

**DIE VERÄNDERUNG DER LEBENSQUALITÄT UND DER
SUBJEKTIVEN WAHRNEHMUNG DER FAMILIENBEZIEHUNGEN
VON KINDERN IM RAHMEN DER AMBULANTEN BETREUUNG DES
VORARLBERGER KINDERDORFS**

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades *sMagistra rer.nat.*
an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Studienrichtung Psychologie

eingereicht von

Simone Hopfner

eingereicht bei

Prof. Dr. Rainer Richter

November 2008

Inhalt

EINLEITUNG	4
1. DER AMBULANTE FAMILIENDIENST	6
1.1. Zielgruppe und Zielsetzungen	6
1.2. Aufgabenschwerpunkte	7
1.2.1. Aufträge	7
1.2.2. Arbeitsschwerpunkte	8
1.3. Methodik	10
2. DAS KONZEPT DER LEBENSQUALITÄT	12
2.1. Begriffserklärung	12
2.1.1. Menschliche Bedürfnisse	13
2.1.2. Das bio-psycho-soziale Modell	14
2.2. Lebensqualität in der Medizin	15
2.2.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	15
2.2.1. Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	17
2.3. Erfassung der Lebensqualität	18
2.4. Nutzen der Lebensqualitätsforschung	20
2.5. Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen	21
2.5.1. Lebensqualitätserfassung bei Kindern	23
2.5.2. Messinstrumente bei Kindern	25
2.5.3. Lebensbereiche von Kindern	27
3. FAMILIENBEZIEHUNGEN	30
3.1. Definitionsversuche des Begriffs Familie	30
3.1.1. Funktionen der Familie	32
3.2. Entwicklung von Beziehungen	34
3.2.1. Veränderung von Beziehungen innerhalb der Familie	36
3.2.2. Geschwisterbeziehungen	37

3.3. Wandel der Familie	39
3.4. Alleinerziehende	40
3.4.1. Phasen einer Trennung bzw. Scheidung	41
3.4.2. Veränderungen und Folgen der Trennung für die Kinder	42
3.5. Stieffamilien & multiple Elternschaft	43
3.5.1. Merkmale einer Stieffamilie	44
3.5.2. Typen von Stieffamilien	45
3.5.3. Die Situation der Kinder nach einer Trennung bzw. in der Stieffamilie	46
3.6. Aufgaben der Familiendiagnostik	47
4. FRAGESTELLUNG	49
5. EMPIRISCHE UMSETZUNG DER FRAGESTELLUNG	51
5.1. Untersuchung	51
5.1.1. Probanden	51
5.1.2. Planung der Untersuchung	52
5.1.3. Durchführung der Untersuchung	53
5.2. Erhebungsinstrumente	55
5.2.1. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität . ILK	55
5.2.2. Das subjektive Familienbild (SFB)	59
6. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	64
6.1. Beschreibung der Untersuchungsgruppe	64
6.2. Ergebnisse in Bezug auf die Lebensqualität	65
6.2.1. Vergleich der Ergebnisse zwischen Kindern und Eltern	66
6.2.2. Vergleich der beiden Messzeitpunkte	70
6.2.3. Vergleich der Ergebnisse mit einer Normstichprobe	72
6.3. Ergebnisse in Bezug auf das subjektive Familienbild	73
6.3.1. Darstellung der Ergebnisse der beiden Messzeitpunkte	74
6.3.2. Vergleich der beiden Messzeitpunkte	76
6.3.3. Gerichtete Beziehungen der Kinder und Jugendlichen	80

7. DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	86
7.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	86
7.1.1. Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen%	86
7.1.2. Ergebnisse in Bezug auf das sSubjektive Familienbild%	88
7.2. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	89
7.3. Ausblick	93
8. ZUSAMMENFASSUNG	94
LITERATURVERZEICHNIS	96
TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	102

Drei Dinge sind uns aus dem Paradies geblieben:

Sterne, Blumen und Kinder

(Dante Alighieri)



