthaltes eine besondere Bedeutung. Als besonders gefährdete Altersgruppe gilt die der Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis zu vier Jahren (MINSEL und SCHELLER 1982, LÖSCHENKOHL 1981, SAILE 1987).

Befunde verschiedener Untersuchungen, die nach dem Greifen der patientenzentrierten Reformen Aussagen über die Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes unter den heutigen Bedingungen machen, konvergieren nach SAILE und SCHMIDT (1990) trotz bestehender methodischer Probleme dahingehend, dass bei kurzer Aufenthaltsdauer die Mehrzahl der Kinder keine oder nur geringfügige Anpassungsprobleme hat.

„Allerdings scheint eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Kindern auf die Belastung durch einen Krankenhausaufenthalt mit kurzfristigen Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren, die schon bei vorher bestehenden psychischen oder sozialen Problemen am ehesten zu befürchten sind.“ (SAILE 1987)

Als Verhaltensstörung nach Entlassung werden Entwicklungsverzögerungen, Minderungen der Selbständigkeit, negative Stimmungen, Aggressionen, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Ängstlichkeit, nervöse Gewohnheiten, negatives Verhalten gegenüber der Mutter, negatives Verhalten gegenüber der Umwelt beschrieben. (LÖSCHENKOHL und BRANDESKY 1982)

Wiederholt wurde auch in den letzten Jahren in einigen Arbeiten über potenzielle positive Auswirkungen im Sinne eines Entwicklungsfortschritts berichtet.

So sagt BREITKOPF (1990) in seinem Vortrag über emotionale Reaktionen von Kindern auf den Krankenhausaufenthalt: „In Anwendung des Konzepts der Krankenkariere kann man sagen, dass eine Krankenkariere eine Serie von Phasen ist, in deren jeder Kinderfreuden und Kinderleiden auftreten können.“

Auch BIERICH (1982) resümiert: „Das Bewältigen der anerkanntermaßen großen Belastungen vermag letzten Endes nicht zu einer Schwächung, sondern vielmehr zu einer Stärkung ihrer Persönlichkeit führen... Sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen versuchen wir, die Krankheit und den Aufenthalt im Krankenhaus als eine positive Aufgabe und als Möglichkeit zur Bewährung darzustellen.“

### **III. VORSTELLUNG DER UNTERSUCHUNG UND DER UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE**

Die zu untersuchende zentrale Fragestellung dieser Arbeit, wie betroffene Kinder und deren Eltern auf einen Krankenhausaufenthalt unter heutigen Bedingungen einer Kinderabteilung reagieren und welche Verhaltensweisen ihre Verarbeitung in den ersten Wochen ausdrücken und prägen, wurde mit Hilfe einer von mir durchgeführten Studie bearbeitet.

Diese Studie wurde in der Zeit von August 1996 bis Juni 1998 in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendabteilung (Station 14) des Franziskushospitals Münster unter der Leitung von Chefarzt Dr. Feil durchgeführt.

In dem beschriebenen Zeitraum wurden Eltern, deren Kinder stationär in der Kinderabteilung behandelt wurden, zum Erleben des Krankenhausaufenthaltes und möglichen Auswirkungen für Kinder und Eltern befragt. Die Eltern wurden noch während des Krankenhausaufenthaltes des Kindes angesprochen, über die Inhalte und Sinn der Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Die Durchführung des Interviews und Ausfüllen des Fragebogens fand drei bis vier Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus mit den Eltern statt.

## 1. Vorstellung von Methodik und Untersuchungsinstrumenten

Empirische Forschungsmethoden lassen sich in quantitative und qualitative Methoden unterteilen, wobei sich die quantitative Forschung der Aufzeigung von Zahlenverhältnissen widmet.

In qualitativ ausgerichteten Untersuchungen wird eine genaue und umfassende Beschreibung des Gegenstandsbereiches vorgenommen. Qualitative Forschung bemüht sich um die Erfassung von Alltagswirklichkeiten und um eine Untersuchung des Subjekts in seinen natürlichen Lebenszusammenhängen.

In dieser Studie wurde durch den kombinierten Einsatz je eines quantitativen und eines qualitativen Messinstruments die Möglichkeit geschaffen, sich sowohl an Zahlen orientierend eine Aussage über das Verhalten der Gesamtgruppe zu machen, als auch individuelle Reaktionsformen in den Blickwinkel zu stellen.

Beide Messinstrumente werden im folgenden Abschnitt vorgestellt.

### *1.1 Qualitatives Erhebungsinstrument – Das Interview*

Ein Interview hat nach LAMNEK (1989) viel mit einer Alltagsbegegnung gemeinsam, auch wenn dieses Gespräch zumeist verabredet und von einer Person organisiert worden ist. „Dies entspricht dem Ziel qualitativer Interviews, das Prinzip, das Alltagsgespräch zu realisieren.“ (LAMNEK, 1989) Für die qualitative Forschung werden von FLICK (1995) Leitfaden-Interviews, Erzählungen und Gruppenverfahren als Möglichkeiten beschrieben.

Als qualitatives Messinstrument wurde in dieser Studie ein halbstandardisiertes Interview eingesetzt, dessen Leitfaden speziell im Rahmen einer Studie zur Untersuchung misshandelter Kinder entwickelt wurde.

GRIGOLEIT und WITTENBECHER (1992) erstellten ihn erstmals zur Erfassung der kinder- und jugendpsychiatrischen Symptomatik extrafamiliär sexuell missbrauchter Kinder. MEISTERERNST und REIPEN (1992) formulierten einen Interviewleitfaden in Anlehnung an den von GRIGOLEIT und WITTENBECHER, um deren Ergebnisse mit denen einer von ihnen untersuchten Kontrollgruppe vergleichen zu können.

Für diese Studie wurde der Interviewleitfaden in den Bereichen „Erleben und Verhalten der Kinder aus Sicht der Eltern“ und „Erleben und Verhalten der Eltern“ den krankenhausspezifischen Aspekten angepasst, lässt aber weiterhin eine direkte Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der anderen Untersuchungen im Rahmen der oben genannten Studie zur Untersuchung misshandelter Kinder zu. Für die Untersuchungsgruppe dieser Studie wurden die Bereiche „Vorerfahrungen des Kindes mit Krankenhaus“, „Informationen über das Kind während des Krankenhausaufenthaltes“ und „Informationen über die Eltern während des Krankenhausaufenthaltes“ spezifisch entwickelt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach Transkription und Anonymisierung aller persönlichen Daten durch ein Kategoriensystem, das sich an dem von GRIGOLEIT und WITTENBECHER (1992) erstellten System orientiert, in den spezifischen Bereichen aber in Anlehnung an den eigenen Interviewleitfaden erweitert wurde.

Diesen Auswertungskategorien wurden von mir Informationen aus den Interviews zugeordnet und in das System übertragen.

Da das Rating der Interviews von mir allein durchgeführt wurde und ich mir der fehlenden Möglichkeit von Reliabilitätsprüfungen bei verschiedenen Ratern durchaus bewusst war, habe ich die Zuordnungen in die

Kategoriensysteme mehrmals kontrolliert, um eine größtmögliche Objektivität zu sichern.

Eine völlige Absicherung ist zwar auch dadurch nicht gewährleistet, denn „die Gültigkeit von Wissen lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen“, doch lassen sich mit Hilfe der Selbstkontrolle die „Annahmen in ihrer Plausibilität und Glaubwürdigkeit beurteilen.“ (FLICK, 1995)

Zudem gewährleisten einerseits die exakte und beinahe immer wörtliche Dokumentation der Interviews und andererseits das Einbringen einiger Textbeispiele parallel zur Auswertung die Möglichkeit einer größeren Transparenz und ermöglichen es, die Interpretationen nachzuvollziehen.

## *1.2 Quantitatives Erhebungsinstrument – Child Behavior Checklist*

Zur möglichst breiten Erfassung von potenziellen Auswirkungen und Folgen eines Kurzkrankenhausaufenthaltes wurde als zweites Messinstrument ein standardisierter Fragebogen gewählt, der die Möglichkeit bietet, durch das Aufzeigen von Zahlenverhältnissen Veränderungen zu beschreiben, und ferner ein sicheres Ausfüllen, Auswerten und einen Vergleich mit anderen Untersuchungen garantiert.

Das in dieser Untersuchung eingesetzte Screeninginstrument zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern ist die von REMSCHMITT und WALTER (1990) übersetzte deutsche Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL), die in den USA von ACHENBACH und EDELBROCK (1983) entwickelt wurde und mittlerweile weltweit Verbreitung gefunden hat.

Der Fragebogen, der von Eltern, Erziehern, Lehrern und anderen Bezugspersonen ausgefüllt werden kann, erfasst deren Urteil über emotionale Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren.

Der aus 20 Items bestehende erste Teil des Fragebogens, der nach Aktivitäten des Kindes, seinen sozialen Beziehungen und seinem Verhalten in der Schule fragt, wurde in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

Der zweite Teil erfasst durch 120 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden innerhalb der letzten 6 Monate.

Die Beantwortung dieser Items erfordert eine Einschätzung des Auftretens, bzw. der Häufigkeit des erfragten Verhaltens in den Kategorien „0“ (nicht zutreffend), „1“ (etwas/manchmal) und „2“ (genau/häufig). 21 Items verlangen bei entsprechender Bejahung eine genaue Verhaltensbeschreibung, um bei der Auswertung das Vorhandensein einer klinischen Relevanz berücksichtigen zu können. Kriterien dafür liefert die Handanweisung.

Die ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST erarbeitete 1997 analog dem Vorgehen von ACHENBACH und EDELBROCK (1991) in einer bundesweit repräsentativen Studie deutsche Normen für Kinder im Alter von 4-18 Jahren.

Die Auswertung erfolgt zunächst über Bildung von Summenwerten durch die Addition der Rohwerte (Antworten aller Items). Diesem berechnetem Gesamtscore kann ein T-Wert zugeordnet werden, der wiederum einem Prozentrang entspricht.

Bei den von der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (1998) analog dem Vorgehen von ACHENBACH (1991) erarbeiteten deutschen Normen werden für die Altersgruppe der 4-11 jährigen Kinder Gesamtscorewerte von bis zu 25-26 Punkten bei Mädchen (zugeordneter T-Wert = 59) und bis zu 27- 28 Punkten bei Jungen (zugeordneter T-Wert = 59) noch im Normalbereich liegend angesehen.

Ein Grenzbereich zwischen den T-Werten 60 und 63 definiert den Übergangsbereich von unauffälligem zu auffälligem Verhalten.

Ab einem T-Wert von 64 (92. Perzentile) wird sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen von kinder- und jugendpsychiatrisch auffälligem Verhalten mit klinischer Relevanz gesprochen.

Das Erfüllen von Kriterium 60 (K60) schließt alle Werte ab einem T-Wert von 60 ein und umfasst somit sowohl alle im Übergangsbereich als auch alle im klinisch auffälligen Bereich liegenden Werte.

Neben der Berechnung der Gesamtscore ist eine Profilauswertung möglich. Aus den Problem-Items wurden von ACHENBACH und EDELBROCK durch faktorenanalytische Untersuchungen 8 Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst / Depressivität, soziale Probleme, schizoid / zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten) gebildet, die wiederum durch Faktorenanalysen zweiter Ordnung in drei Gruppen zusammengefasst wurden: den internalisierenden Störungen, den externalisierenden Störungen und den gemischten Störungen, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden zugeordnet werden können.

Die Gruppe der internalisierenden Störungen setzt sich aus den Skalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und Angst/Depressivität zusammen. Die Gruppe der externalisierenden Störungen setzt sich aus den zwei Skalen delinquentes Verhalten und aggressives Verhalten zusammen.

Zusätzlich zu den 8 Syndromskalen gibt es eine Subskala für 4-11-jährige Kinder, die geschlechtsbezogene Probleme erfasst.

Einige Items sind zwei Skalen zugewiesen, da sie auf zwei Faktoren hohe Ladungen zeigten. Die keiner Skala zugeordneten 33 Items bilden zusammen mit den anderen Items den Gesamtscore.

Bei der Auswertung können wiederum durch Addition der einzelnen Antworten T-Werte für die einzelnen Syndromskalen oder die in Gruppen zusammengefassten Skalen ermittelt werden.

Bei den Syndromskalen werden T-Werte von 71 (98. Perzentile) als klinisch auffällig und behandlungsbedürftig eingeschätzt. Zwischen den T-Werten 67



und 70 wird der Übergangsbereich von unauffälligem zu auffälligem Verhalten definiert.

Das Kriterium für kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeit wird bei den internalisierenden und externalisierenden Störungen durch Erreichen eines T-Wertes von 64 (92. Perzentile) definiert. Der Grenzbereich wird durch T-Werte zwischen 60 und 63 markiert.

### *1.3 Rekrutierung einer Kontrollgruppe*

Um bei den Ergebnissen der Child Behavior Checklist eine Aussage darüber machen zu können, inwiefern diese den Ergebnissen nicht betroffener Kinder gleichen oder sich von ihnen unterscheiden, wurde aus dem Datenpool einer nichtklinischen Gruppe von Kindern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Münster eine Kontrollgruppe mit Kindern gebildet, die nach Matchingkriterien einen Vergleich mit der betroffenen Gruppe zulässt. Folgende Matchingkriterien lagen der Auswahl zugrunde:

1. Sich entsprechendes Alter der nicht betroffenen Kinder und der betroffenen Kinder zum Zeitpunkt der Erhebung.
2. Übereinstimmendes Geschlecht der nicht betroffenen Kinder und der betroffenen Kinder.
3. Vergleichbare Erziehungssituation der Eltern (gemeinsamerziehend oder alleinerziehend) in den Familien der nicht betroffenen Kinder und der betroffenen Kinder.

## 2. Ort der Studie

Die an der Studie beteiligte Kinderabteilung des Franziskushospitals Münster, aus der die Kinder dieser Studie rekrutiert wurden, zeichnet sich durch folgende Eckdaten aus:

Für die stationäre Behandlung stehen der Station 21 Betten für Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 2 bis 18 Jahren zur Verfügung. Die Krankenzimmer sind bis auf einige Farbakzente mit typischem Krankenhausinventar ausgestattet, bieten aber durch die von den Kindern mitgebrachten Spielsachen ein meist buntes Bild.

Auf der Station befindet sich zwischen den Patientenzimmern ein Spielzimmer, das in der Regel von 8.00 Uhr morgens bis 16.30 Uhr nachmittags von einer Erzieherin betreut wird. Die Kinder können dort nach Wunsch allein, mit anderen Kindern, mit den Eltern oder unter Anleitung der Erzieherin spielen. Ist es den Kindern nicht möglich, selbst ins Spielzimmer zu kommen, können die vorhandenen Spiele mit in die Krankenzimmer genommen werden. Der Stationsflur bietet ebenfalls Aufenthalts- und Spielmöglichkeiten für die Patienten. Die Krankenhausbücherei im Erdgeschoss stellt neben der Erwachsenenliteratur Bücher für Kinder jeden Alters zur Verfügung. Für schulpflichtige Kinder gibt es zudem Schulunterricht am Bett. Täglich angebotene Sprechstunden bieten den Eltern neben der üblichen Visite die Möglichkeit zu einem weiteren Arztgespräch.

Neben einer offenen Besuchszeitenregelung ist auf Wunsch des Kindes oder der Eltern die Mitaufnahme eines Elternteils durch Bereitstellung eines Bettes oder einer Liege im Krankenzimmer des Kindes möglich und wird in den meisten Fällen von dem Klinikpersonal ausdrücklich begrüßt.

### **3. Voraussetzungen für die Teilnahme**

Da diese Studie den Voraussetzungen einer von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster unter der Leitung von Prof. Dr. Fürniss übergeordneten Studie über andere mögliche Traumata im Kindesalter entsprechen und eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Gruppen ermöglicht werden sollte, wurde das Lebensalter der zu untersuchenden Kinder auf vier bis acht Jahre festgesetzt.

Die Krankenhausaufenthaltsdauer sollte mindestens drei Tage betragen und die Dauer von vier Wochen möglichst nicht überschreiten. Die Krankheitsbilder durften unterschiedlich sein und eine breite Palette von Erkrankungen im Kindesalter widerspiegeln. Ihnen allen gemeinsam aber sollte ein akuter Beginn und ein nicht chronifizierender Verlauf sein.

### **4. Rekrutierung der Untersuchungsgruppe**

In den ersten sechs Monaten der Studie wurde der Erstkontakt zu den Eltern der Kinder, die für die Studie in Frage kamen, von den jeweiligen Ärzten der Station mit Hilfe eines von mir erstellten Elternbriefes geschaffen.

Wegen der geringen Resonanz und organisatorischer Schwierigkeiten änderte ich die Form dieser Erstkontaktaufnahme und sprach die Eltern von nun an persönlich auf der Kinderstation an. Sinn und Inhalt der Studie konnte den Eltern so direkt erklärt werden.

Aus organisatorischen Gründen war es mir nicht möglich, alle in Frage kommenden Kinder und deren Eltern anzusprechen. Von den 89 angesprochenen Eltern lehnten viele eine Beteiligung direkt oder nach Absprache mit dem zweiten Elternteil ab.

Die Eltern von vierzig Kindern konnten schließlich für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden.

## **5. Situation der Erhebung**

Die Eltern, die sich bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, wurden von mir ein bis zwei Wochen nach Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus angerufen und es wurde ein Termin vereinbart, an dem das Interview und das Ausfüllen des Fragebogens durchgeführt werden sollte. Alle Teilnehmer wurden auf Wunsch zu Hause aufgesucht.

Das Gespräch begann mit einer Begrüßung, dem Verweis auf meine Schweigepflicht und die Anonymisierung der Daten. Die Gespräche wurden im Einverständnis mit den Eltern mit einem Tonträger aufgezeichnet.

Über einen demographischen Kurzfragebogen wurden vor dem Interview von allen Gesprächsteilnehmern und Gesprächsteilnehmerinnen Angaben zum Alter, beruflichen Ausbildung, derzeitigen Berufstätigkeit, zur Familiensituation und erste Informationen über das betroffene Kind und dessen Krankenhausaufenthalt erhoben. Dieser Fragebogen schloss mit der Erfassung anderer signifikanter Lebensereignisse für Eltern und Kinder in den letzten zwei Jahren ab.