Einleitung

5 bis 10% der Kinder in Österreich wachsen unter ungünstigen Bedingungen auf, d.h. ihr Wohl und ihre positive Entwicklung sind nicht gewährleistet. Im Jahr 2007 wurde von der Jugendwohlfahrt des Bezirks Bregenz bei 649 Kindern und Jugendlichen abgeklärt, ob zur Sicherung des Wohls des Kindes eine Unterstützung notwendig ist. Die drei häufigsten Gründe dafür sind laut Leistungsbericht 2007%der Jugendwohlfahrt Bezirk Bregenz Erziehungsprobleme und Überforderung der Eltern, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Vernachlässigung der Kinder. In 174 Fällen wurden neue Maßnahmen der Erziehungshilfe eingeleitet, die von der Unterstützung der Erziehung durch ambulante Hilfen bis zur vollständigen Übernahme der Erziehung und einer Fremdunterbringung in Pflegefamilien und Kinderdörfern reichen. Insgesamt waren 688 Kinder und Jugendliche von einer dieser Maßnahmen betroffen.

Das Vorarlberger Kinderdorf übernimmt diese Aufgabe und unterstützt im Rahmen der ambulanten Betreuung die Eltern dabei, den Kindern eine günstige Entwicklung zu ermöglichen. Bei 266 Kindern wurde im Jahr 2007 die Betreuung durch den Ambulanten Familiendienst des Vorarlberger Kinderdorfs aufgenommen, insgesamt wurden 639 Kinder und deren Eltern im Auftrag der Jugendwohlfahrt betreut und bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützt, wobei davon 245 Fälle abgeschlossen werden konnten. Der Ambulante Familiendienst betreute demnach mit Stand Ende 2007 394 Kinder.

Ich erhielt die Möglichkeit, mich im Rahmen meiner Diplomarbeit mit diesen Kindern und deren Eltern zu beschäftigen und deren Lebensqualität und subjektive Wahrnehmung der Familienbeziehungen empirisch und eigenständig zu untersuchen.

An der Studie nahmen neun vom Ambulanten Familiendienst betreute Familien teil, die Untersuchung erfolgte jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme der Betreuung und ein halbes Jahr danach, um mögliche Veränderungen in der Wahrnehmung der Lebensqualität und der Familienbeziehungen zu erfassen. Die Stichprobe setzt sich aus 21 Kindern im Alter zwischen sieben und 18 Jahren zusammen.

In meiner Arbeit werde ich zu Beginn eine Beschreibung der teilnehmenden Einrichtung, des Ambulanten Familiendienstes, geben, danach folgt die Einführung in die Theorie des Konzepts der Lebensqualität . wobei hierbei besonders auf die Lebensqualität von Kindern eingegangen wird . und die Theorie der Familienbeziehungen.

Anschließend wird die Fragestellung mit den daraus abgeleiteten Hypothesen erklärt und die empirische Umsetzung dieser Fragestellung ausführlich dargestellt. Die verwendeten Fragebögen . das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) von Matthey und Renschmidt (2006) und das Subjektive Familienbild (SFB) von Matthey und Scholz (1994) . werden beschrieben und die ihnen zugrunde liegenden theoretischen Modelle erklärt.

Zum Schluss sind die Ergebnisse der in dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung zur Lebensqualität und zur subjektiven Wahrnehmung der Familienbeziehungen ambulant betreuter Kinder und deren Diskussion und Interpretation angeführt. Die dazu verwendeten Fragebögen . ILK und SFB . finden sich im Anhang zu dieser Arbeit.

1. Der Ambulante Familiendienst

Der Ambulante Familiendienst (AFD), dessen Trägereinrichtung das Vorarlberger Kinderdorf ist, unterstützt benachteiligte Familien bei der Bewältigung ihrer Probleme und entschärft Krisensituationen.

Gründe für eine ambulante Betreuung sind Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, massive Überforderung der Eltern, Erziehungsprobleme, Armut, Trennung, Krankheit oder Sucht.

Im Mittelpunkt der Bemühungen steht das Wohl des Kindes. Die Stärken und Fähigkeiten der betroffenen Kinder werden gefördert und die Eltern bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Lösungen unterstützt. In vielen Situationen lassen sich das Wohl der Kinder und das Wohl der Eltern nicht trennen, Vorrang hat aber immer das Kindeswohl.

Ich erhielt die Erlaubnis, im Folgenden die Arbeit des Ambulanten Familiendienstes im Rahmen einer Zusammenfassung des Bereichskonzepts Ambulanter Familiendienst 2008 zu beschreiben.

1.1. Zielgruppe und Zielsetzungen

Primäre Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die aufgrund emotionaler, sozialer und materieller Benachteiligungen in ihrer seelischen, geistigen und körperlichen Entwicklung aus Sicht der Jugendwohlfahrt in besonderem Maße gefährdet sind sowie ihre Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, die bei der Pflege, Erziehung und Betreuung ihrer Kinder Unterstützung benötigen.

Die Interventionen beschränken sich jedoch nicht nur auf die primäre Zielgruppe. Darüber hinaus wird das soziale Umfeld der Familie in die Betreuung miteinbezogen und die Betroffenen werden beim Aufbau und Ausbau von positiven und tragfähigen Beziehungen und sozialen Netzen unterstützt.

Die konkreten Ziele werden im Einzelfall von den Mitarbeitern der Jugendwohlfahrt, des Ambulanten Familiendienstes und den Sorgeberechtigten erarbeitet und richten sich nach folgenden Grundprinzipien:

- Orientierung am Kindeswohl: Die Orientierung am Kindeswohl hat Priorität.
- Eigenverantwortung der Familie: Die Familienmitglieder werden als „Experten“ für ihre Lebenssituation respektiert und professionelle Sichtweisen bei der Erarbeitung und Umsetzung der Lösungsschritte werden eingebracht.
- Partizipation: Alle Maßnahmen erfolgen in Absprache und unter Beteiligung der Erziehungsberechtigten. Bei Themen, die die Kinder direkt betreffen, werden diese ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechend miteinbezogen.
- Lösungsorientierung: Die Fähigkeiten der Familie, eigene Lösungen zu finden und umzusetzen, werden gefördert.
- Ressourcenorientierung: Fähigkeiten und Stärken der Betroffenen werden gestärkt, ohne deren Probleme bzw. Defizite auszublenden.
- Subsidiarität: Es wird die jeweils minimalste, zur Sicherung des Kindeswohls notwendige Dienstleistung angeboten.
- Effektivität: Die Betreuung bemüht sich um ein hohes Maß an Wirksamkeit und Nachhaltigkeit

1.2. Aufgabenschwerpunkte

Der Ambulante Familiendienst erfüllt neben der Betreuung von Familien auch noch weitere Aufträge und beinhaltet mehrere Arbeitsschwerpunkte.

1.2.1. Aufträge

Mögliche Aufträge können sein:

- Betreuung von Familien

Im Auftrag der Jugendwohlfahrt werden mehrfach benachteiligte Familien betreut. Grundvoraussetzungen sind eine Erstabklärung durch die

Jugendwohlfahrt und die daraus resultierende Einschätzung, dass ambulante Arbeit für die Sicherung des Kindeswohls ausreichend ist.

– Stellungnahmen

Die Bezirkshauptmannschaft bzw. Pflugschaftsgerichte können den Ambulanten Familiendienst mit der Erarbeitung von Stellungnahmen zu Fragestellungen des Kindeswohles beauftragen, wobei diese Tätigkeit nicht vom Betreuer der jeweiligen Familie durchgeführt werden darf.

– Kontrolle

Ist nach Meinung der Jugendwohlfahrt aufgrund der Problemsituation einer Familie zur Sicherung des Kindeswohls Kontrolle erforderlich, wird diese Kontrollfunktion nach Vereinbarung mit allen Beteiligten von Mitarbeitern des Ambulanten Familiendienstes übernommen.

1.2.2. Arbeitsschwerpunkte

Die Arbeit der Mitarbeiter des Ambulanten Familiendienstes gliedert sich in:

– Beratung und Anleitung

Gemeinsam mit den Betroffenen werden Lösungsschritte für die benannten Problemstellungen erarbeitet und deren Umsetzung unterstützt. Dabei sind die Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen ausschlaggebend und die Befähigung zur Selbsthilfe steht im Vordergrund.

– Begleitung

Familien, die aufgrund negativer psychosozialer Umstände nur wenige Möglichkeiten haben, ihre chronifizierte Problemsituation zu verändern, werden langfristig fachlich begleitet, um ihnen in akuten Krisen rasch und konkret Hilfe zur Verfügung stellen zu können.