In einer allgemeinen Einführung wurde der Interviewablauf durch einen Überblick über die geplanten Gesprächsabschnitte transparenter gemacht und die Untersuchungsziele nochmals erläutert. Die anschließende Befragung in Form des halbstandardisierten Interviews wurde über ein Tonbandgerät aufgezeichnet, später von mir anonymisiert transkribiert und über ein Kategoriensystem ausgewertet.

Die Fragebögen der Child Behavior Checklist wurden direkt im Anschluss an das Interview ausgefüllt. Durch diese Vorgehensweise wurde der vollständige Rücklauf der Bögen gewährleistet.

## **IV. VORSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE**

### **1. Soziodemographische Daten der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe**

Die Untersuchungsstichprobe setzte sich aus 40 Familien mit jeweils einem im Franziskus-Hospital stationär behandelten Kind zusammen. Es wurden 40 Mütter und 32 Väter für die Datengewinnung interviewt.

Auswertbare Ergebnisse liegen in allen 40 Fällen sowohl im Bereich des Interviews als auch der Child Behavior Checklist vor.

Bei den Kindern der Untersuchungsgruppe handelte es sich um 22 Jungen im Alter von 4 bis 8 Jahren (Altersmittel = 5,7 / Median = 5,4) und 18 Mädchen ebenfalls in dieser Altersspanne (Altersmittel = 6,0 / Median = 6,1).

8 der Kinder lebten in Familien mit alleinerziehenden Müttern, 32 der Kinder in Familien mit gemeinsam erziehenden Eltern.

Für 16 der 40 Kinder gaben die Eltern zusätzliche kritische Lebensereignisse in den letzten zwei Kalenderjahren an. In erster Linie wurden von den Müttern und Vätern Umzüge und Schuleintritt, in einigen Fällen aber auch Trennung bzw. Scheidung der Eltern oder Verlust von Bezugspersonen genannt.

Bei den Kindern der Kontrollgruppe handelte es sich um 22 Jungen im Alter von 3,5 bis 8 Jahren (Altersmittel = 6,1 / Median = 6,0) und 18 Mädchen in einer Altersspanne von 4 bis 9 Jahren (Altersmittel = 6,1 / Median = 6,9).

32 der Kinder lebten in einer Familie mit gemeinsam erziehenden Eltern, 8 Kinder in Familien mit einer alleinerziehenden Mutter.

Einen Überblick über den jeweiligen Untersuchungs- und Kontrollgruppenvergleich bieten die folgenden Tabellen:

	<b>Anzahl</b>	<b>Altersmittel</b>	<b>Altersmedian</b>
Mädchen der Untersuchungsgruppe	18	6,0 Jahre	6,1 Jahre
Mädchen der Kontrollgruppe	18	6,1 Jahre	6,9 Jahre

Tabelle 1: Anzahl und Alter der Mädchen in Untersuchungs- und Kontrollgruppe

	<b>Anzahl</b>	<b>Altersmittel</b>	<b>Altersmedian</b>
Jungen der Untersuchungsgruppe	22	5,7 Jahre	5,4 Jahre
Jungen der Kontrollgruppe	22	6,1 Jahre	6,0 Jahre

Tabelle 2: Anzahl und Alter der Jungen in Untersuchungs- und Kontrollgruppe

	<b>Kinder mit gemeinsam erziehenden Eltern</b>	<b>Kinder mit alleinerziehender Mutter</b>
Untersuchungsgruppe	32	8
Kontrollgruppe	32	8

Tabelle 3: Erziehungssituation in den Familien der Kinder der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe

## 2. Auswertung der Child Behavior Checklist

Die Auswertung erfolgt in der Form, dass zunächst die einzelnen Ergebnisse der Untersuchungsgruppe und danach die der Kontrollgruppe gezeigt und diese mit den Ergebnissen der Untersuchungsgruppe verglichen werden.

### 2.1 Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

Alle ausgeteilten Fragebögen der Untersuchungsgruppe waren bei Rückgabe vollständig ausgefüllt und konnten in der Auswertung berücksichtigt werden.

Die Gesamtzahl der ausgewerteten CBCL-Fragebögen beträgt in beiden Gruppen bei jeweils 40 beteiligten Kindern 72. Davon wurden in beiden Gruppen 40 Fragebögen von Müttern und 32 von Vätern ausgefüllt.

	<b>Untersuchungsgruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
Mutter	40	40
Vater	32	32
Gesamt	72	72

Tabelle 4: Gültige CBCL-Fragebögen

Da die Ergebnisse der von MEISTERERNST und REIPEN (1992) untersuchten Gruppe nichtklinischer Kindergartenkinder, aus deren Datenpool die oben beschriebene Kontrollgruppe gebildet wurde, ebenso wie die Entwicklung der Normtabellen durch ACHENBACH und EDELBROCK



(1983) auf der Auswertung der von den Müttern ausgefüllten Fragebögen beruhen, werden auch in dieser Arbeit die mütterlichen Einschätzungen den aufgeführten Ergebnissen zugrunde liegen. Diese Vorgehensweise ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisse der Untersuchungsgruppe mit denen der Kontrollgruppe.

## *2.2 Ergebnisse im Gesamtscore*

Bei Betrachtung der Gesamtscorewerte in der Untersuchungsgruppe liegt der Mittelwert bei den Mädchen ( $n = 18$ ) bei 23,9 Punkten, bei den Jungen ( $n = 22$ ) bei 29,7 Punkten. Für die gesamte Untersuchungsgruppe ( $n = 40$ ) errechnete sich ein Mittelwert von 27,1 Punkten.

In der Kontrollgruppe liegt der Mittelwert für den Gesamtscore bei den Mädchen ( $n = 18$ ) bei 20,8 Punkten und für die Jungen ( $n = 22$ ) bei 23,5 Punkten. Der Mittelwert aller Gesamtscore beträgt in der Kontrollgruppe ( $n = 40$ ) 22,3 Punkte.

Beim Vergleich der Gesamtergebnisse lässt sich bei Durchführung eines T-Testes für die Mittelwertgleichheit kein signifikanter Unterschied feststellen ( $T = 1,5$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,13$ ).

Auch der Vergleich der Mittelwerte der Mädchen aus der Untersuchungsgruppe mit denen aus der Kontrollgruppe ( $T = 0,7$ ;  $df = 34$ ;  $p = 0,45$ ) lässt ebenso wenig wie der Vergleich der Jungen aus beiden Gruppen ( $T = 1,3$ ;  $df = 42$ ;  $p = 0,19$ ) einen signifikanten Unterschied erkennen.

	<b>Untersuchungsgruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
Mädchen (n=18)	23,9	20,8
Jungen (n=22)	29,7	23,5
Gesamt (n=40)	27,1	22,3

Tabelle 5: Mittelwerte der Gesamtscore bei Mädchen und Jungen

In der Untersuchungsgruppe (n=40) haben 19 Kinder Werte im Gesamtscore, die dem Übergangsbereich oder klinisch auffälligen Bereich (Erfüllung von Kriterium 60) zugeordnet werden.

Bei genauerer Unterscheidung haben 12 Kinder im Übergangsbereich liegende T-Werte (T-Wert zwischen 60 und 63) und 7 Kinder Werte, die im klinisch relevanten Bereich (T-Wert ab 64) liegen.

Im Vergleich dazu überschreiten in der Kontrollgruppe (n=40) insgesamt 14 Kinder den T-Wert von 59. Dabei liegen 9 Kinder mit ihren Werten im Übergangsbereich und 5 Kinder in dem Bereich, in dem die angegebenen Verhaltensauffälligkeiten klinische Relevanz haben.

Bei der Überprüfung eines signifikanten Unterschieds zwischen den Ergebnissen beider Gruppen durch Chi-Quadrat-Tests lassen sich bei den einzelnen Kriterien keine signifikanten Unterschiede feststellen (Exakter Test nach Fischer für K60:  $p = 0,36$ ; für K64:  $p = 0,75$ ).

	<b>Untersuchungsgruppe</b> (n = 40)	<b>Kontrollgruppe</b> (n = 40)
Übergangsbereich (T-Wert 60-63)	12	9
Klinisch relevanter Bereich (T-Wert >63)	7	5

Tabelle 6: Fälle mit grenzwertigen oder auffälligen Gesamtscorewerten

### *2.3 Ergebnisse in den Syndromskalen*

Bei der Auswertung der aus den einzelnen Items gebildeten Syndromskalen werden zunächst die Mittelwerte der T-Werte der einzelnen Skalen und der zusammengefassten Skalen in der Untersuchungsgruppe und in der Kontrollgruppe berechnet und gegenübergestellt.

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse dargestellt.

	<b>Untersuchungsgruppe</b> (n = 40)	<b>Kontrollgruppe</b> (n = 40)
Sozialer Rückzug	57,8	56,5
Körperliche Beschwerden	53,7	53,8
Ängstlich / depressiv	59,1	57,3
Soziale Probleme	53,6	53,4
Schizoid / zwanghaft	55,1	54,0
Aufmerksamkeitsprobleme	55,1	53,1
Dissoziales Verhalten	57,7	56,9
Aggressives Verhalten	58,1	57,4
Internalisierende Störungen	58,0	55,3
Externalisierende Störungen	58,2	56,8

Tabelle 7: Mittelwerte der T-Werte der CBCL-Syndromskalen

Bei Durchführung eines T-Testes für die Mittelwertgleichheit lassen sich statistisch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe in den jeweiligen Syndromskalen nachweisen.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Austestung.

<b>T-TEST FÜR DIE MITTELWERTGLEICHHEIT</b>	
Sozialer Rückzug	T = 0,86; df = 78; p = 0,39 (kein signifikanter Unterschied)
Körperliche Beschwerden	T = 0,14; df = 78; p = 0,89 (kein signifikanter Unterschied)
Ängstlich / depressiv	T = 1,10; df = 78; p = 0,30 (kein signifikanter Unterschied)
Soziale Probleme	T = 0,20; df = 78; p = 0,85 (kein signifikanter Unterschied)
Schizoid / zwanghaft	T = 0,72; df = 78; p = 0,48 (kein signifikanter Unterschied)
Aufmerksamkeitsprobleme	T = 1,73; df = 78; p = 0,09 (kein signifikanter Unterschied)
Dissoziales Verhalten	T = 0,60; df = 78; p = 0,55 (kein signifikanter Unterschied)
Aggressives Verhalten	T = 0,48; df = 78; p = 0,63 (kein signifikanter Unterschied)
Internalisierendes Verhalten	T = 1,53; df = 78; p = 0,13 (kein signifikanter Unterschied)
Externalisierendes Verhalten	T = 0,87; df = 78; p = 0,38 (kein signifikanter Unterschied)

Tabelle 8: Signifikanzbewertung der Mittelweltergebnisse der CBCL-Syndromskalen von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe durch T-Test für Mittelwertgleichheit

Auch bei Betrachtung der Mittelweltergebnisse in Abhängigkeit vom Geschlecht zeigt sich in den Syndromskalen sowohl bei den jeweils 18 Mädchen als auch bei den jeweils 22 Jungen kein signifikanter Unterschied.

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Mädchen und in Tabelle 10 die der Jungen dargestellt.

	<b>Mädchen der Untersuchungs- gruppe (n = 18)</b>	<b>Mädchen der Kontrl.gruppe (n = 18)</b>	<b>T-Test für die Mittelwert- gleichheit</b>
Sozialer Rückzug	56,1	56,6	kein signifikanter Unterschied (p = 0,82)
Körperliche Beschwerden	54,6	54,2	kein signifikanter Unterschied (p = 0,82)
Ängstlich / depressiv	58,6	59,3	kein signifikanter Unterschied (p = 0,76)
Soziale Probleme	52,7	54,2	kein signifikanter Unterschied (p = 0,46)
Schizoid / zwanghaft	54,0	53,0	kein signifikanter Unterschied (p = 0,56)
Aufmerksamkeits- probleme	54,1	53,4	kein signifikanter Unterschied (p = 0,70)
Dissoziales Verhalten	56,6	55,6	kein signifikanter Unterschied (p = 0,60)
Aggressives Verhalten	58,1	56,9	kein signifikanter Unterschied (p = 0,61)
Internalisierendes Verhalten	57,2	55,9	kein signifikanter Unterschied (p = 0,62)
Externalisierendes Verhalten	57,7	55,6	kein signifikanter Unterschied (p = 0,40)

Tabelle 9: Mittelwerte der T-Werte der CBCL-Syndromskalen (Mädchen)

	<b>Jungen der Untersuchungs- gruppe (n = 22)</b>	<b>Jungen der Kontrollgruppe (n = 22)</b>	<b>T-Test für die Mittelwert- gleich- heit</b>
Sozialer Rückzug	59,1	56,5	Kein signifikanter Unterschied (p = 0,23)
Körperliche Beschwerden	52,9	53,6	kein signifikanter Unterschied (p = 0,68)
Ängstlich / depressiv	59,6	55,7	kein signifikanter Unterschied (p = 0,09)
Soziale Probleme	54,4	52,7	kein signifikanter Unterschied (p = 0,34)
Schizoid / zwanghaft	56,0	54,8	kein signifikanter Unterschied (p = 0,63)
Aufmerksamkeits- probleme	56,0	52,9	kein signifikanter Unterschied (p = 0,06)
Dissoziales Verhalten	58,6	58,0	kein signifikanter Unterschied (p = 0,74)
Aggressives Verhalten	58,2	57,8	kein signifikanter Unterschied (p = 0,85)
Internalisierendes Verhalten	58,6	54,8	kein signifikanter Unterschied (p = 0,12)
Externalisierendes Verhalten	58,5	57,8	kein signifikanter Unterschied (p = 0,71)

Tabelle 10: Mittelwerte der T-Werte der CBCL-Syndromskalen (Jungen)

Nach der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST wird bei den Syndromskalen zwischen den T-Werten 67 und 70 der Übergangsbereich von unauffälligem zu auffälligem Verhalten und ab einem T-Wert von 71 der Bereich der klinisch bedeutsamen Ausprägung definiert.

Bei den internalisierenden und den externalisierenden Störungen wird der Übergangsbereich durch T-Werte zwischen 60 und 63 und der klinisch relevante Bereich ab einem T-Wert von 64 erreicht.

In den folgenden graphischen Abbildungen wird der jeweils prozentuale Anteil der Kinder aus der Untersuchungsgruppe und aus der Kontrollgruppe dargestellt, der in den Syndromskalen den Übergangsbereich (Abbildung 2) bzw. den klinisch relevanten Bereich (Abbildung 3) erreicht.

## Übergangsbereich

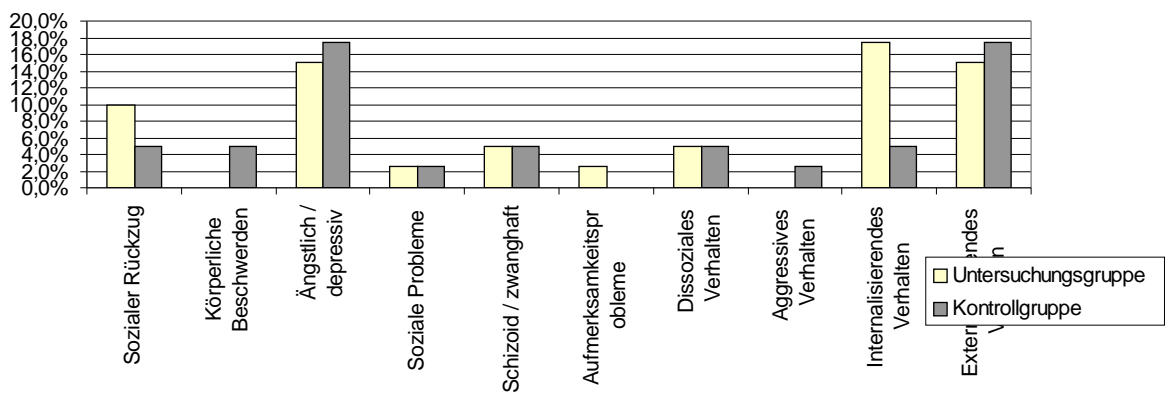


Abbildung 2: Syndromskalenwerte im Übergangsbereich



## Klinisch relevanter Bereich

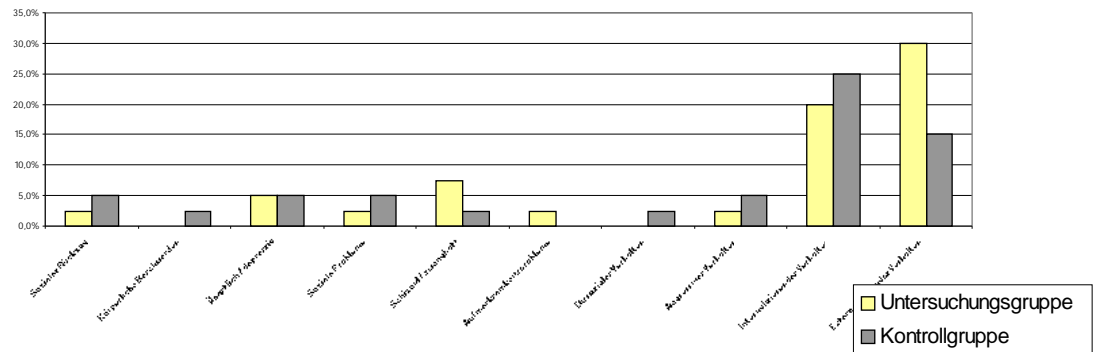


Abbildung 3: Syndromskalenwerte im klinisch relevanten Bereich

### *2.4 Diskussion der CBCL-Ergebnisse von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe*

Bei Betrachtung der Gesamtscorewerte und deren Vergleich von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe lässt sich kein signifikanter Unterschied in den Ergebnissen der Gesamtgruppe erkennen, ebenso wenig in der Gegenüberstellung der Gesamtscorewerte von Jungen und Mädchen aus den beiden Gruppen.

Auch die Anzahl der Kinder mit grenzwertigen oder klinisch auffälligen Gesamtscorewerten zeigt in der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe keinen signifikanten Unterschied.

Bei Vergleich der Mittelwtergebnisse von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe in den einzelnen Syndromskalen lassen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede feststellen. Diese Ergebnisse wiederholen sich in den zusammengefassten Syndromskalen der internalisierenden und externalisierenden Störungen. Signifikante Unterschiede sind hier in den Gesamtgruppen und in der folgenden Betrachtung der Ergebnisse aller Syndromskalen unterschieden nach Geschlecht nicht festzustellen.