– Intensivprogramme für Erziehungsberechtigte und für Kinder

Bei Bedarf wird auf Wunsch der Familie im Rahmen einer längerfristigen Betreuung für die Themen Erziehung und Haushaltsführung ein ca. zwei bis vier Monate dauerndes Intensivprogramm angeboten, wobei das Erziehungscoaching von Mitarbeitern der Regionalteams durchgeführt wird, das Haushaltstraining von einer Mitarbeiterin mit Ausbildung in Sozialarbeit

und Familienhilfe. Durch die Einbindung dieser Programme in die Betreuungsarbeit wird die Nachhaltigkeit der Intensivarbeit gesichert.

In besonders schwierigen familiären Situationen werden Kinder und Jugendliche mit intensiven pädagogischen Angeboten unterstützt, die sich passgenau an den Bedürfnissen des jeweiligen Minderjährigen und seiner Familie orientieren. Diese gezielte Einzelförderung ist familienergänzend und kompensiert bestehende Defizite.

– Psychotherapie

Die psychotherapeutische Arbeit mit Erziehungsberechtigten hat das Ziel, sie in ihrer Elternrolle zu stärken. Bei Bedarf wird auch mit Kindern und Jugendlichen bzw. mit dem ganzen Familiensystem therapeutisch gearbeitet.

– Psychodiagnostik

Ist aufgrund der Fragestellungen eine genaue Abklärung von Kindern und Jugendlichen erforderlich, werden psychodiagnostische Verfahren eingesetzt mit dem Ziel, gemeinsam mit der Familie passende Problemlösungen zu erarbeiten.

– Mediation

Bei Konflikten innerhalb von Familien bzw. mit dem Umfeld wird eine Mediation als eine besondere Form des Konfliktmanagements angeboten. Die Streitparteien werden bei der außergerichtlichen Klärung der Konflikte und der Suche nach tragfähigen Lösungen unterstützt.

– Erschließung und Nutzung regionaler Ressourcen

Neben der Förderung und Stärkung der Potenziale der Erziehungsberechtigten und Minderjährigen wird das Ziel verfolgt, vorhandene Ressourcen des sozialen Umfelds zu erschließen und für die Familie nutzbar zu machen.

1.3. Methodik

Dem Aufbau und der Erhaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung kommt eine zentrale Bedeutung zu, da besonders zu Beginn von Betreuungen die Rahmenbedingungen für eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Familie nicht immer gegeben sind. Es fehlt teilweise die Freiwilligkeit, die Motivation und die Einsicht der Betroffenen in die Notwendigkeit von Veränderungen sowie die Bereitschaft, längerfristig an einer Problemstellung zu arbeiten.

Um die Bereitschaft zur Zusammenarbeit bei den Betroffenen zu fördern, findet die Arbeit überwiegend in deren Lebenswelt statt und es werden gemeinsam mit ihnen konkrete und wirksame Lösungen für die dringendsten Problemstellungen entwickelt.

Die Interventionen in der Familie zielen auf die Entwicklung langfristiger und nachhaltiger Lösungen, die den Bedürfnissen der Minderjährigen entsprechen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Problemsituation gründlich abgeklärt und möglichst alle relevanten Personen in die Problembearbeitung und die Entwicklung von Lösungen miteinbezogen.

Der Hilfsprozess wird nicht als linearer Ablauf gesehen, sondern als Regelkreis mit ständigen Rückkoppelungen und Reflexionen auf allen Ebenen.

In den Vorarlberger Bezirken Bregenz und Dornbirn führt der Ambulante Familiendienst fünf Regionalteams, die multiprofessionell besetzt sind. Die Bereiche Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie und Psychotherapie sind personell abgedeckt.

Zusätzlich wird für Minderjährige und deren Familien fachliche Unterstützung mit unterschiedlichen sozialpädagogischen und therapeutischen Schwerpunkten angeboten. Ziel dabei ist es, Kinder zu fördern, aber auch durch positive Erfahrungen in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Gruppenfähigkeit zu stärken und Familien zu entlasten. Dazu werden Angebote wie Kreativwochenenden, Klettern, heilpädagogisches Voltigieren, Integration der Kinder in Vereine (Lotsendienst), Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien (KASULINO) usw. zur Verfügung gestellt.

Diese Programme ergänzen die Betreuungsarbeit im Familiensystem, können diese jedoch nicht ersetzen.