Bei nicht signifikanten Unterschieden der Syndromskalen-Mittelwtergebnisse fallen bei Betrachtung der ausgewerteten prozentualen Anteile der Kinder, die in den Syndromskalen den Übergangsbereich bzw. den klinisch relevanten Bereich erreichen, zwei Ergebnisse ins Auge. Bei weitestgehender Übereinstimmung der prozentualen Auftretenshäufigkeit der einzelnen Syndromskalen fällt in der zur Gruppe der internalisierenden Störungen zusammengefassten Items (internalisierendes Verhalten) der höhere prozentuale Anteil der Untersuchungsgruppe im Übergangsbereich auf. Internalisierendes Verhalten mit Werten, die im Übergangsbereich von unauffälligem zu auffälligem Verhalten liegen, zeigten 17,5% der Untersuchungsgruppe und 5,0% der Kontrollgruppe.

Dagegen zeigt die prozentuale Auswertung der Syndromskalenwerte, die im klinisch relevanten Bereich liegen, vermehrte externalisierende Verhaltensweisen bei Kindern der Untersuchungsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe. Bei 30,0% der Kinder aus der Untersuchungsgruppe finden sich externalisierende Verhaltensweisen in klinisch bedeutsamer Ausprägung, in der Kontrollgruppe bei 15,0% der Kinder.

Sowohl im Übergangsbereich als auch im klinisch relevanten Bereich fallen die in der Untersuchungsgruppe im Unterschied zur Kontrollgruppe bei 0% liegenden Werte im Bereich der körperlichen Beschwerden auf. Hier muss Berücksichtigung finden, dass in der CBCL ausdrücklich nach körperlichen Beschwerden nicht somatischer Genese gefragt wird, die Eltern der Untersuchungsgruppe aber durch die vorangegangene pädiatrische

Diagnosestellung auftretende körperliche Beschwerden am ehesten einem somatischen Erklärungsmodell zugeordnet haben dürften.

Bis zu dieser Stelle der Auswertung der Untersuchungsergebnisse kann daher festgestellt werden, dass sich mit Hilfe des eingesetzten quantitativen Messinstrumentes, der Child Behavior Checklist, keine sich signifikant von den Mittelwtergebnissen der Kontrollgruppe unterscheidenden Verhaltensauffälligkeiten nachweisen lassen. Dieses gilt sowohl für die Gesamtscoremittelwerte als auch für die Mittelwerte der Syndromskalen im einzelnen und für die als internalisierende und externalisierende Störungen zusammengefassten Syndromskalen. Die ins Auge fallenden erhöhten, prozentual differenzierten Werte der internalisierenden bzw. externalisierenden Verhaltensweisen bedürfen im folgenden einer besonderen Aufmerksamkeit. Dieses allerdings unter der Berücksichtigung des grundlegenden Ergebnisses eines nicht signifikanten Unterschiedes zwischen allen Mittelwtergebnissen der einzelnen und zusammengefassten Syndromskalen beider Gruppen.

### **3. Auswertung der Interviews unter qualitativen Aspekten und Diskussion der Ergebnisse**

#### *3.1 Vorerfahrungen des Kindes mit Ärzten und Krankenhaus*

Die Eltern wurden zu Beginn des Interviews zu Vorerfahrungen ihres Kindes mit Ärzten und Krankenhaus befragt.

Alle Kinder (100%) hatten aus Sicht der Eltern vor dem notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt durch regelmäßige Besuche im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder Vorstellung bei Erkrankungen eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem jeweiligen Kinderarzt/-ärztin aufgebaut.

24 Kinder (60%) hatten durch mindestens einen vorherigen Krankenhausaufenthalt unabhängig von der im Rahmen der Studie akuten Erkrankung, die zum aktuellen Krankenhausaufenthalt führte, in ambulanter oder stationärer Form schon eigene Erfahrungen mit Krankenhaus gemacht.

Dazu gehörten ambulante Versorgungen von Unfallfolgen wie z.B. Kopfplatzwunden oder einfachen Frakturen und stationäre Behandlungen von Bronchialerkrankungen oder Erkrankungen des Magen- Darm-Traktes.

Von den 24 Kindern mit eigener Krankenhauserfahrung war nach Einschätzung der Eltern für 22 Kinder (92%) der letzte Aufenthalt eine gute Erfahrung und wurde gut bewältigt, während diese Vorerfahrungen für 2 Kinder (8%) als eher negativ und schlecht bewältigt gesehen wurden.

Bei 37 Kindern (92,5%) berichteten die Eltern über Kontakt zum Krankenhaus in Form von Besuchen Angehöriger oder Freunde der Kinder.

Lediglich 2 Kinder (5%) hatten im Vorfeld weder eigene Erfahrungen noch stellvertretende Vorerfahrungen mit einem Krankenhaus gemacht.

Eine Übersicht zu diesem Auswertungsaspekt bietet Tabelle 12.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Vertrauensvolle Beziehung zum Kinderarzt/-ärztin	40	100,0%
Erfahrungen durch eigenen vorherigen Krankenhausaufenthalt	24	60,0%
Erfahrungen durch vorherigen Krankenhausaufenthalt anderer	37	92,5%
Erfahrungen weder durch vorherigen eigenen Krankenhausaufenthalt noch durch den anderer	2	5,0%

Tabelle 11: Vorerfahrungen mit Kinderarzt/-ärztin und Krankenhaus

### *3.2 Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes*

Während des Krankenhausaufenthalts blieb bei 23 Kindern (57,5%) mindestens ein Elternteil sowohl tagsüber als auch nachts im Krankenhaus.

Bei den anderen 17 Kindern (42,5%) war ein Elternteil immer oder meistens tagsüber anwesend. Die Nacht verbrachten diese Kinder aber allein im Krankenhaus.

	<b>Untersuchungsgruppe</b> (n=40)	
	Absolut	Prozentual
Anwesenheit eines Elternteils tagsüber und nachts	23	57,5%
Anwesenheit eines Elternteils immer oder meistens tagsüber, aber nicht nachts.	17	42,5%

Tabelle 12: Anwesenheit der Eltern im Krankenhaus

Das Spielzimmer auf der Station wurde von 5 Kindern (12,5%) nur in Begleitung eines Elternteils, von 30 Kindern (75%) auch ohne Bezugsperson besucht. Bei 5 Kindern (12,5%) war die Nutzung des Spielzimmers aus organisatorischen oder medizinischen Gründen ausgeschlossen.

Von 87,5% der Kinder wurde demnach die Möglichkeit genutzt, den Bereich des Krankenzimmers zu verlassen, das Spielangebot der Station zu nutzen und in Kontakt mit betreuenden Erwachsenen und Mitpatienten zu treten. 75% der Kinder nahmen dieses Angebot selbständig, ohne Anwesenheit der Eltern wahr.

Tabelle 13 fasst diese Ergebnisse noch einmal zusammen:

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Besuch des Spielzimmers ohne Eltern	30	75,0%
Besuch des Spielzimmers mit Eltern	5	12,5%
Besuch des Spielzimmers aus organisatorischen Oder medizinischen Gründen nicht möglich	5	12,5%

Tabelle 13: Nutzung des Spielzimmers

Der Kontakt zu den Krankenschwestern und Ärzten/Ärztinnen wurde von den Eltern bei 37 Kindern (92,5%) als gut eingeschätzt und von ihnen berichtet, dass die Kinder ihre Bedürfnisse nach einer kurzen Eingewöhnungszeit selbständig äußerten oder ihr Befinden selber beschrieben. Bei 3 Kindern (7,5%) schätzten die Eltern die Entwicklung dieses Kontaktes wegen häufig wechselnder Personalsituation als schlecht ein. Diese Kinder bauten bis zum Schluss keinen vertrauensvollen Kontakt auf und blieben in ihrer Kommunikation zu Pflegekräften oder Ärzten/Ärztinnen von ihren Eltern abhängig.

Diese Ergebnisse sind im folgenden tabellarisch zusammengefasst:

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Guter Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzten/Ärztinnen	37	92,5%
Schlechter Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzten/Ärztinnen	3	7,5%

Tabelle 14: Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzte/Ärztinnen

### *3.3 Erleben und Verhalten der Kinder nach dem Krankenhausaufenthalt aus Sicht ihrer Eltern*

Im Interviewabschnitt „Erleben und Verhalten der Kinder nach dem Krankenhausaufenthalt“ wurden die Eltern nach Veränderungen ihrer Kinder im somatischen, psychosomatischen, affektiven und kognitiven Bereich sowie nach bestimmten Verhaltensänderungen für den Zeitraum zwischen der Krankenhausentlassung und dem geführten Interview (maximal 4 Wochen) befragt.

Die Auswertung dieses Interviewbereichs erfolgte nach 104 Kategorien.

#### *3.3.1 Veränderungen im somatischen und psychosomatischen Bereich*

Aus dem Bereich der somatischen und psychosomatischen Symptome traten bei 20% der Kinder nach dem Krankenhausaufenthalt wiederholt Infektionen



auf. Von den Eltern wurde dies meist „einer erhöhten Anfälligkeit“ zugeschrieben. Schmerzen ohne medizinisch nachvollziehbare Ursache (Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen) wurden nur bei einem Kind angegeben.

Bei 10% der Kinder stellten die Eltern nach dem Krankenhausaufenthalt Hautveränderungen fest.

Essstörungen im Sinne starken Appetitmangels wurden von den Eltern bei zwei Kindern (5%) beobachtet.

Schlafstörungen waren bei den untersuchten Kindern das in diesem Bereich am häufigsten auftretende Symptom.

Bei 30% der Kinder traten Ein- oder Durchschlafstörungen auf, die von den Eltern ursächlich mit dem Krankenhausaufenthalt in Verbindung gebracht wurden. Bei den meisten Kindern traten diese Schlafstörungen nur während der ersten Nächte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf, bei manchen bestanden sie bis zum Zeitpunkt der Interviewerhebung.

So berichtete z.B. ein Elternpaar: „Jetzt ist sie dann vier, fünf Mal wach geworden und war am Weinen. Das war die ersten paar Tage.“

Oder in einem anderen Fall: „Es fing so drei Wochen später an, das sie abends so zehnmal wieder aufstand und auch nachts so zweimal. Aber das ist jetzt auch ganz wieder vorbei. Das war auch in der Zeit, wo sie dann wieder über das Krankenhaus gesprochen hat.“

Alpträume traten im Zusammenhang der Durchschlafstörungen bei drei Kindern (7,5%) auf.

Asthmatische Beschwerden, allgemeine Unwohlzustände, häufige Übelkeit, häufiges Erbrechen oder ophthalmologische Beschwerden wurden nicht angegeben.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Verletzungen	0	0,0%
Infektionen	8	20,0%
Hautveränderungen	4	10,0%
Einnässen (tagsüber)	0	0,0%
Schmerzen (Kopf, Bauch, Rücken)	1	2,5%
Essstörungen	2	5,0%
Schlafstörungen	12	30,0%
Alpträume	3	7,5%
Asthmatische Beschwerden	0	0,0%
Allgemeine Unwohlzustände	0	0,0%
Häufige Übelkeit / Erbrechen	0	0,0%
Ophthalmolog. Beschwerden	0	0,0%

Tabelle 15: Somatische und psychosomatische Veränderungen

### 3.3.2 *Veränderungen im affektiven Bereich*

Im folgenden Teil des Interviews wurden die Eltern nach Veränderungen der Kinder im affektiven Verhalten befragt.

Bei 14 der untersuchten Kinder (35%) wurde in den ersten Tagen eine größere Anhänglichkeit gegenüber den Eltern beobachtet, während sich drei Kinder (7,5%) auffällig weniger anhänglich und zwei (5%) aus Sicht der Eltern auch weniger Zuneigung zeigten.

Bei ebenfalls zwei Kindern (5%) sahen die Eltern eine größere Zuneigung ihnen selbst gegenüber.

In einem Fall berichteten die Eltern, dass ihr Sohn nach dem Krankenhausaufenthalt „seinen ganzen Frust, was er alles aushalten musste“ an ihnen ausgelassen habe.

Auch andere Empfindungen der Kinder wie „den Einsatz der Eltern wieder gutmachen zu wollen“ oder „sich den Eltern gegenüber verantwortlich zu fühlen“ wurden in Einzelfällen beschrieben.

„Ich war mit ihm kurze Zeit drauf, weil er Husten hatte noch einmal im Krankenhaus. Und als wir da draußen saßen, nahm er mich in den Arm und meinte, Mama, du brauchst aber keine Angst haben, das wird alles schon in Ordnung.“

Eine Übersicht findet sich in Tabelle 16.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Größere Anhänglichkeit	14	35,0%
Weniger Anhänglichkeit	3	7,5%
Mehr Zuneigung	2	5,0%
Weniger Zuneigung	2	5,0%
Sich verantwortlich fühlen	1	2,5%
Wiedergutmachen wollen	1	2,5%
Frust ablassen	1	2,5%
Misstrauen haben	0	0,0%
Ablösung	0	0,0%

Tabelle 16: affektive Veränderungen gegenüber den Eltern

Gegenüber ihren Geschwistern entwickelten drei der untersuchten Kinder (7,5%) deutliche Abgrenzungstendenzen. Bei sieben Kindern (17,5%) beobachteten die Eltern in den ersten Tagen rivalisierendes Verhalten gegenüber den Geschwistern in unterschiedlicher Ausprägung.

Ein Elternpaar erzählte: „Seine Schwester durfte nirgendwo hin, durfte nichts anpacken, alles seins und so. Das war also wirklich schon ganz extrem. Das hat er zwar sonst teilweise auch, aber so schlimm wie da war es noch nie.“

Andere Eltern berichteten: „Bei seinen Geschwistern flippte er schneller aus, weil er im Krankenhaus seine Mutter ja die ganze Zeit für sich alleine hatte und dann musste er die wieder teilen.“

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Mehr Abgrenzung	3	7,5%
Weniger Abgrenzung	0	0,0%
Mehr Rivalität	7	17,5%
Weniger Rivalität	0	0,0%

Tabelle 17: affektive Veränderungen gegenüber den Geschwistern

### 3.3.3 Überdauernde, nicht personengebundene Veränderungen

Bei den überdauernden, nicht auf Personen gerichteten Gefühlen und Stimmungen wurde nach Einschätzung der befragten Eltern bei 80,0% der Kinder ein allgemeines Wohlbefinden beschrieben.

Drei Kinder (7,5%) wurden in ihrer Stimmungslage in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt als wechselhaft charakterisiert. Sie schwankten zwischen nervöser bzw. aggressiver Grundstimmung und zufriedenen Befinden.

Zwei Kinder (5%) wurden in der Zeit als nervös, reizbar, hektisch und innerlich geladen wahrgenommen, ein Kind (2,5%) als aggressiv und provozierend.

Keines der Kinder wurde in seiner Grundstimmung als ängstlich oder traurig erlebt.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Allgemeines Wohlbefinden	33	80,0%
Traurige Grundstimmung	0	0,0%
Aggressive Grundstimmung	1	2,5%
Nervöse Grundstimmung (innere Unruhe, Reizbarkeit, innere Angespanntheit)	2	5,0%
Ängstliche Grundstimmung	0	0,0%
Allgemeine Unzufriedenheit	2	5,0%
Wechselhafte Stimmung (Wechsel zwischen Wohlbefinden und Nervosität bzw. Aggressivität )	3	7,5%

Tabelle 18: überdauernde affektive Reaktionen

### 3.3.4 Veränderungen im kognitiven Bereich

Im Interviewabschnitt zu Veränderungen im kognitiven Bereich berichteten die meisten Eltern, dass sich ihre Kinder mit Erfahrungen aus dem Alltag und ihrem sozialen Umfeld in Kindergarten oder Schule beschäftigen und auseinandersetzen würden.

Bei einigen Kindern wurde die Beschäftigung mit Gründen für elterliches Verhalten und das Nachdenken über Sterben und Tod beschrieben.

Mit diesen Themen hatten sich die Kinder schon vor dem Krankenhausaufenthalt beschäftigt und auch die Intensität bis zum Zeitpunkt der Interviewerhebung nicht geändert.

Als einzige Veränderung im kognitiven Bereich wurde bei sechs Kindern (15%) die neu auftretende Auseinandersetzung mit dem Thema Krankenhaus oder Krankheiten im allgemeinen beschrieben.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Beschäftigt sich mit Krankenhaus und Krankheiten	6	15,0%

Tabelle 19: kognitive Veränderungen

### 3.3.5 Veränderungen aus dem regressiven Symptomenkomplex

Veränderungen aus dem regressiven Symptomenkomplex berichteten Eltern bei sechs Kindern (15%).

Dabei kam es bei einem Kind (2,5%) zu einem Zurückfallen in die Babysprache und ebenfalls bei einem Kind (2,5%) zu erneutem Daumenlutschen. Bei zwei Kindern (5%) zeigte sich ein Verlust bereits erlernter Fähigkeiten wie z.B. An- oder Ausziehen.

„Er hat wieder etwas Babysprache angenommen. Reduzierte Syntax. Das ist nicht immer. Er setzt es dann ein. Morgens beim Anziehen. Das ist die direkte Imitation der Zwillingschwestern. Er zieht sich morgens nicht selbst an. Das kostet morgens mental schon sehr viel Kraft.“

Zwei Kinder (5%) brauchten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder verstärkt ihr Kuscheltier oder Kuscheltuch.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Babysprache	1	2,5%
Daumenlutschen	1	2,5%
Braucht Kuscheltier (o.ä.)	2	5,0%
Verlust bereits erlernter Fähigkeiten	2	5,0%
Regredierendes Verhalten insgesamt	6	15,0%

Tabelle 20: Regredierendes Verhalten

### 3.3.6 Veränderungen im Sozialverhalten

In dem Bereich Sozialverhalten bemerkten viele Eltern, dass ihr Kind in den ersten Tagen oder Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vermehrt die Nähe der Eltern suchte und sich häufig anhänglicher verhielt. Diese Beobachtung wurde bei zwölf Kindern (30%) gemacht.

Bei drei Kindern (7,5%) berichteten die Eltern über aggressives Verhalten ihnen gegenüber.

„Er war, nachdem er wieder so drei Tage zu Hause war, ziemlich aggressiv. Und zwar nicht verbal. Das hat er ja auch so mal, dass er sich verbal mit mir auseinandersetzt, sondern körperlich, so Attacken mir gegenüber. Und da machte es so bei mir klick und ich dachte mir so, dass er das, was er da so erfahren hat, abbaut.“



Bei einem Kind (2,5%) bezog sich die Aggressivität eher auf Gegenstände: „Und in der Zeit hat sie sehr viel während des Spiels plötzlich ihre Puppen auf den Boden geworfen, herum geschrien und geschimpft, herumgetrampelt... Sie hat`s einfach vorher nicht gemacht.“

Über acht Kinder (20%) berichteten die Eltern, dass ihre Kinder deutlicher Aufmerksamkeit forderten, und vier Kinder (10%) hielten sich aus Sicht der Eltern weniger an Regeln oder verletzten Grenzen.

„Allerdings ist es so, dass die beiden im Krankenhaus die ganze Zeit von allen bedient wurden und verhätschelt. Und hier versuchen sie die Grenzen... , sie haben im Prinzip keine Grenzen mehr. Die wollen die Grenzen im Prinzip neu gesteckt haben.“

Zwei Kinder (5%) suchten nach dem Krankenhausaufenthalt vermehrt Kontakt zu anderen Kindern, ein Kind (2,5%) auch zu anderen Erwachsenen. Jeweils ein Kind (je 2,5%) hatte zu anderen Kindern bzw. zu anderen Erwachsenen weniger Kontakt.

Bei neun Kindern (22,5%) berichteten die Eltern von dem Eindruck, dass der Krankenhausaufenthalt zu mehr Selbständigkeit geführt und einen Reifungsprozess ausgelöst habe.

„Mir ist irgendwie aufgefallen, er ist ein Stück älter geworden oder ein Schritt vernünftiger oder ich weiß nicht, wie ich das ausdrücken soll. Als wenn er so einen Entwicklungsschritt gemacht hat. Durch die Erfahrungen im Krankenhaus.“

„Ich merke, dass er reifer geworden ist. Er ist selbständiger und selbstbewusster geworden... Seine Ausdrucksweise und die Bewegung ist einfach anders.“

Drei Kinder (7,5%) setzten sich gegenüber ihren Geschwistern deutlicher durch. Von einem Kind (2,5%) erzählten die Eltern, dass es sicher besser abgrenze und seine eigene Position vertrete.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Vermehrter Kontakt zu anderen Kindern	2	5,0%
Weniger Kontakt zu anderen Kindern	1	2,5%
Vermehrter Kontakt zu anderen Erwachsenen	1	2,5%
Weniger Kontakt zu anderen Erwachsenen	1	2,5%
Bei den Eltern Nähe suchen	12	30,0%
Bei den Eltern Nähe vermeidend	0	0,0%
Aggressivität gegen Eltern	3	7,5%
Aggressivität gegen Kinder	0	0,0%
Ungerichtete Aggressivität	1	2,5%
Distanzlosigkeit	0	0,0%
Rückzug, Isolation	0	0,0%
Grenzen verletzen, sich nicht an Regeln halten	4	10,0%
Aufmerksamkeit fordern	8	20,0%
Verweigerung	1	2,5%
Einfluss nehmen wollen	0	0,0%
Selbständiger werden	9	22,5%
Abgrenzen, eigene Position vertreten	1	2,5%
Sich durchsetzen gegenüber Geschwistern	3	7,5%

Tabelle 21: Veränderungen im Sozialverhalten

### 3.3.7 Veränderungen im Spielverhalten

In ihrem Spielverhalten zeigten die Kinder nach Aussage der Eltern kaum Veränderungen. Lediglich bei drei Kindern (7,5%) fiel den Eltern im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt häufiges Rollenspiel zum Thema Arzt und Krankenhaus auf.

Ein größeres Interesse und eine erhöhte Ausdauer für Spiele, die die Kinder im Krankenhaus gemacht hatten (Puzzle, Bastelarbeiten o.ä.) blieb bei drei Kindern (7,5%) auch zu Hause erhalten.

	Untersuchungsgruppe (n=40)	
	Absolut	Prozentual
Rollenspiel Arzt, Krankenhaus	3	7,5%
Erhöhte Ausdauer bei Spielen	3	7,5%

Tabelle 22: Veränderungen im Spielverhalten

### 3.3.8 Veränderungen im sprachlichen Bereich

Im sprachlichen Bereich bemerkten zwei Elternpaare bei ihren Kindern (5%) nach Beendigung des Klinikaufenthaltes eine neue Differenziertheit im sprachlichen Ausdruck.

„Er redet irgendwie erwachsener, nicht so kindlich.“

Paraverbale Veränderungen oder eine Veränderung zu einer vermehrt sexualisierten Sprache wurden nicht beschrieben.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Differenzierte Ausdrucksweise	2	5,0%

Tabelle 23: Veränderungen im Sprachverhalten

### 3.3.9 Veränderungen im Sexualverhalten und Körperbewusstsein

Im weiteren Verlauf des Interviews wurden die Eltern nach dem Sexualverhalten ihrer Kinder und deren Umgang mit ihrem eigenen Körper befragt.

Nach Angaben der Eltern zeigten 26 Kinder (65%) in irgendeiner Form Interesse an dem Thema Sexualität und stellten Fragen dazu. Bei zehn Kindern (25%) erzählten die Eltern davon, dass die Kinder sich selber streichelten oder stimulierten.

Fünf Kinder (12,5%) hatten ein verstärktes Schamgefühl entwickelt.

Alle Aussagen über das Sexualverhalten wurden völlig unabhängig vom Krankenhausaufenthalt gemacht. Die Eltern konnten in diesen Punkten keine Veränderungen seit Entlassung aus der Klinik feststellen.

Eine Veränderung durch den Krankenhausaufenthalt wurde bei fünf Kindern (12,5%) bezogen auf ein verbessertes Körperbewusstsein gesehen.

„Ich hab das Gefühl, sie ist sich ihres Körpers etwas bewusster, gesundheitsmäßig... Eine bewusstere Körperwahrnehmung. Sie hinterfragt auch beim Kinderarzt, warum wird das gemacht.“

Vier Kinder (10%) übernahmen aus Sicht der Eltern seitdem mehr Verantwortung für ihren Körper oder die Körperpflege, zwei Kinder (5%) erschienen den Eltern wehleidiger.

Der Versuch, erogene Zonen anderer zu berühren, wurde in einem Fall unabhängig und in einem anderen Fall in Abhängigkeit davon beschrieben.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Versuch der Berührung erogener Zonen anderer	1	2,5%
Verbessertes Körperbewusstsein	5	12,5%
Mehr Verantwortung für Körper und Körperpflege	4	10,0%
Wehleidiger und empfindlicher	2	5,0%

Tabelle 24: Sexualverhalten u. Umgang mit dem eigenem Körper

### *3.3.10 Veränderungen gegenüber dem Kinderarzt oder der Kinderärztin*

Im schließlich letzten Abschnitt zum Bereich der Verhaltensveränderungen wurden die Eltern nach Reaktionen ihrer Kinder bei erneuter Vorstellung beim niedergelassenen Kinderarzt /-ärztin nach der Entlassung aus der Klinik befragt.

Zwei Kinder (5%) zeigten mehr Vertrauen zu ihrem ihnen schon vorher bekanntem Arzt / Ärztin und nahmen eigeninitiativ Kontakt auf.

Ein verschlechtertes Verhältnis oder weniger Vertrauen war bei keinem Kind festzustellen.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Mehr Vertrauen, schnellerer Kontaktaufbau	2	5,0%
Weniger Vertrauen, schlechterer Kontaktaufbau	0	0,0%

Tabelle 25: Verhalten gegenüber Ärzten

### *3.4 Erleben und Verhalten der Eltern nach dem Krankenhausaufenthalt*

Im Interviewleitfaden folgten nach dem Themenkomplex, der sich auf das Erleben und Verhalten der Kinder bezog, Fragen an die betroffenen Eltern zu ihrer Einstellung und Beziehung zum Kind nach dem Krankenhausaufenthalt.

Dabei wurde nach kognitiven und affektiven Veränderungen in der Beziehung zu ihrem Kind, nach Veränderungen auf der Verhaltensebene und Veränderungswünschen bezogen auf das Erziehungsverhalten gefragt.

#### *3.4.1 Veränderungen im kognitiven Bereich*

Im kognitiven Bereich gaben Eltern von 15 Kindern an, sich in der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus häufig Gedanken zu den Gründen für die an ihrem Kind beobachteten Veränderungen zu machen.

Eltern von 10 Kindern berichteten, sich häufig gedanklich mit den neu entstandenen Schwierigkeiten, die sich im Anschluss an den Klinikaufenthalt entwickelt hatten, zu beschäftigen.

Bei vier Kindern sahen die Eltern Defizite in ihrer Beziehung zum Kind, die ihnen durch den Krankenhausaufenthalt bewusst geworden waren.

So erzählte ein Vater: „Und als sie im Krankenhaus lag, da hab ich mir mal wieder richtig Zeit genommen für sie und das hat sie sehr genossen. Und das hat sich auch auf zu Hause übertragen. Man kann unser Verhältnis vielleicht so als, äh, inniger bezeichnen. Sie ist mir gegenüber wieder vertraulicher. Und ich nehme mir für beide jetzt wieder mehr Zeit. Ich glaub, das war ein sehr positiver Effekt der ganzen Geschichte.“

Befürchtungen für die weitere Entwicklung ihres Kindes wurde von keinem der Eltern geäußert.

Die folgende Tabelle fasst die genannten Veränderungen noch einmal zusammen:

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Gedanken zu bestimmten Schwierigkeiten	10	25,0%
Gedanken zu Gründen für Veränderungen	15	37,5%
Wahrnehmung von Defiziten in der Beziehung	4	10,0%
Befürchtungen für die Entwicklung	0	0,0%

Tabelle 26: kognitive Veränderungen der Eltern in ihrer Einstellung und Beziehung zum Kind

### 3.4.2 Veränderungen im affektiven Bereich

Im affektiven Bereich berichteten die Eltern von 11 Kindern von einer engeren Beziehung und dem Gefühl, ihrem Kind wieder näher zu sein.

„Und jetzt im Krankenhaus... Vielleicht hab ich es ihr noch eher gezeigt, aber es ging auch von ihr aus, dass wir mehr gekuschelt haben, einfach nur rumgelegen haben oder erzählt haben... Man kann sagen, dass es noch ein bisschen mehr geworden ist, ein bisschen bewusster.“

Das Gefühl, stolz auf ihr Kind und dessen Bewältigung des Krankenhausaufenthalts zu sein, beschrieben Eltern von 8 Kindern.



Eine Mutter hatte folgende Empfindungen: „Ja, ich hab ihn bewundert, wie er das so hingekriegt hat, alle Achtung. Und es hat es wieder verstärkt, mit ihm zu reden. Mit ihm viel zu reden, ihm viel zuzuhören, seine Höhe einzunehmen. Das hab ich vorher schon gemacht, aber im Alltag geht oft einiges verloren und so ist's wieder bewusster.“

Bei 6 Kindern gaben die Eltern an, sich mehr Sorgen über die Gesundheit des Kindes oder die nach dem Krankenhausaufenthalt entstandenen Verhaltensveränderungen zu machen.

In fünf Fällen fühlten sich die Eltern von ihren Kindern durch neue oder veränderte Verhaltensweisen mehr beansprucht und gefordert. „Er will die Grenzen neu gesteckt haben, er reizt jedes Thema wieder neu aus. Er fordert mich ganz schön...Ich hab gemerkt, ich muss die Sache etwas konsequenter handhaben.“

In vier Fällen fühlten sich die Eltern im alltäglichen Umgang manchmal überfordert und reagierten häufiger genervt. „Also, vor allen Dingen hab ich bei Stress mit ihm im Moment absolut nicht die Nerven, dass ich da cool drauf reagiere.“ „Ich bin da im Moment manchmal ganz schön ratlos, wie ich so reagieren soll, wie ich am besten umgehe mit ihm.“

Schuldgefühle bezogen auf den notwendigen Krankenhausaufenthalt oder das Gefühl versagt zu haben entwickelten Eltern gegenüber zwei Kindern.

„Aber trotzdem war es für mich etwas Extremes, dass ich nicht da war und es genau dann passierte. Es war eben auch furchtbar von der Zerrissenheit her und da war ich auch einfach sehr stressig.“

Die von den Eltern genannten Veränderungen werden in der folgenden Tabelle noch einmal zusammengefasst:

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Mehr Nähe, engere Beziehung	11	27,5%
Stolz	8	20,0%
Sich Sorgen machen	6	15,0%
Sich beansprucht und gefordert fühlen	5	12,5%
Sich überfordert fühlen, genervt sein	4	10,0%
Schuldgefühle gegenüber dem Kind	2	5,0%

Tabelle 27: affektive Veränderungen der Eltern bezogen auf die Beziehung zum Kind und dessen Entwicklung

### 3.4.3 Veränderungen im Verhalten

Veränderungen auf der Ebene des Verhaltens zeigten sich bei Eltern von 14 Kindern kurzfristig, indem sie ihren Kindern durch bewusste Interventionen den Übergang von der „Ausnahmesituation Krankenhaus“ zum „Alltag in der Familie“ versuchten deutlich zu machen.

So berichtete eine Mutter: „Mir war das vom Kopf her klar, dass sie sich einfach wieder umstellen musste in den ersten Tagen. Und sie sich einfach wieder daran gewöhnen musste, dass wir unsere Zuwendung wieder auf drei verteilen mussten. (...) Wir sind nur wieder zur Normalität oder eigentlich zum Alltag übergegangen. Und den Übergang mussten wir ihr vielleicht hier und da etwas klar machen.“

Mehr Strenge und klare Grenzsetzung hielten Eltern bei fünf Kindern für notwendig.

Bei jeweils drei Kindern hatten die Eltern in der ersten Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt eher das Bedürfnis, den Kinder ein Gefühl des „Behütet - Seins“ zu geben oder weniger Grenzen zu setzen und nachsichtiger zu sein.

Mit drei Kindern sprachen die Eltern viel über den Krankenhausaufenthalt, manchmal auch in Kombination mit einem Krankenhaus- Rollenspiel.

In zwei Familien überlegten sich die Eltern Strategien, um mit den entstandenen Schwierigkeiten umzugehen.

Im Fall eines Kindes gaben die Eltern an, sich in der Zeit danach besonders bemüht zu haben, ihr Kind innerlich zu stärken und seine Position in der Familie stärker zu akzeptieren.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Übergang, Rückkehr in den Alltag deutlich machen	14	35,0%
Strenger sein, mehr Grenzen ziehen	5	12,5%
Nachsichtiger sein, weniger Grenzen ziehen	3	7,5%
Dem Kind das Gefühl des Behütetsein geben	3	7,5%
(viel) mit dem Kind über den Krankenhausaufenthalt sprechen	3	7,5%
Strategien bezogen auf bestimmte Schwierigkeiten bilden	2	5,0%
Kind innerlich stärken u. Position in Familie stärker akzeptieren	1	2,5%

Tabelle 28: Veränderungen im Bereich der Verhaltensebene der Eltern

#### 3.4.4 Veränderung von Erziehungsvorstellungen

Als Veränderung in ihren Erziehungsvorstellungen wurde von den Eltern für vier Kinder der Wunsch geäußert, in Zukunft mehr auf das Kind eingehen zu wollen.

Für jeweils drei Kinder war der Wunsch nach mehr Zeit und nach mehr Geduld von Seiten der Eltern da.

In einer Familie wurde das Bedürfnis geäußert, sich künftig bei Machtkämpfen mit dem Kind besser durchzusetzen.

	<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>	
	Absolut	Prozentual
Mehr auf das Kind eingehen	4	10,0%
Mehr Zeit haben für das Kind	3	7,5%
Mehr Geduld haben für das Kind	3	7,5%
Sich durchsetzen bei Machtkämpfen	1	2,5%

Tabelle 29: Veränderungswünsche bezogen auf das Erziehungsverhalten

### *3.5 Diskussion der Interviewergebnisse*

Das in der vorliegenden Studie mit den Eltern der Untersuchungsgruppe geführte halbstandardisierte Interview stellt das zweite Untersuchungsinstrument dar, das mit seiner spezifischen Vorgehensweise und qualitativen Auswertung an die Fragestellung nach Reaktionen von betroffenen Kindern und deren Eltern auf einen Krankenhausaufenthalt herangeht.

Die von den Eltern erfragten Vorerfahrungen ihrer Kinder mit Ärzten und Krankenhaus offenbarten, dass regelmäßige Arztbesuche und ein damit verbundener Vertrauensaufbau zur Institution Arzt bzw. Arztpraxis von jedem Kind der Untersuchungsgruppe durch die Eltern beschrieben wird. Auch die Angabe, dass 60% der Kinder der Untersuchungsgruppe durch mindestens einen ambulanten oder stationären Krankenhausaufenthalt eigene Erfahrungen im Vorfeld gemacht haben, entsprechen den in neuerer Literatur vorzufindenden Angaben (SAILE und SCHMIDT 1990, AKIK-BUNDESVERBAND 1998). Die Tatsache, dass 98% der untersuchten Kinder vor ihrem ersten Krankenhausaufenthalt mit eigenen oder stellvertretenden Vorerfahrungen ins Krankenhaus gingen, findet vermutlich in der Verbreitung einer flexiblen Besuchsregelung, die auch den Aufenthalt gesunder Kinder zu Besuchs- oder Besichtigungszwecken im Krankenhaus ermöglicht, ihre Begründung.

Von dem Angebot der an der Studie beteiligten Kinderabteilung einer flexiblen Besuchszeitenregelung machten letztlich alle Eltern Gebrauch. Zudem waren mehr als die Hälfte der Eltern (57,5%) sowohl tagsüber als auch nachts im Krankenhaus anwesend, die übrigen verbrachten den Tag ganz oder stundenweise bei ihrem Kind im Krankenhaus.

An dieser Stelle und letztlich bei allen weiteren Ergebnissen ebenfalls, muss die Freiwilligkeit, die für die Teilnahme an der Untersuchung bestand, kritisch berücksichtigt werden. Sicherlich wären Untersuchungsergebnisse, in denen

man die Elterneinschätzungen über die Krankenhausauswirkungen aller Kinder eines definierten Zeitraums hätte auswerten können, wünschenswert gewesen. Aber Freiwilligkeit macht andererseits die Akzeptanz notwendig, dass es für Eltern verschiedene Gründe gibt, nicht an einer solchen Studie teilzunehmen.