Einer der methodischen und ethischen Grundsätze der Arbeit des Ambulanten Familiendienstes ist es, die Eltern nicht zu übergehen, d.h. die Eltern haben weiterhin die Obsorge (mindestens Pflege und Erziehung) und der Auftrag der Betreuer liegt in der Stärkung der Erziehungskompetenz, der Vermittlung sozio-materieller Hilfeleistungen und . das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt . auch in der pädagogischen Unterstützung der Kinder.

2. Das Konzept der Lebensqualität

Das größte Geschenk
ist eine glückliche Kindheit
(Anja Dercks)

Obwohl man im Alltag relativ schnell zu einer Definition des Begriffs „Lebensqualität“ kommen kann, ist es doch schwierig, Lebensqualität von eng verwandten Begriffen wie zum Beispiel Glück, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit abzugrenzen. Das, was die Menschen als Lebensqualität bezeichnen, ist in hohem Maße durch ihre Kulturzugehörigkeit definiert. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, Lebensqualität zu definieren oder zu messen. Je nach Kulturbereich oder persönlicher Einstellung variiert selbst innerhalb einer Gesellschaft die Auffassung darüber, was Lebensqualität eigentlich ausmacht.

2.1. Begriffserklärung

Lebensqualität wird als Begriff in unterschiedlichen Bedeutungskomponenten verwendet: Er kann sich sowohl auf physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beziehen als auch auf Aspekte der Umgebung oder auf den Lebensstandard (Mattejat und Remschmidt, 2006).

Die Independent Commission on Population and Quality of Life (1996) beschreibt Lebensqualität als aus vielen Elementen bestehend: Gesundheit und Bildung, angemessene Ernährung und angemessener Wohnraum, eine stabile und gesunde Umgebung, Gerechtigkeit, Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie Würde und Sicherheit. Jedes dieser Elemente ist wichtig, das Fehlen eines Elements führt zu einer subjektiven Verschlechterung der Lebensqualität.

Die Verbesserung der Lebensqualität rückt immer mehr in den Fokus der politischen Prozesse. Während für den Großteil der Weltbevölkerung Ernährung, Wohnen und Gesundheit Grundbedürfnisse sind, deren Erfüllung nicht als selbstverständlich angesehen werden kann, müssen für Mitglieder der hochindustrialisierten Gesellschaften differenziertere Indikatoren herangezogen werden. Schulz et al. (1985) weisen aber darauf hin, dass ein Anstieg des materiellen Wohlstands ab einem gewissen Grad nicht mehr zu einer Verbesserung der wahrgenommenen Lebensqualität führt. Deshalb erscheint es notwendig, neben den objektiven Maßstäben der sozialen Wirklichkeit auch die subjektive Einschätzung der Umwelt und des Befindens zu betrachten.

Vor allem in den letzten Jahren rückte die Lebensqualität immer mehr in den Mittelpunkt der Forschung. Während sie in öffentlichen Diskussionen als Bezeichnung für Wohllleben, aber auch in den Sozialwissenschaften und der Politik schon seit längerem ein häufig verwendeter Begriff ist, wird der Terminus ~~s~~Lebensqualität%in der Medizin erst seit ein paar Jahren benutzt (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995). In vielen Bereichen der Medizin wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittlerweile jedoch als wesentliches Evaluationskriterium betrachtet . insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Krebserkrankungen, Asthma oder Epilepsie ist Lebensqualität als Kriterium für den Erfolg von Behandlungen etabliert (Mattejat und Remschmidt, 2006). Die Auswirkungen von Erkrankung und Behandlung auf den Lebenszusammenhang des Patienten, aber auch auf die subjektive Sichtweise hinsichtlich der individuell wahrgenommenen Lebensqualität der Betroffenen, gewinnen an Gewicht (Kostka, 2004).

2.1.1. Menschliche Bedürfnisse

Die Auffassung von Lebensqualität hängt stark von den Bedürfnissen der Menschen ab. Maslow hat bereits 1954 fünf Ebenen menschlicher Bedürfnisse unterschieden:

- auf der untersten Ebene ordnet er die Erfüllung biologischer Grundbedürfnisse an, die zum Überleben beitragen, wie Essen, Trinken, Schlafen.
- die nächste Ebene besteht aus den Sicherheits- und Stabilitätsbedürfnissen,

- auf der darüber gelegenen Ebene ordnet Maslow soziale Bedürfnisse, wie z.B. das Bedürfnis nach Wertschätzung, an.
- über diesen stehen die psychologischen Bedürfnisse, etwa das nach Autonomie.
- als letzte Ebene nennt er die ästhetischen und intellektuellen Bedürfnisse und die Aspekte der Selbstverwirklichung.