So bleibt letztlich bei dem Ergebnis, dass keines der an der Studie beteiligten Kinder seinen Krankenhausaufenthalt ganz allein, ohne Anwesenheit der Eltern bewältigen musste, nur die Möglichkeit, die folgenden Ergebnisse als sich darauf aufbauend zu betrachten. Eine Untersuchung, in der besonders Kinder Berücksichtigung finden würden, die mit weniger oder ohne Anwesenheit der Eltern einen Krankenhausaufenthalt bewältigen müssen, würde möglicherweise andere oder ausgeprägtere Verhaltensweisen oder Verhaltensveränderungen deutlich werden lassen.

Das Angebot auf der Station, Zeit im Spielzimmer zu verbringen, wurde von 75% der Kinder auch ohne Begleitung der Eltern genutzt und darf sicherlich in der Fremdsituation Krankenhaus auch als Ausdruck gewissen Wohlfühlens interpretiert werden. Auch der Kontakt zu den Krankenschwestern und Ärztinnen bzw. Ärzten, der bei fast allen Kindern (92,5%) als gut beschrieben wurde, ermöglicht eine Deutung in diesem Sinne, wenngleich auch manchmal in den Interviews der sehr häufige schichtbedingte Personenwechsel kritisiert und als Grund für ein zögerliches „Warmwerden“ der Kinder gegenüber den vielen fremden Personen gesehen wurde. Insgesamt spricht die Bewertung der Eltern für eine kinderfreundliche und patientenorientierte Gesamtatmosphäre auf der Kinderstation, die den Weg einer positiven Bewältigung der Krankenhaussituation möglich macht.

Den Zeitraum der für die Untersuchung im Vorfeld festgelegten drei bis vier Wochen nach der Krankenhauserlassung beschrieben die Eltern hinsichtlich der allgemeinen Stimmungslage bei immerhin 80,0% der Kinder als allgemeines Wohlbefinden. Bei den verbleibenden 20% der Kinder der Untersuchungsgruppe gaben die Eltern an, ihre Kinder in den ersten Tagen oder Wochen in aggressiver, nervöser oder wechselhafter Stimmung oder als

allgemein unzufrieden erlebt zu haben. Diese Stimmungslagen waren den Eltern, auf direkte Nachfrage während des Interviews, nicht in der Zeit vor dem Krankenhaus aufgefallen, und können so mit hoher Wahrscheinlichkeit als eine Reaktion auf den Krankenhausaufenthalt gedeutet werden.

Aus dem Bereich der somatischen und psychosomatischen Veränderungen fallen in erster Linie die bei fast einem Drittel (30,0%) der Kinder beschriebenen vorübergehenden Schlafstörungen auf. Auch hier war in der Interviewführung ein zeitlicher Zusammenhang zum Krankenhausaufenthalt eruierbar.

Bei der Beschreibung des Verhaltens der Kinder gegenüber den Eltern fällt eine größere Anhänglichkeit bei einem Drittel der Kinder (35,0%) gegenüber den Eltern auf. Mehr Rivalität gegenüber den Geschwistern machte sich bei 17,5% der Kinder im Anschluss an den stationären Aufenthalt zu Hause bemerkbar. Diese Angaben aus dem Bereich der affektiven Veränderungen wurden von Seiten der Eltern ebenfalls den Auswirkungen des Krankenhausaufenthalts zugeschrieben.

Regredierende Verhaltensweisen in unterschiedlicher Form traten in den ersten Tagen oder Wochen bei 15,0% der Kinder zu Hause auf. Noch deutlicher manifestierten sich Veränderungen im Sozialverhalten. Ähnlich wie bei der beschriebenen größeren Anhänglichkeit gegenüber den Eltern wurde im Interview auch das Suchen der elterlichen Nähe bei 30,0% der Kinder als Auswirkung des Krankenhausaufenthalts empfunden. 20,0% der Kinder forderten in der ersten Zeit zu Hause ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit.

Wenn Aspekte eines Krankenhausaufenthalts wie veränderter Tagesrhythmus im Vergleich zur häuslichen Situation, Veränderungen in der Privatsphäre des Kindes, mögliche Verarbeitungsprozesse medizinischer Eingriffe oder des Krankenhausaufenthalts in seiner Gesamtheit berücksichtigt werden, scheinen vorübergehende Schlafstörungen, eine größere Anhänglichkeit, ein größeres Bedürfnis nach elterlicher Nähe oder ein verstärktes Einfordern von Aufmerksamkeit gut nachvollziehbar. Die beschriebene gesteigerte Rivalität gegenüber Geschwisterkindern ist nach einer Zeit im Krankenhaus mit meist

intensivem Kontakt zu den Eltern, die in den Interviews ihre Haltung dem Kind gegenüber häufig als verwöhnend beschrieben, ebenso gut erklärbar.

Im Vergleich zu Ergebnissen aus Studien von SAILE (1987), der durch Befragungen von Müttern nach einem Krankenhausaufenthalt ihrer 3- bis 6-jährigen Kinder bei rund 50% der Kinder Symptome, die zu den Begriffen Trennungsangst, verstärkte Anhänglichkeit und Schlafstörungen zusammengefasst wurden, und bei ca. 20% der Kinder Verhalten von aggressiver Erregtheit feststellte, wurden in der vorliegenden Studie niedrigere Werte gefunden, die vermutlich durch das höhere Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe ihre Ursache haben, aber auch durch andere Einflussfaktoren wie die von der Bereitschaft der Eltern abhängige Gruppenzusammensetzung oder ökosystemischer Unterschiede der Krankenhäuser bedingt sein könnten.

Bei 22,5% der Kinder machte sich ein deutlicher positiver Effekt des Krankenhausaufenthaltes im Sinne von mehr Selbständigkeit und geistiger Reife deutlich. Aus dem Bereich möglicher Veränderungen im Sexualverhalten und im Umgang mit dem eigenem Körper scheinen ein verbessertes Körperbewusstsein bei 12,5% und das Zeigen von mehr Verantwortung für Körper und Körperpflege bei 10,0% der Kinder erwähnenswert.

Somit scheint ein Krankenhausaufenthalt unter den untersuchten Bedingungen bei einigen Kindern positive Auswirkungen im Sinne eines Entwicklungsfortschritts und Anstoß im Autonomieprozess auszulösen.

Auch die Tatsache, dass die Eltern aller Kinder berichteten, ihr Kind habe bei ärztlichen Folgebesuchen weiterhin gute Kontaktaufnahme und Vertrauen gezeigt, schließt in dieser Untersuchungsgruppe die negative Auswirkung im Sinne eines Vertrauensabfalls gegenüber Ärzten oder eine bleibende Ängstlichkeit durch eine denkbare Übertragung negativbesetzter Krankhauserlebnisse als Folge des untersuchten Krankenhausaufenthalts aus. Diese Ergebnisse finden sich ähnlich bei BREITKOPF (1990) wieder, in dessen Untersuchung an Kindern zwischen 2 und 6 Jahren sich zeigte, dass 64% der Kinder spontan Positives, nur 5% Negatives vom Krankenhaus berichteten. 31% der von ihm befragten Mütter gaben an, dass ihre Kinder im



Anschluss an den Krankenhausaufenthalt Fortschritte in den verbalen Fähigkeiten, in der Konzentrationsfähigkeit und in der Selbständigkeit machten.

Während sich die Fragen der Child Behavior Checklist ausschließlich auf die Kinder bezogen, wurde im Interview auch den Eltern Raum gegeben, über ihre Empfindungen, Erfahrungen und persönlichen Konsequenzen im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt zu berichten.

Auf die Frage nach kognitiven Veränderungen der Eltern in ihrer Einstellung und Beziehung zum Kind gaben 37,5% der Eltern an, dass sie sich gedanklich mit den Veränderungen, die ihnen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt bei ihrem Kind aufgefallen sind, beschäftigen. Weiterhin setzten sich 25,0% der Eltern mit den aus den Veränderungen entstehenden Schwierigkeiten auseinander. Die Beziehung zum Kind wurde bei einigen Eltern ebenfalls neu überdacht und ließ 10,0% von ihnen Defizite wahrnehmen. Für die weitere Entwicklung des Kindes äußerte keiner der Eltern Befürchtungen.

Auch affektive Veränderungen bezogen auf ihre Beziehung zum Kind und dessen Entwicklung nahmen einige Eltern im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt an sich wahr. Dabei wurde mit 27,5% am häufigsten ein Gefühl von mehr Nähe und einer engeren Beziehung zum Kind angegeben. Aber auch das Gefühl, Stolz auf das Kind und seine Art, mit dem Krankenhausaufenthalt umzugehen, zu empfinden. 15,0% der Eltern machten sich Sorgen über das Kind und dessen Erleben und Verarbeiten der Krankenhauszeit. Besonders gefordert von ihren Kindern und deren Veränderungen fühlten sich 12,5% der Eltern, 10,0% sogar überfordert und genervt.

SAILE und SCHMIDT (1990) setzen in ihrem Rahmenmodell Merkmale der Eltern wie Erziehungseinstellung, Erziehungsverhalten oder eigene Persönlichkeitsmerkmale in Beziehung zu den Bedingungen, die für die Verarbeitung von Krankenhausaufenthalten bei Kindern Relevanz zeigen.

Auch in der vorliegenden Untersuchung wird in den Aussagen der Eltern offenbar, wie sehr sie nicht nur während des Krankenhausaufenthalts, sondern

auch im Anschluss daran mit Kopf und Gefühl involviert sind, und eine Wechselwirkung zwischen den Verarbeitungsprozessen von Kind und Eltern unter dem Einfluss vorhandener kindlicher und elterlicher Merkmale entsteht.

Die Eltern wurden im Interview ebenfalls nach Konsequenzen und Veränderungen gefragt. Dabei war es für ein Drittel der Eltern wichtig, dem Kind nach der „Ausnahmesituation Krankenhaus“ die Rückkehr in den Alltag deutlich zu machen.

12,5% der Eltern versuchten dies über mehr Strenge oder klarere Grenzziehung. In Einzelfällen waren Eltern ihrem Kind gegenüber nachsichtiger, versuchten es innerlich zu stärken, gaben ihm bewusst das Gefühl des Behütetseins, sprachen mit ihm viel über den Krankenhausaufenthalt oder bildeten für sich Strategien, um neu entstandene Schwierigkeiten zu überwinden.

In diesen mannigfaltigen Reaktionen spiegelt sich die oben beschriebene Individualität der möglichen kindlichen Veränderungen ebenso wider, wie die von Grund auf unterschiedlichen Verhaltens- und Erziehungsmuster der Eltern überhaupt.

Wenn das Resümee in der Beurteilung der kindlichen Verhaltensweisen nach einem Krankenhausaufenthalt durchaus positive Aspekte enthält, so lässt sich dieses auch über die von den Eltern berichteten Veränderungen und Wünsche bezogen auf ihr Kind und ihrem Verhalten ihnen gegenüber feststellen. So war für manche Eltern der Krankenhausaufenthalt Anlass, Defizite in der Beziehung zu ihrem Kind wahrzunehmen oder andersherum wieder mehr Nähe zu empfinden und zuzulassen. Diese Einschätzungen veranlassten einige von den Eltern zu dem Vorsatz, in Zukunft mehr auf das Kind eingehen zu wollen und mehr Zeit für diese Beziehung möglich zu machen.

## **4. Vergleich der Ergebnisse beider Messinstrumente und Diskussion**

Im bisherigen Verlauf wurden die Ergebnisse der Child Behavior Checklist als ausgewähltes quantitatives Messinstrument und die Ergebnisse des qualitativen Messinstrumentes in Form des halbstandardisierten Interviews beschrieben und ausgewertet.

Die in der CBCL definierten Syndromskalen lassen sich mit bestimmten Items der Interviewergebnisse vergleichen und bei Gegenüberstellung auf Übereinstimmung der jeweiligen Ergebnisse prüfen.

Eine Gegenüberstellung bieten die Syndromskalen I, II, III, IV, VI und VIII mit vergleichbaren Aussagen aus dem Kategoriensystem des Interviews an.

Zur Prüfung herangezogen werden die CBCL - Ergebnisse, die dem Bereich der klinischen Relevanz zugeordnet wurden.

### *4.1 Vergleich der Ergebnisse beider Messinstrumente*

Der Vergleich der Ergebnisse in der Syndromskala I („sozialer Rückzug“) der CBCL mit den entsprechenden Items der Interviewergebnisse zeigt eine weitgehende Übereinstimmung der Messinstrumente.

Klinisch bedeutsames Rückzugsverhalten findet sich bei 2,5% der untersuchten Kinder in der CBCL. In den entsprechenden Interviewfragen berichten die Eltern in keinem Fall von allgemeinem Rückzugsverhalten, bei 2,5% der Kinder von weniger Kontakt zu anderen Kindern.

Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht:

Untersuchungsgruppe (n=40)		
CBCL	Syndromskala I – sozialer Rückzug	2,5%
INTERVIEW	Rückzugsverhalten	0,0%
	Weniger Kontakt zu anderen Kindern	2,5%

Tabelle 30: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Sozialer Rückzug“

Klinische Relevanz in der Syndromskala II („körperliche Beschwerden“) wurde in der CBCL bei keinem Kind angegeben.

Dahingegen beschreiben die Eltern bei 10,0% der Kinder Hautveränderungen im Zeitraum der ersten drei bis vier Wochen nach der Krankenhausentlassung. Diese passageren Hautveränderungen wurden zumeist als infektbegleitend, bzw. im Rahmen des Genesungsprozesses beschrieben.

Nur bei 2,5% der Kinder wurde von nicht somatisch begründbaren Schmerzen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt berichtet.

Berücksichtigt man die Einschätzung der Eltern einer somatischen, infektbegleitenden Ätiologie der angegebenen Hautveränderungen, die zudem bei den Eltern keinen Handlungsbedarf auslösten, so führt die Gegenüberstellung beider Messinstrumente auch in diesem Bereich zu der Sicht von übereinstimmenden Ergebnissen.

Tabelle 31 macht diese Ergebnisse noch einmal deutlich:

<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>		
CBCL	Syndromskala II – körperl. Beschwerden	0,0%
INTERVIEW	Hautveränderungen Schmerzen (Kopf, Bauch, Rücken)	10,0% 2,5%

Tabelle 31: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Körperliche Beschwerden“

Die Ergebnisse in der Syndromskala III („Angst/Depressivität“) der CBCL und die Interviewergebnisse bei den Fragen nach überdauernden Reaktionen und Schuldgefühlen enthalten gleichgerichtete Aussagen.

Im Rahmen der CBCL werden bei 5,0% der Kinder in diesem Syndromkomplex Symptome mit klinischer Relevanz angegeben.

Für ebenfalls 5,0% der Kinder beschreiben die Eltern im Interview vermehrte Nervosität im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt und für 2,5% der Kinder das Auftreten von Schuldgefühlen.

<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>		
CBCL	Syndromskala III – Angst/Depressivität	5,0%
INTERVIEW	Überdauernde Reaktion: Ängstlichkeit	0,0%
	Traurigkeit	0,0%
	Nervosität	5,0%
	Schuldgefühle	2,5%

Tabelle 32: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Ängstlichkeit, Depressivität“

Beim Vergleich der Syndromskala IV („soziale Probleme“) der CBCL und entsprechenden Items aus den Interviewergebnissen, muss zunächst beachtet werden, dass einige Items, die im Kategoriensystem des Interviews dem Bereich des Sozialverhaltens zugeordnet werden, in der CBCL eher in der Syndromskala VIII („aggressives Verhalten“) wiederzufinden sind und dementsprechend an anderer Stelle Berücksichtigung finden werden.

Vergleichbar mit Items der Syndromskala IV, in der 2,5% der Kinder eine klinisch relevante Symptomatik zeigen, sind die Aussagen über weniger Kontakt zu anderen Kindern oder zu anderen Erwachsenen bei jeweils 2,5% der Kinder.

Mangelnde Übereinstimmung entsteht aber durch Angaben der Eltern in den Interviews, die bei 30,0% der Kinder in den ersten poststationären Wochen ein vermehrtes sich Klammern und Nähesuchen bei den Eltern feststellten.

<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>		
CBCL	Syndromskala IV – soziale Probleme	2,5%
INTERVIEW	weniger Kontakt zu anderen Kindern	2,5%
	weniger Kontakt zu anderen Erwachsenen	2,5%
	bei den Eltern Nähe suchen	30,0%
	bei den Eltern Nähe vermeidend	0,0%

Tabelle 33: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Sozialverhalten“

Die nächste CBCL-Syndromskala, die eine entsprechende Zuordnung von Interviewkategorien zulässt, ist die Syndromskala IV („Aufmerksamkeitsstörung“).

Auch hier findet sich eine entsprechende Symptomatik in den Ergebnissen beider Messinstrumente.

In der CBCL wird bei 2,5% der Kinder eine Aufmerksamkeitsstörung beschrieben, im Interview geben Eltern bei 2,5% der Kinder Konzentrationsstörungen an.

<b>Untersuchungsgruppe (n=40)</b>		
CBCL	Syndromskala VI – Aufmerksamkeitsstörung	2,5%
INTERVIEW	Konzentrationsstörungen	2,5%

Tabelle 34: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Aufmerksamkeitsstörung“

In der Syndromskala VIII werden Symptome aus dem Bereich von aggressivem Verhalten bei 2,5% der Kinder angegeben.

Dieses Ergebnis entspricht Aussagen im Interview über aggressive Grundstimmung ( 2,5% ), ungerichtete Aggressivität ( 2,5% ) und Aggressivität gegenüber anderen Kindern ( 0,0% ).

Etwas höher fallen dagegen Einschätzungen von Aggressivität gegenüber den Eltern ( 7,5% ) und Regelverstößen in der häuslichen Umgebung ( 10,0% ) auf.

Untersuchungsgruppe (n=40)		
CBCL	Syndromskala VIII – aggressives Verhalten	2,5%
INTERVIEW	aggressive Grundstimmung	2,5%
	Aggressivität gegenüber Eltern	7,5%
	Aggressivität gegenüber Kindern	0,0%
	Ungerichtete Aggressivität	2,5%
	Sich nicht an Regeln halten	10,0%

Tabelle 35: Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Messinstrumente im Bereich „Aggressives Verhalten“

#### 4.2 Diskussion des Vergleichs der Ergebnisse beider Messinstrumente

Die Gegenüberstellung beider Messinstrumente in dieser Arbeit zeigt keine gravierenden Unterschiede in den sich zum Vergleich anbietenden Items, was eine Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der elterlichen Einschätzungen in beiden Messinstrumenten möglich macht. Lediglich in dem Bereich der sozialen Probleme ist eine Diskrepanz durch die Interviewkategorie „bei den Eltern Nähe suchen“ festzustellen, die sich durch ihr höheres Ergebnis von dem Ergebnis der Syndromskala IV unterscheidet. Hier liegt der Verdacht nahe, dass sich die Aussage des „Nähesuchens“ für die Eltern nicht in der Syndromskala IV wiederfinden ließ und somit wohl von einer sich nicht entsprechenden Zuordnung der Items ausgegangen werden muss.

An dieser Stelle scheint die kritische Anmerkung notwendig, dass die CBCL im Unterschied zum Interviewleitfaden nicht die Spezifität zum Thema Krankenhausaufenthalt aufweisen kann, die letztlich im Interview zu den oben erläuterten Ergebnissen geführt hat. Die CBCL als Screeninginstrument zur



Erfassung und Information über die psychische Morbidität von Kindern und Jugendlichen ermöglicht eine standardisierte, quantitative Auswertung mit dem Vorteil der Objektivierbarkeit. Aus diesem Grund ist die CBCL in der vorliegenden Studie besonders dazu geeignet, einen orientierenden Überblick zu erhalten und den Vergleich mit einer Kontrollgruppe zu ermöglichen.

Bei der Auswertung der über die CBCL erhobenen Ergebnisse fielen der im Vergleich zur Kontrollgruppe höhere prozentuale Anteil der Kinder der Untersuchungsgruppe auf, der im Übergangsbereich liegende Werte für internalisierende und im klinisch relevanten Bereich für externalisierende Verhaltensweisen zeigte. Unter der strengen Berücksichtigung eines nicht signifikanten Unterschiedes in den jeweiligen Mittelweltergebnissen der internalisierenden und externalisierenden Syndromskalen im Übergangsbereich und im klinisch relevanten Bereich, liegt dennoch der Schluss nahe, dass diese Werte für einen Ausdruck möglicher Belastung der Kinder durch den vorangegangenen Krankenhausaufenthalt sprechen und Ausdruck in internalisierenden oder externalisierenden Verhaltensweisen finden können. Wegen der Unmöglichkeit einer mit den Syndromskalen der internalisierenden und externalisierenden Störungen vergleichbaren Zusammenfassung einzelner Items des durchgeführten Interviews muss von einer Gegenüberstellung abgesehen werden.

## V. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION

In Fragen zur Ätiologie und zum Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern werden heute nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand keine Einbahnstraßenmodelle mehr postuliert, sondern Modelle, die das Zusammenwirken von Risikofaktoren und protektiven Faktoren und der sich daraus ergebenden Vulnerabilität (Anfälligkeit) bzw. Protektion (Widerstandsfähigkeit) eines Individuums beschreiben (KNÖLKER, 1997). Die Entstehung von psychischen Störungen wird als eine Dekompensation verstanden, die dann entsteht, wenn die individuellen Coping-Fähigkeiten (Bewältigungsmöglichkeiten) zu Gunsten von Belastungsfaktoren ein Ungleichgewicht bilden und es zu einer Kompensation nicht mehr ausreicht.

Ungeachtet der heute in vielen Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen praktizierten kindorientierten Behandlung und Pflege während eines stationären Aufenthaltes, werden Krankenhausaufenthalte in gängigen Lehrbüchern für Kinderheilkunde oder Kinder- und Jugendpsychiatrie immer noch als eine mögliche Ursache für die Entwicklung von Deprivationsstörungen gesehen. Waren die Erkenntnisse, die BOWLBY oder ROBERTSON Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts den Begriff des „psychischen Hospitalismus“ formulieren ließen, aus den einheitlichen Erfahrungen der rein somatisch orientierten Kinderstationen mit strikter Trennung der Kinder von ihrer Familie und ihrem gewohnten sozialen Umfeld entstanden, so fehlt gerade diese Einheitlichkeit den heute vorzufindenden Krankenhausbedingungen, die eine vollständige Übernahme der Theorie des „psychischen Hospitalismus“ rechtfertigen könnte.

Das Modell der multifaktoriellen Genese von psychischen Belastungen und Erkrankungen einerseits und das Vorhandensein von ökosystemischen Unterschieden in der Krankenhauslandschaft andererseits, werden in den

Modellen zur Verarbeitung von Krankenhausaufenthalten von Autoren wie SAILE & SCHMIDT, SMORTI & TANI oder LÖSCHENKOHL und anderen berücksichtigt. Ebenfalls findet die Unterschiedlichkeit der Krankenhausaufenthalte, verursacht durch die Grunderkrankung und deren Auswirkungen auf Liegedauer, Art der medizinischen Maßnahmen, Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhauszeit oder möglicher chronifizierender Verläufe, in vielen Studien mittlerweile ihre Berücksichtigung.

Die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse über potentiell auftretende Verhaltensauffälligkeiten nach einem Krankenhausaufenthalt basieren auf einer Studie, die in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendabteilung des Franziskushospitals Münster durchgeführt wurde. Grundvoraussetzungen für die Teilnahme an dieser Studie waren neben einer Eingrenzung des Lebensalters der zu untersuchenden Kinder (vier bis acht Jahre) eine Mindestliegedauer von drei Tagen und Höchstliegedauer von vier Wochen und das Vorhandensein einer akuten, nicht chronifizierenden Erkrankung. Merkmale im Untersuchungsdesign und in den Voraussetzungen, die sich durch die Struktur der sich für die Studie zur Verfügung gestellten Krankenhausabteilung ergeben haben, waren sicherlich für die weitere Interpretation der Ergebnisse wesentlich und von beeinflussendem Charakter. Durch das Angebot der an der Untersuchung teilgenommenen Kinderabteilung einer flexiblen Besuchszeitenregelung und einer Mitaufnahme eines Elternteils wird deutlich, dass die Krankenhausaufnahme für die betroffenen Kinder keine Trennung von ihren Bezugspersonen bedeuten musste, sondern die Möglichkeit existierte, vertraute Menschen in nicht vertrauter Umgebung um sich zu haben. Ebenso war für die betroffenen Eltern durch häufige oder ständige Anwesenheit die Möglichkeit von großer Transparenz der Abläufe und Geschehnisse in der Zeit des stationären Krankenhausaufenthalts ihres Kindes und ihr Einbezug in diese gegeben.

Im Rahmen dieser Arbeit galt es festzustellen, ob und wie die an der Studie teilgenommenen Kinder auf ihren stationären Krankenhausaufenthalt reagierten. Mit der Child Behavior Checklist wurde ein quantitatives Untersuchungsinstrument gewählt, um zunächst eine Orientierung in der Frage und einen Vergleich potentieller Verhaltensauffälligkeiten mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe zu ermöglichen. Dabei ergab die Auswertung und die Gegenüberstellung sowohl der Mittelweltergebnisse der Gesamtscores als auch der Syndromskalen aus der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Das Ergebnis des quantitativen Messinstruments erlaubt somit die Schlussfolgerung, dass ein kurzfristiger Krankenhausaufenthalt unter den mit der Studie vergleichbaren Bedingungen einer kindgerechten Krankenhausstruktur für Kinder im Alter von vier bis acht Jahren im allgemeinen keine gravierende Belastung darstellt und nicht grundsätzlich zu einer erhöhten psychischen Morbidität führt. Allerdings wiesen in der Untersuchungsgruppe einzelne Ergebnisse auf ein prozentual höheres Auftreten von externalisierenden Verhaltensweisen in klinisch relevanter Ausprägung in der Folgezeit nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes hin.

Bei der Gesamtdurchsicht der Interviews, in denen die Eltern durch offen formulierte Fragen auch eigene Schwerpunkte setzen konnten, wurde deutlich, wie viele individuelle Reaktionen im Verhalten bei Kindern nach einem Krankenhausaufenthalt möglich sind und den jeweiligen Eltern wegen der deutlichen Ausprägung bewusst werden, in der Gesamtgruppe aber andererseits zu keinem zahlenmäßig bedeutsamen Ergebnis führten.

Dazu ein Beispiel, das die Vielfalt und Ausprägungsintensität möglicher Reaktionen, aber auch deren individueller Geschichte deutlich macht:

So berichteten Eltern, dass ihr Sohn, der nach der Geburt von Zwillingsgeschwistern mit deutlich regredierendem Verhalten reagierte, dieses Verhalten Monate vor dem Krankenhausaufenthalt abgelegt hatte. Nach der Entlassung aus der stationären pädiatrischen Behandlung zeigte er, besonders gegenüber der Mutter, wieder ähnliche Verhaltensweisen. Er weigerte sich, sich selbst anzuziehen, wollte morgens nicht selbständig essen und

kommunizierte mit der Mutter in Babysprache. Außerhalb der Familie verhielt er sich nach Einschätzung der Eltern souveräner als früher.

Noch einmal zurück an den Anfang der Diskussion.

Wenn psychisches Gleichgewicht bei Kindern ausdrückt, dass die individuelle Vulnerabilität und Protektion und die individuellen Coping-Fähigkeiten und Belastungsfaktoren in guter Balance zueinander stehen, dann können die Interviewergebnisse so interpretiert werden, dass ein Krankenhausaufenthalt in Abhängigkeit von den jeweiligen individuellen protektiven Ressourcen im Erleben eines Kindes durchaus ein Belastungsfaktor sein kann, der es vermag, die psychische Balance eines Kindes zumindest kurzfristig zu stören. Dass diese Störung in der Balance möglichen, aber keinesfalls obligaten Charakter hat, machen die nie ein Drittel übersteigenden Prozentzahlen beschriebener Verhaltensveränderungen als orientierende Häufigkeitsangabe deutlich. Von einer dimensional Einordnung der möglichen Auswirkungen in die Ausmaße einer Deprivationsstörung muss bei den in der vorliegenden Studie untersuchten Krankenhausaufenthalten Abstand genommen werden.

Einige Beachtung finden sollten auch die von den Eltern registrierten positiven Veränderungen ihrer Kinder auf den Krankenhausaufenthalt. Neben beobachteten Entwicklungsfortschritten im Sinne einer größeren Selbständigkeit und Reife, größerer Verantwortung für den eigenen Körper und einem verbesserten Körperbewusstsein, wird von einzelnen Kindern über eine vermehrte Kontaktfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit berichtet.

Auch für die positiven Auswirkungen gilt nach Berücksichtigung der Häufigkeitsangaben die Interpretation eines potentiellen, aber keinesfalls obligaten Charakters. Allerdings sollte der Sichtweise, einen Krankenhausaufenthalt im Kindesalter nicht nur als negativen, sondern auch als positiven Störfaktor erleben und verarbeiten zu können, in der Öffentlichkeit mehr Raum gegeben werden.

## VI. Literaturverzeichnis

1. AKTIONSKOMITEE KIND IM KRANKENHAUS (AKIK)  
Schriftenreihe: Kinder im Krankenhaus  
AKIK Bundesverband, Oberursel 1991-1995
2. ACHENBACH T.M. & EDELBROCK C.S.  
Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile  
Queen City Printers, Burlington 1983
3. BIBACE R. & WALSH M.  
Children`s conceptions of health, illness and bodily functions  
San Francisco 1981
4. BIERICH J.R.  
Kind im Krankenhaus - Ethische und humanitäre Fragen in der allgemeinen  
klinischen Kinderheilkunde  
In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 1982; 130(2); S.62-65
5. BIERMANN G.  
Lang wirkende Traumata nach Krankenhausaufenthalt  
In: Zeitschrift für klinische Pädiatrie 1979; 191; S.395-405
6. BIERMANN G.  
Mutter und Kind im Krankenhaus  
München / Basel 1978
7. BIERMANN G. & BIERMANN R.  
Das kranke Kind und seine Umwelt.  
München 1982

## 8. BIERMANN G. (Hrsg.)

Handbuch der Kinderpsychotherapie; Bd. 2

München / Basel 1973

## 9. BIERMANN G. &amp; BIERMANN R.

Psychohygienische Reformen in Kinderkliniken – Ein Erfahrungsbericht.

In: Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. IV

Reinhardt, München 1990

## 10. BIESELT- HUBRAL D.

Das Krankenhaus macht Kinder krank

In: Psychologie Heute Feb.1978; S.25-31

## 11. BOELSEN- HEIN B.

Verhaltensänderungen bei Kleinkindern im Anschluss an einen stationären  
Krankenhausaufenthalt. Überblick über eine niedersächsische Pilotstudie

In: Krankenpflege (Frankf.) 1982; 36(10); S:316-317

## 12. BÖSE S.

Hospitalismus. Ein aktuelles Problem?

In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde 1992; 140(12); S.876-879

## 13. BONN M.

The effects of hospitalisation on children: a review

In: Curationis 1994; 17(2); S.20-24

## 14. BOWLBY J.

Maternal care and mental health. Genf 1951

## 15. BOWLBY J:

Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit.

München 1973

16. BOWLBY J.  
Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind  
München 1976
17. BREITKOPF L.  
Emotionale Reaktionen von Kindern auf den Krankenhausaufenthalt  
In: Zeitschrift für Kinderchirurgie 1990; 45(1); S.3-8
18. COWEN E. & PRYOR-BROWN L. & LOTYCZEWSKI B.  
Young children`s views of stressfull life events  
In: Journal of Community Psychology 1989, Volume 17
19. DÖPFNER M. & SCHMECK K. & BERNER W.  
Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL).  
Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik. Köln 1994 b
20. DÖPFNER M. & PLÜCK J. & BERNER W. & FEGERT J.M.& HUSS M. & LENZ K. & SCHMECK K. & LEHMKUHL U. & POUSTKA F. & LEHMKUHL G.  
Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte.  
In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1997; 25(4); S.218-233
21. DOUGLAS J.W.  
Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning.  
Developmental Medicine and Child Neurology 1975; 17; S.456-480



## 22. EISER C.

Vorstellungen über Körperfunktionen und Krankheit bei Kindern

In: Jahrbuch der medizinischen Psychologie; Bd.4

Springer 1990

23. FAHRENFORT JJ. & JACOBS EA. & MIEDEMA S. &  
SCHWEIZER AT.

Signs of emotional disturbance three years after early hospitalisation.

In: Journal Paediatric Psychology 1996; 21(3); S.353-366

24. FIELD T. & ALPERT B. & VEGA-LAHR N. & GOLDSTEIN S. &  
PERRY S.

Hospitalization Stress in Children: Sensitizer and Repressor Coping Styles

In: Health Psychology 1988; 7(5); S.433-445

## 25. FLICK U.

Qualitative Forschung. Theorie, Methode, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.

Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 1995

26. FLICK U. & VON KARDOFF E. & KEUPP H. & VON ROSEN-  
STIEHL L. & WOLFF S.

Handbuch Qualitative Sozialforschung.

Psychologie Verlags Union, München 1995

## 27. FREUD A.

Psychotherapie des kranken Kindes – Die Rolle der körperlichen Krankheit im Seelenleben des Kindes.

In: BIERMANN G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd.II. 1973; S.827-837

## 28. FREUD A. &amp; BERGMANN TH.

Kranke Kinder

Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1977

## 29. GRIGOLEIT R. &amp; WITTENBECHER S.

Extrafamiliärer sexueller Missbrauch – Auswirkungen und Folgen für Kind und Eltern.

Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Westfälischen  
Wilhelms - Universität Münster 1992

## 30. HÄGGLÖF B.

Psychological reaction by children of various ages to hospital care and  
invasive procedures.

In: Acta Paediatr Suppl.1999; 88(431); S.72-78

## 31. KNEIST W. &amp; SPANGENBERG B.

Zur Adaptation von Kindern an stationäre Behandlung.

In: Ärztliche Jugendkunde 1979 April; 70 (2); S.119-126

## 32. KNIGGE-DEMAL B.

Trennungsängste von Eltern und Kindern im Krankenhaus

In: Kinderkrankenschwester 1994; 13(12); S.425-427

## 33. KNÖLKER U.

Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch

Uni Med Verlag, Bremen und Lorch / Württemberg 1997

## 34. KROMREY H.

Empirische Sozialforschung

Leske Verlag, Opladen 1991

35. LACKMANN G.M. & TÖLLNER U.  
Modell einer ganzheitlichen Krankenversorgung – Alle kranken Kinder  
in einer Kinderklinik.  
In: Deutsches Ärzteblatt 1990; 87(16); S.794-795
36. LAMNEK S.  
Qualitative Sozialforschung. Bd. 2. Methoden und Techniken.  
Psychologie Verlags Union, München 1989
37. LEHMKUHL G. & DÖPFNER M. & PLUCK J. & BERNER W. &  
FEGERT JM.& HUSS M. & LENZ K. & SCHMECK K.& LEHM-  
KUHL U.& POUSTKA F.  
Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatische Beschwerden bei  
vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern –  
ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle.  
In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1998;  
26(2); S.83-96
38. LEMPP R.  
Das Kind im Krankenhaus  
In: Zeitschrift für Kinderchirurgie und Grenzgebiete 1980; 30(1); S.5-13
39. LÖSCHENKOHL E.  
Umweltbewältigung bei Kindern im Krankenhaus  
In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 1981; 28; S.161-174
40. LÖSCHENKOHL E. & ERLACHER G.  
Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten  
Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen  
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1981; 30(3);  
S.81-91

41. LÖSCHENKOHL E. & BRANDESKY G.  
Das chirurgisch kranke Kind im Krankenhaus: Ein kognitives Programm zur Reduktion von Verhaltensstörungen während des Aufenthaltes und nach der Entlassung.  
In: Zeitschrift für Kinderchirurgie 1982; 37; S.42-49
42. McCLOWRY SG. & McLEOD SM.  
The psychosocial responses of school-age children to hospitalisation.  
In: Child Health Care 1990; 19(3); S.155-161
43. MEISTERERNST & REIPEN 1992  
Auswirkungen und Folgen von extrafamiliärem Kindesmissbrauch  
Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Westfälischen  
Wilhelms- Universität Münster 1992
44. MINSEL W. R. & SCHELLER H.P.  
Das kranke Kind im Krankenhaus.  
In: Psychologie und Medizin (Brennpunkte der Klinischen Psychologie;  
Bd.3) München 1982
45. PETERMANN F.  
Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie  
Hogrefe 1995
46. QUINTON D. & RUTTER M.  
Early hospital admissions and later disturbances of behavior: End attempted replication of Douglas` findings.  
In: Developmental Medicine and Child Neurology 1976; 18; S.447-459
47. REMSCHMIDT H. & WALTER R.  
Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische  
Untersuchung  
Hogrefe Verlag, Göttingen 1990

48. ROBERTSON J.

Der Verlust mütterlicher Fürsorge in früher Kindheit und einige Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit.

In: Zeitschrift ärztliche Fortbildung 1957a, 21/22, S.899-903

49. ROBERTSON J. & BOWLBY J.

Responses of young children to separation from their mother.

In: Courrier 1952, 2, S.131-141

50. ROBERTSON J.

Das Trennungstrauma des hospitalisierten Kleinkindes

In: BIERMANN G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, B.II. 1973; S.837-848

51. ROBERTSON J.

Kinder im Krankenhaus

In: Beiträge Psychologie und Soziologie des kranken Menschen, Bd. 1 Reinhardt E. 1982

52. RUTTER M.

Maternal Deprivation 1972-1978: New findings, new concepts, new approaches.

In: Child Developmental 1979; 50; S.283-305

53. SAILE H.

Rooming-in bei Krankenhausaufenthalten von Kindern

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1988; 17; S.8-20

54. SAILE H.

Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1989; 38; S.6-9

55. SAILE H. & SCHMIDT L.R.  
Krankenhausaufenthalte bei Kindern  
In: Jahrbuch der medizinischen Psychologie; Bd. 4  
Springer 1990
56. SAILE H.  
Entwicklungspsychologische Beiträge zur psychischen Belastung von  
Kindern durch einen Krankenhausaufenthalt. Eine Untersuchung zum  
Einfluss von Rooming-in und Temperament.  
Lang, Frankfurt 1987
57. SCHANDL V. & LÖSCHENKOHL E.  
Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei  
Verhaltensstörungen  
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1980; 29(7);  
S.252-258
58. SCHMIDT LR.  
Psychologie in der Medizin – Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis.  
Thieme, Stuttgart 1984
59. SCHMIDT M. & ESSER G.  
Psychologie für Kinderärzte, Stuttgart 1985
60. SCHRAML W.J.  
Psychologie im Krankenhaus  
Huber 1983
61. SEIFFGE-KRENKE I. & BRATH K.  
Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen – Forschungstrends  
und Ergebnisse.  
In: Jahrbuch der medizinischen Psychologie; Bd. 4; Springer 1990

62. SMORTI A. & TANI F.  
Ängste von Kindern auf einer „offenen“ pädiatrischen Station und die Einstellung ihrer Eltern zum Krankenhausaufenthalt.  
In: Jahrbuch der medizinischen Psychologie; Bd. 4; Springer 1990
63. SPITZ R.  
Psychotherapie im frühesten Lebensalter.  
In: BIERMANN G. (Hrsg.) Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd.I  
Reinhardt, München, S.217-229
64. TROSCHKE J. VON  
Verhaltenstörungen bei Kindern nach einem Kurzkrankenhausaufenthalt.  
In: Zeitschrift Psychotherapie, Med. Psychologie 1972; 22; S.45-54
65. TROSCHKE J. VON  
Das Kind als Patient im Krankenhaus.  
München / Basel 1974
66. VEENEKLAAS G.M.H.  
Kind im Krankenhaus  
Thieme, Stuttgart 1975
67. WANSCHURA T. & LÖSCHENKOHL E.  
Kind im Krankenhaus. Zwei Bedingungsmodelle für die Verstärkung/Hemmung von Verhaltensstörungen.  
In: Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie 1979; 28; S.51-55
68. WOLTERS W.H.  
Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus  
In: Klinische Psychologie und Psychopathologie Bd.38  
Enke F. 1986

69. WRIGHT MC:

Behavioral effects of hospitalization in children.

In: Journal of Paediatric Child Health, 1995; 31(3); S.165-167



## **VII. ANHANG**

### **1. INTERVIEWLEITFADEN**

#### **Interviewleitfaden zur Erfassung des Erlebens und Verhaltens von Kindern und deren Eltern nach einem Kurzkrankenhausaufenthalt**

##### **Allgemeine Einführung in das Interview**

Bevor ich mit dem Interview beginne, möchte ich Ihnen noch einmal sagen, warum es mir so wichtig ist, über Ihre Erfahrungen, die Sie durch den Krankenhausaufenthalt Ihres Kindes gemacht haben, zu sprechen.

Mit Hilfe des Fragebogens, der „Child Behavior Checklist“, und dieses Interviews möchte ich eine möglichst genaue Beschreibung der Auswirkungen, die der Krankenhausaufenthalt auf Ihr Kind und auf Sie selbst mit sich gebracht hat, erarbeiten. Dadurch erhoffen wir eine bessere Einschätzung der heutigen Belastungssituation durch Krankenhausalltag und medizinische Maßnahmen vornehmen zu können.

Ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang versichern, dass ich der ärztlichen Schweigepflicht unterliege und alles, was Sie mir mitteilen, vertraulich behandelt wird. Um mir sicher zu sein, dass ich alle wichtigen Aussagen von Ihnen mitbekomme, möchte ich gerne einen Cassettenrecorder mitlaufen lassen. Die Cassetten werden anonymisiert aufbewahrt und nach Beendigung meiner Arbeit wieder gelöscht.

Während des Gesprächs ist es mir wichtig, immer Sie beide zu den jeweiligen Bereichen zu hören, weil sich Ihre Beobachtungen und Einschätzungen auch unterscheiden können.

Das wollte ich Ihnen gerne vorab mitteilen.

Wenn Sie noch Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie die jederzeit äußern.

### **1. Informationen zur Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt**

Ich möchte bei der Untersuchung, ob und wie der Krankenhausaufenthalt Auswirkungen auf Ihr Kind gezeigt hat, auch mitberücksichtigen, welche Vorerfahrungen Ihr Kind mit dem Bereich Arzt und Krankenhaus gemacht hat.

#### **A. Fragen zum Bereich der Vorerfahrungen**

Eröffnungsfrage:

1. Zuerst möchte ich von Ihnen wissen, welche Vorerfahrungen Ihr Kind mit medizinischen Behandlungssituationen beim Kinderarzt oder bei einem früheren Krankenhausaufenthalt bisher gemacht hat?
2. Wie häufig und von welcher Dauer waren frühere Krankenhausaufenthalte?
3. Wie groß ist der zeitliche Abstand zum jetzigen Aufenthalt gewesen?
4. Wie schätzen Sie die Bewältigung früherer Krankenhausaufenthalte ein?
5. Hat Ihr Kind stellvertretende Vorerfahrungen bei Geschwistern oder Freunden gemacht?

### **2. Informationen zur Zeit während des Krankenhausaufenthaltes**

Nun möchte ich mit Ihnen über die Zeit im Krankenhaus sprechen. Es ist mir besonders wichtig, von Ihnen zu hören, wie Ihr Kind die jeweiligen Situationen aus Ihrer Sicht empfunden hat und was Sie dabei gefühlt haben.

#### **A. Fragen zur Gestaltung der Zeit im Krankenhaus**

Eröffnungsfrage:

1. Zu welchen Zeiten waren Sie jeweils im Krankenhaus bei Ihrem Kind?
2. Von wem hat Ihr Kind ansonsten noch Besuch bekommen?
3. Wie hat sich Ihr Kind im Spiel-, oder Krankenzimmer beschäftigt?
4. Wie haben Sie sich mit Ihrem Kind beschäftigt?
5. Hat Ihr Kind auch allein die vorhandenen Spielmöglichkeiten genutzt?
6. Hat es mit anderen Kindern gespielt?

B. Fragen zum Bereich der medizinischen Maßnahmen

Eröffnungsfrage:

1. Waren Sie bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die bei Ihrem Kind durchgeführt wurden, anwesend?
2. Wie hat Ihr Kind auf die jeweiligen Maßnahmen reagiert?
3. Wie haben Sie selbst auf die medizinischen Maßnahmen reagiert?

C. Fragen zum Kontakt zu Krankenschwestern, -pflegern und ÄrztInnen

Eröffnungsfrage:

1. Welchen Kontakt hatte Ihr Kind zu den Krankenschwestern bzw. -pflegern und den ÄrztInnen?
2. Wie war Ihr Verhältnis zu den Krankenschwestern bzw. -pflegern und den ÄrztInnen?

**3. Fragen zur Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt**

Zum Schluss möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, ob der Krankenhausaufenthalt auf Ihr Kind oder auf Sie irgendwelche negativen oder positiven Auswirkungen hat.

A. Erleben und Verhalten des Kindes

Im Kindesalter gibt es viele Entwicklungen und Veränderungen. Mich interessiert nun, ob es Veränderungen gibt, die Sie auf den Krankenhausaufenthalt zurückführen. Da Sie Ihr Kind am besten kennen, sind mir Ihre Wahrnehmungen, Beobachtungen und Einschätzungen besonders wichtig.

Eröffnungsfrage:

1. Als erstes möchte ich von Ihnen wissen, ob Sie den Eindruck haben, dass sich Ihr Kind seit dem Krankenhausaufenthalt verändert hat.
2. Hat sich am körperlichen Zustand Ihres Kindes etwas verändert?
  - Allgemein verbesserter Gesundheitszustand nach Erholungsphase?
  - Äußert Ihr Kind Schmerzen?
  - Zeigt Ihr Kind Veränderungen im Essverhalten?
  - Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen, die es vorher nicht hatte? Oder hat es umgekehrt vorher existierende Schwierigkeiten nun nicht mehr?
  - Hat Ihr Kind seitdem häufige Verletzungen oder Infektionen?
  - Hat Ihr Kind seitdem irgendwelche Hautveränderungen?
  - Gibt es weitere Verhaltensweisen, die Ihnen aufgefallen sind, z.B. (erneutes) Daumenlutschen, (erneutes) Einnässen?

3. Gibt es etwas, was Ihr Kind vorher gut konnte, gerne getan hat und jetzt nicht mehr tut?
  - Aus dem Bereich der motorischen Fähigkeiten?
  - Aus dem Bereich der erlernten Fähigkeiten?
4. Gibt es etwas, was Ihr Kind vorher nicht gut konnte, ungern getan hat und jetzt tut?
  - Aus dem Bereich der motorischen Fähigkeiten?
  - Aus dem Bereich der erlernten Fähigkeiten?
5. Hat sich Ihr Kind gegenüber anderen Personen, gegenüber Eltern, Geschwistern, anderen Kindern oder Erwachsenen oder in der Schule bzw. im Kindergarten verändert gezeigt?
6. Hat sich Ihr Kind im Verhalten gegenüber dem Hausarzt/ Hausärztin oder Arzthelferinnen oder bei der Durchführung medizinische Maßnahmen seit dem Krankenhausaufenthalt verändert?
7. Hat sich am Sprachverhalten Ihres Kindes etwas verändert?
8. Hat sich am Spielverhalten Ihres Kindes etwas verändert?
9. Haben Sie Veränderungen bei Ihrem Kind im Umgang mit seinem eigenem Körper bemerkt?
10. Beschäftigt sich Ihr Kind Ihres Wissens nach mit Sexualität?  
Beschäftigt es sich seit dem Krankenhausaufenthalt anders damit?
  - Stellt es Fragen?
  - Spielt es Doktorspiele?
  - Stimuliert Ihr Kind sich selbst?
  - Hat sich sein Schamgefühl verändert?
11. Hat sich Ihrer Meinung nach an den Eigenschaften Ihres Kindes etwas verändert?
12. Wenn Sie versuchen, in Ihr Kind hineinzugucken, was glauben Sie, worüber sich Ihr Kind viele Gedanken macht?
13. Was glauben Sie, wie sich Ihr Kind zur Zeit fühlt und wie es ihm geht?
14. Worauf führen Sie die Veränderungen, die Sie jetzt gerade beschrieben haben, zurück?
15. Hat es Ihrer Meinung nach in den letzten Monaten ein einschneidendes Lebensereignis für Ihr Kind gegeben?

## **B. Erleben und Verhalten der Eltern**

Wir haben gerade darüber gesprochen, wie sich der Krankenhausaufenthalt Ihrer Meinung nach auf Ihr Kind ausgewirkt hat.

Jetzt interessiert mich, was der Krankenhausaufenthalt bei Ihnen selbst ausgelöst hat. Da solche Ereignisse unterschiedliche Reaktionen bei Vätern und Müttern hervorrufen können, möchte ich gerne von Ihnen beiden wissen, was Sie dazu denken.

Eröffnungsfrage:

1. Was wurde durch den Krankenhausaufenthalt Ihres Kindes bei Ihnen während des Aufenthaltes oder später ausgelöst?
2. Haben Sie sich an eigene Krankenhausaufenthalte in Ihrer Kindheit erinnert?
3. Welche Gefühle haben die Veränderungen Ihres Kindes bei Ihnen ausgelöst?
4. Haben Sie in der Erziehung Ihres Kindes etwas verändert?
5. Hat sich Ihre Beziehung zu Ihrem Kind verändert?
6. Hat der Krankenhausaufenthalt Auswirkungen auf Ihre Partnerschaft gehabt?
7. Haben die Veränderungen Ihres Kindes Auswirkungen auf Ihre Partnerschaft gehabt?
8. Gibt es Auswirkungen, die Ihr eigenes Verhältnis zum Thema Krankenhaus betreffen?

## **Abschluss des Interviews**

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt.

Wenn Ihnen noch etwas einfällt, was Sie ergänzen möchten, können Sie es gerne tun.

Ich möchte mich sehr für Ihre Bereitschaft, mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen, bedanken.

## 2. KATEGORIENSYSTEM

### Kategorisierung

Interview:

#### 1. Bereich: Erleben und Verhalten der Kinder aus Sicht der Eltern

##### A.) Informationen über das Kind zur Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt aus Sicht der Eltern

###### 1. Vorerfahrungen des Kindes

###### 1.1. Vorerfahrungen mit dem Kinderarzt

Mutter / Vater / beide

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelmäßige Besuche</li> <li>2. häufige Besuche mit erweiterter Diagnostik (z.B. Blutabnahmen)</li> </ol> |
|---|

###### 1.2. Beziehung zum Kinderarzt

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. geht gerne zum Kinderarzt, hat eine vertrauensvolle Beziehung</li> <li>2. geht nicht gern zum Kinderarzt,<br/>(ist ängstlich oder hat schlechten Kontakt zu ihm)</li> </ol> |
|---|

###### 1.3. Vorerfahrungen mit Krankenhaus

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. war noch nie im KH</li> <li>2. war schon vorher im KH<br/>Häufigkeit:<br/>Dauer:<br/>Zeitlicher Abstand zum jetzigen Aufenthalt:<br/>Eingeschätzte Bewältigung:</li> <li>3. Stellvertretende Vorerfahrungen<br/>bei:</li> </ol> |
|---|

##### **B.) Informationen über das Kind zur Zeit des Krankenhausaufenthaltes**

Kurzbeschreibung: Diagnose:

Diagnostik:

Zimmersituation:

Aufenthaltsdauer:

###### 1. Gestaltung der Zeit im Krankenhaus

###### 1.1. Anwesenheit der Eltern im Krankenhaus

Mutter / Vater / beide

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mindestens ein Elternteil war tagsüber und nachts immer anwesend</li> <li>2. mindestens ein Elternteil war tagsüber immer anwesend</li> <li>3. mindestens ein Elternteil war tagsüber meistens anwesend</li> <li>4. mindestens ein Elternteil war tagsüber manchmal anwesend</li> <li>5. mindestens ein Elternteil war nachts immer anwesend</li> <li>6. das Kind war immer allein</li> </ol> |
|---|

*1.2. Sonstiger Besuch*

1. häufig
2. manchmal
3. gar nicht

*1.3. Beschäftigung im Krankenzimmer oder Spielzimmer*

1. es hat sich den Umständen entsprechend ähnlich wie zu Hause beschäftigt (auch zwischendurch allein)
2. es hat sich ganz anders als zu Hause beschäftigt
3. es hat nie allein gespielt
4. es hat mit anderen Patienten gespielt
5. es hat nicht mit anderen Patienten gespielt
6. es hat zusammen mit einer Bezugsperson im Spielzimmer gespielt
7. es hat auch ohne Bezugsperson im Spielzimmer gespielt
8. es hat gar nicht im Spielzimmer spielen wollen
9. es hat aus organisatorischen oder medizinischen Gründen nicht im Spielzimmer spielen können

2. Medizinische Maßnahmen und Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzten*2.1. Anwesenheit bei medizinischen Maßnahmen*

1. ein Elternteil war immer dabei
2. ein Elternteil war manchmal dabei
3. das Kind war immer allein

*2.2. Reaktionen des Kindes auf Blutabnahmen und Legen von intravenösen Zugängen*

1. es war dabei ruhig und zeigte auch hinterher keine Aufregung
2. es war dabei ruhig, war aber hinterher aufgeregt und aufgelöst
3. es hat dabei geweint, hat sich aber hinterher direkt wieder beruhigen lassen
4. es hat dabei geweint und hat sich hinterher nur sehr schlecht wieder beruhigen lassen
5. es war völlig aufgelöst und panisch, hat sich aber hinterher direkt wieder beruhigen lassen
6. es war völlig aufgelöst und panisch und hat sich lange nicht beruhigen lassen
7. die Reaktionen des Kindes sind nicht bekannt

*2.3. Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzten**Mutter / Vater / beide*

1. das Kind hatte guten Kontakt, hat selbständig Bedürfnisse geäußert oder sein Befinden beschrieben
2. das Kind war sehr zurückhaltend, hat Bedürfnisse erst nach längerer Eingewöhnungszeit geäußert
3. das Kind hat keinen Kontakt aufgenommen

### C.) Informationen zur Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt

#### 1. Veränderungen (erstgenannter Bereich)

Mutter:  
Vater:

#### 2. körperliche, organische Veränderungen

Mutter /

Vater / beide

1. allgemein verbesserter Gesundheitszustand nach Erholungszeit
2. Verletzungen oder Infektionen
3. Hautveränderungen
4. verbesserte motorische Fähigkeiten
5. verschlechterte motorische Fähigkeiten
6. verbesserter Appetit
7. verschlechterter Appetit
8. allgemein verschlechterter Gesundheitszustand

#### 3. psychosomatische Veränderungen ( Ausmaß auch, wenn keine Veränderung gegeben )

1. Einnässen (Tag und/oder Nacht)  
Ausmaß:
2. Hautveränderungen (Juckreiz, Rötungen, Urtikaria, Neurodermitis)  
Ausmaß:
3. Schmerzen (Magen-, Kopf-, Bauchschmerzen)  
Ausmaß:
4. Essstörungen  
Ausmaß:
5. Schlafstörungen  
Ausmaß:
6. Sonstiges:

#### 4. affektive Veränderungen

##### 4.1. gegenüber den Eltern (angeben gegenüber welchem Elternteil)

1. größere Anhänglichkeit
2. weniger Anhänglichkeit
3. mehr Zuneigung, vertrauter miteinander sein
4. weniger Zuneigung, weniger vertraut miteinander sein
5. sich verantwortlich fühlen, sich sorgen, Eltern schonen
6. Schuld empfinden, Gewissensbisse haben, wiedergutmachen wollen
7. sich im Stich gelassen fühlen, allein gelassen fühlen, Frust ablassen.
8. Misstrauen haben
9. Ablösung
10. Sonstiges:



#### 4.2. gegenüber Geschwistern

1. mehr Zuneigung
2. weniger Zuneigung
3. mehr Abgrenzung
4. weniger Abgrenzung
5. mehr Rivalität
6. weniger Rivalität
7. Sonstiges

#### 4.3. in Schule oder Kindergarten

1. weniger zurückhaltend
2. zurückhaltender
3. Sonstiges

#### 4.4. überdauernde, nicht auf Personen gerichtete Gefühle und Stimmungen

1. allgemeines Wohlbefinden
2. Ängstlichkeit
3. Traurigkeit (depr. Grundstimmung, sich ohnmächtig fühlen, weinen, sich nicht behaupten können, willenlos sein)
4. aggressive Grundstimmung (zerstörerisch, provozierend, verletzend sein, eher absichtlich)
5. Nervosität, Hektik (innerer Druck, geladen sein, fähig, wenig absichtlich)
6. allgemeine Unzufriedenheit
7. Sonstiges:

#### 5.kognitive Veränderungen (auch Beschreibung und Richtung der Veränderung)

- 1.beschäftigt sich mit alltäglichen Erfahrungen
- 2.beschäftigt sich mit Kindergarten/Schule
- 3.beschäftigt sich mit sozialen Beziehungen
- 4.beschäftigt sich mit sich selbst
- 5.beschäftigt sich mit Sterben und Tod
- 6.beschäftigt sich mit Krankheiten, Krankenhaus
- 7.beschäftigt sich mit Gerechtigkeit
- 8.beschäftigt sich mit Schutz vor Bedrohung (eigene Wehrhaftigkeit, Stärke, Größe, Kraft)
- 9.beschäftigt sich mit Gewalt, Krieg
- 10.beschäftigt sich mit sexuellen Themen
- 11.glaubt anders zu sein, krank zu sein
- 12.Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsschwäche (Tagträumereien, mit den Gedanken woanders sein)
- 13.eigene Glaubwürdigkeit testen
- 14.Gründe für elterliches Verhalten, Streit zwischen den Eltern
- 15.Sonstiges:

## 6. Veränderungen im Verhalten (jeweils Richtung der Veränderung!)

### 6.1. Regredierende Verhaltensweisen

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daumen lutschen, Babysprache<br/>Ausmaß:</li> <li>2. Verlust bereits erlernter Fähigkeiten<br/>(z.B. Anziehen, Ausziehen, Schuhebinden)</li> </ol> |
|--|

### 6.2. Sozialverhalten

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vermehrter Kontakt zu anderen Kindern</li> <li>2. Kontakt zu anderen Kindern vermeidend</li> <li>3. vermehrter Kontakt zu anderen Erwachsenen</li> <li>4. Kontakt zu anderen Erwachsenen vermeidend</li> <li>5. bei den Eltern Nähe suchen (Körperkontakt, Sichtkontakt)</li> <li>6. bei den Eltern Nähe vermeidend (Körperkontakt, Sichtkontakt)</li> <li>7. Aggressivität gegen Eltern</li> <li>8. Aggressivität gegen Kinder</li> <li>9. ungerichtete Aggressivität</li> <li>10. Distanzlosigkeit gegenüber Fremden („Grabschen“, Grenzen verletzen, zu nahe kommen)</li> <li>11. Rückzug, Isolation</li> <li>12. verletzt Grenzen, hält sich nicht an Regeln (Provokation, „Ungehorsam“, Übertreten von Verboten und Geboten)</li> <li>13. fordert Aufmerksamkeit (Gespräche unterbrechen, „Mittelpunkt“ sein wollen)</li> <li>14. Verweigerung (Zärtlichkeiten, Kiga, Schule)</li> <li>15. Situation u./o. Personen kontrollieren wollen, (Versuch eigene Position zu stärken, Einfluss nehmen wollen)</li> <li>16. selbständig werden, „älter“ geworden</li> <li>17. abgrenzen, eigene Position vertreten</li> <li>18. an den Vorstellungen der Erwachsenen orientiert</li> <li>19. Verhalten geschlechtsrollenspezifisch orientiert</li> <li>20. Position in der Schule/Kiga stabilisieren</li> <li>21. Sonstiges:</li> </ol> |
|--|

### 6.3. Verhalten gegenüber Geschwistern

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zuwendung</li> <li>2. Eifersucht</li> <li>3. sich kümmern</li> <li>4. zusammen spielen</li> <li>5. sich abgrenzen</li> <li>6. sich durchsetzen</li> <li>7. Sonstiges:</li> </ol> |
|--|

### 6.4. Spielverhalten

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konstruktionsspiele (Lego u.ä.)</li> <li>2. schulbezogene Spiele (lesen, schreiben, Sachbücher)</li> <li>3. malen, basteln</li> <li>4. vorlesen</li> </ol> |
|--|

5. sich bewaffnen, schützen (sich in „Höhle“ zurückziehen)
6. Rollenspiele (u.a. Krankenhaus, Arzt)
7. draußen spielen
8. Sonstiges:

#### 6.5. Sprachverhalten

1. paraverbale Veränderungen (lauter, leiser sprechen, plötzlich schreien)
2. differenziertere Ausdrucksweise, angemessenere Argumentationsweise
3. Babysprache
4. sexualisierte Sprache
5. Sonstiges:

#### 6.6. Sexualverhalten, Umgang mit dem eigenem Körper

1. masturbieren, onanieren (berühren, streicheln, Anfassen der eigenen Genitalien, Selbststimulation)
2. Verlangen nach Stimulation durch andere
3. Bloßstellen der eigenen Genitalien
4. Versuch der Berührung erogener Zonen bei anderen
5. sexualisiertes Spiel (Doktorspiele, Geschlechtsverkehr spielen)
6. verstärktes Schamgefühl entwickeln, Befangenheit
7. Schutz durch Kleidung
8. sich als Sexualobjekt/-partnerin anbieten („Lolitaverhalten“ bei Mädchen, Kokettieren mit Nacktheit)
9. Schwierigkeiten auf der Toilette (z.B. Po nicht abputzen, sehr lange brauchen, nicht gehen wollen)
10. Zungenküsse geben u./o. fordern
11. Fragen stellen, Interesse zeigen
12. verbessertes Körperbewußtsein, Körpergefühl
13. Verantwortung für Körper und Körperpflege
14. Sonstiges:

#### 6.7. Verhalten gegenüber Krankenschwestern und Ärzten

1. hat Vertrauen und baut schnell Kontakt auf
2. hat wenig Vertrauen, ist misstrauisch, baut nur sehr schlecht Kontakt auf

#### 7. Gründe für Veränderungen im Verhalten

1. allgemeine Entwicklung
2. Eltern (z.B. Art der Erziehung o. der Erziehung)
3. Geschwister (auch Geburt)
4. Kindergarteneintritt
5. Schuleintritt
6. Krankenhausaufenthalt
7. Sonstiges:

#### 8. Lebensereignis

Wenn ja, was:

**2. Bereich: Erleben und Verhalten der Eltern**

**A.) Informationen zur Zeit während des Krankenhausaufenthaltes**

**1. Medizinische Maßnahmen aus Sicht der Mutter**

**1.1 Anwesenheit der Mutter bei medizinischen Maßnahmen**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. immer anwesend</li> <li>2. meistens anwesend</li> <li>3. nie anwesend</li> </ol> |
|--|

**1.2 Reaktionen der Mutter auf medizinische Maßnahmen**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. innerlich und äußerlich ruhig</li> <li>2. innerlich betroffen, aber äußerlich ruhig</li> <li>3. innerlich sehr betroffen und auch äußerlich sehr aufgeregt</li> </ol> |
|---|

**2. Medizinische Maßnahmen aus Sicht des Vaters**

**2.1 Anwesenheit des Vaters bei medizinischen Maßnahmen**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. immer anwesend</li> <li>2. meistens anwesend</li> <li>3. nie anwesend</li> </ol> |
|--|

**2.2 Reaktionen des Vaters auf medizinische Maßnahmen**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. innerlich und äußerlich ruhig</li> <li>2. innerlich betroffen, aber äußerlich ruhig</li> <li>3. innerlich sehr betroffen und auch äußerlich sehr aufgeregt</li> </ol> |
|---|

**3. Kontakt zu Krankenschwestern und Ärzten**

Mutter / Vater / beide

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sehr guter Kontakt und das Gefühl guter Betreuung</li> <li>2. recht guter Kontakt, aber auch Meinungsverschiedenheiten</li> <li>3. schlechter Kontakt und viele Meinungsverschiedenheiten</li> </ol> |
|--|

**B.) Erleben und Verhalten in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt**

**1. Erstgenannter Bereich:**

Mutter:

Vater:

## 2.1 Persönliche Betroffenheit bezogen auf den Krankenhausaufenthalt

### 2.1.1 Kognitiv

Mutter / Vater / beide

1. Erinnerung an selbst erlebten Krankenhausaufenthalt als Kind  
Beschreibung:
2. Erinnerung an Verletzungen der eigenen Grenzen als Kind  
Beschreibung:
3. Erinnerung an andere Kindheitserlebnisse, -phantasien
4. Erinnerung an selbst erlebten Krankenhausaufenthalt als Erwachsener  
Beschreibung:
5. Nicht denken können, Leere
6. Aktualisierung von Vorstellungen und Einstellungen (Eher neutrale Wertung)
7. Verlust der Kontrollüberzeugung
8. Zweifel an eigenen Kompetenzen (z.B. Menschenkenntnis)
9. Sich große Sorgen während des Krankenhausaufenthaltes machen
10. Erleichterung darüber, die Verantwortung an die Ärzte/ Krankenschwestern abgeben zu können
11. Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung des Krankenhausaufenthaltes
12. Resignation hinsichtlich der Bewältigung des Krankenhausaufenthaltes
13. Selbstvorwürfe, Selbstanklage
14. Befürchtungen hinsichtlich der Bewältigung
15. Sonstiges:

### 2.1.2 Affektiv

1. Enttäuschung (Missgefühl, Missachtung, menschl. Entt. Bezogen auf andere)
2. Hilflosigkeit, Ohnmacht
3. Betroffenheit (Traurigkeit)
4. Wut, Hass
5. Mißtrauen
6. überfordert fühlen (etwas nicht fassen können)
7. Angst, beschreiben wovor:
8. Überdruß (Thema nicht mehr hören können)
9. Stolz über Bewältigung
10. Freude über Bewältigung
11. Sonstiges:

### 2.1.3 Verhaltensebene

1. Öffentlichkeit herstellen
2. Vermeiden von Situationen, die mit dem Krankenhausaufenthalt assoziiert werden
3. Umgestaltung der Alltagsstruktur
4. Umgestaltung, Veränderung der Lebensplanung/ Familienstruktur
5. Viel über den Krankenhausaufenthalt sprechen
6. sich informieren
7. Vermeiden von Auseinandersetzung und Konfrontation mit dem Thema
8. Sonstiges:

## 2.2 Einstellung und Beziehung zum Kind und zu den Entwicklungen und Veränderungen

### 2.2.1 Kognitiv bezogen auf die Beziehung zum Kind und Entwicklung Mutter / Vater / beide

1. Wahrnehmung von Defiziten in der Beziehung zum Kind
2. Erziehungsvorstellungen in Frage stellen, anders bewerten  
(neue Erziehungsziele haben, entwickeln)
3. Veränderung des Bildes vom Kind in negativer Richtung
4. Wunsch, dem Kind zu helfen
5. Befürchtungen für die Entwicklung des Kindes
6. Veränderung des Bildes vom Kind in positiver Richtung
7. Bestätigung des Erziehungskonzeptes
8. Gedanken zu bestimmten Schwierigkeiten  
Beschreibung:
9. Gedanken zu Gründen für Veränderungen  
Beschreibung:
10. Wahrnehmung von Ähnlichkeit
11. Erinnerung an Erziehungsverhalten der Eltern
12. allgemeine Gedanken zu Kindheit/Situation von Kindern
13. Sonstiges:

### 2.2.2 Affektiv bezogen auf Beziehung zum Kind und Entwicklung

1. Mitleid, Traurigkeit
2. Unsicherheit, Hilflosigkeit
3. Schuldgefühle gegenüber dem Kind (Gefühle des Versagens)
4. enttäuscht sein vom Kind
5. sich durch das Kind überfordert fühlen
6. Wut auf das Kind
7. Verantwortung spüren, sich mehr für das Kind verantwortlich fühlen
8. Freude (und allgemein „positiv“)
9. Stolz
10. sich Sorgen machen, Befürchtungen haben
11. sich gefordert fühlen
12. genervt sein
13. entlastet sein
14. mehr Nähe, engere Beziehung
15. gleichberechtigteres Verhältnis
16. kameradschaftliches Verhältnis
17. Gleichgültigkeit
18. Sonstiges:

### 2.2.3 Verhaltensebene

1. dem Kind das Gefühl des „Behütet-Seins“ geben
2. Verarbeitungshilfen geben, mit dem Kind zusammen  
den Krankenhausaufenthalt bearbeiten
3. Versuch, die Beziehung zum Kind zu ändern
4. (viel) mit dem Kind über den Krankenhausaufenthalt sprechen
5. Kind innerlich stärken
6. weniger Grenzen setzen, nachsichtiger sein
7. Strategien bilden bezogen auf bestimmte Schwierigkeiten

- |   |
|---|
| 8. strenger sein, mehr Grenzen ziehen               |
| 9. Übergang, Rückkehr in den Alltag deutlich machen |
| 10. Position des Kindes stärker akzeptieren         |
| 11. Sonstiges:                                      |

*2.2.4 Veränderungswünsche bezogen auf das Erziehungsverhalten Mutter / Vater / beide*

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. mehr Zeit haben für das Kind      |
| 2. mehr Geduld haben, mehr Ruhe      |
| 3. mehr auf das Kind eingehen        |
| 4. sich durchsetzen bei Machtkämpfen |
| 5. mehr Freiräume für sich           |
| 6. Sonstiges:                        |

2.3 Partnerbeziehung bezogen auf den Krankenhausaufenthalt

*2.3.1 Kognitiv*

- |   |
|---|
| 1. Neuentstehung oder Aktualisierung von Partnerschaftskonflikten                             |
| 2. Unterschiedliche Bewertung des Krankenhausaufenthaltes                                     |
| 3. Belastung der Partnerschaft  |
| 4. Stressempfinden durch den Krankenhausaufenthalt<br>(Organisation, veränderter Tagesablauf) |
| 5. Zukurzkommen der Partnerschaft   |
| 6. Sonstiges:   |

*2.3.2 Affektiv*

- |  |
|--|
| 1. Anlehnungsbedürfnis                               |
| 2. Mitteilungsbedürfnis                              |
| 3. Wut, Ärger, Unzufriedenheit mit dem/der PartnerIn |
| 4. sich allein gelassen fühlen                       |
| 5. sich verbunden fühlen                             |
| 6. sich bedrängt fühlen                              |
| 7. sich nicht verstanden fühlen                      |
| 8. sich für den/die PartnerIn verantwortlich fühlen  |
| 9. sich zurückziehen                                 |
| 10. Sonstiges:                                       |

*2.3.3 Verhaltensebene*

- |  |
|--|
| 1. Auswirkungen auf die Sexualität                     |
| 2. Vorwürfe machen                                     |
| 3. oft Gespräche über den Krankenhausaufenthalt führen |
| 4. sich vom Partner zurückziehen                       |
| 5. Unterstützung einfordern                            |
| 6. Nähe geben / bieten                                 |
| 7. Nähe verweigern                                     |
| 8. Sonstiges:  |

*2.3.4 Partnerbeziehung allgemein*

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. weniger Zeit füreinander |
| 2. weniger Freiraum         |

- 3.mehr Zeit füreinander
- 4.mehr Freiraum
- 5.Austausch über Entwicklung und Schwierigkeiten
- 6.gegenseitige Unterstützung beim Erziehungsverhalten
- 7.Sonstiges:



## **VIII. LEBENSLAUF**

## **IX. DANKSAGUNG**

An erster Stelle gilt mein Dank all den Eltern, durch deren Bereitschaft und Engagement, mit der sie sich in die Studie eingebracht haben, das Grundgerüst für diese Arbeit entstehen konnte.

Ebenso danke ich all den Menschen, die mich mit Rat und Tat unterschiedlichster Art unterstützt haben:

Herrn Prof. Dr. T. Fürniss für die freundliche Überlassung des Themas und Geduld während der Phase der Datensammlung und Auswertung.

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendabteilung des Franziskushospitals Münster für die aufmerksame Beteiligung an der Suche nach möglichen Probanden.

Herrn Thomas Beyer für die Anregungen und Hilfe bei der statistischen Auswertung der Untersuchungsergebnisse.

Und meiner Familie, die mein gedankliches Nachhängen am Thema ausgehalten und respektiert hat.