Dieser Aspekt der Vielfalt der Bedürfnisse stellt somit auch Anforderungen an die Lebensqualitätsforschung bei körperlichen und seelischen Krankheiten.

2.1.2. Das bio-psycho-soziale Modell

Lebensqualität kann auch durch das von Engel begründete bio-psycho-soziale Modell definiert werden. Voll (1998) greift dieses Konzept auf.

Im biologischen Bereich wird die Lebensqualität durch das körperliche Wohlbefinden bestimmt, im biologisch-psychologischen Bereich durch die Selbstständigkeit in der alltäglichen Lebensführung.

Lebensqualität im psychologischen Bereich ist gekennzeichnet durch psychisches Wohlbefinden, das die Abwesenheit von Angst, Depression und Belastungen voraussetzt, aber auch durch die Fähigkeit der Person, ein positives Selbstbild zu bewahren.

Im psychosozialen Bereich ist es in Bezug auf die Lebensqualität von Bedeutung, ob es der betroffenen Person gelingt, Freundschaften als Basis der sozialen Integration zu knüpfen und die Freizeit positiv zu gestalten.

Der soziale Bereich besteht aus der emotionalen und sozialen Unterstützung der Familie, gesellschaftlichen Faktoren wie der Einstellung der Gesellschaft zur betroffenen Person und Zukunftsperspektiven wie z.B. Beruf und Beschäftigung.

Die einzelnen Faktoren des bio-psycho-sozialen Modells sind nicht voneinander unabhängig, sondern beeinflussen sich wechselseitig.

2.2. Lebensqualität in der Medizin

2.2.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gesundheit ist laut WHO (1995) ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das frei sein von Krankheit und Gebrechen. Daraus ergibt sich, dass die Behandlung von Krankheiten und die Erfolge von Gesundheitsmaßnahmen nicht nur an der Häufigkeit und dem Schweregrad des Auftretens von Krankheiten gemessen werden sollten, sondern auch das Wohlbefinden miteinbezogen werden muss.

Die Konzentration auf ausschließlich somatische Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der Arzt-Patient-Beziehung wird nicht mehr als ausreichend betrachtet. Die psychische und soziale Dimension der Gesundheit wird betont und Wohlbefinden und Handlungsvermögen explizit berücksichtigt. Dadurch rückt die betroffene Person stärker ins Zentrum ärztlicher Aufmerksamkeit (Bullinger et al, 2000).

Aus dieser Diskussion hat sich der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt, da in der Medizin speziell auf gesundheitsnahe Aspekte des menschlichen Erlebens und Verhaltens eingegangen wird und nicht primär auf Bereiche wie materielle Sicherheit oder politische Freiheit.

Laut Bullinger et al. (2000) hat sich dieser Begriff in Unterscheidung zum allgemeinen Terminus der Lebensqualität oder das Maß der Kongruenz zwischen Bedingungen eines bestimmten Lebensstandards und der subjektiven Bewertung der dadurch gekennzeichneten Bevölkerungsgruppe (S. 11) kennzeichnet, in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung etabliert.

Der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität ist meist auf eine bestimmte Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen eingegrenzt. Die WHO (1995) hat im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Lebensqualität (WHOQOL) den Begriff folgendermaßen definiert:

Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. (S.1)

In diesem Konzept stehen die jeweilige physische Gesundheit, die psychologische Situation, der Entwicklungsstand und die sozialen Beziehungen der Person im Mittelpunkt, aber auch deren Beziehung zu den Hauptmerkmalen ihrer Umwelt.

Voll (1998) weist bei der Definition von Lebensqualität auf sieben Hauptkategorien von Anpassungsaufgaben hin, die bewältigt werden müssen, um das Ziel einer verbesserten Lebensqualität zu erreichen:

s

1. Auseinandersetzung mit den unmittelbaren Auswirkungen der Schädigung
2. Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Behandlungsinstitution und ihren Maßnahmen
3. Entwicklung und Beibehaltung positiver Beziehungen zum Rehabilitationsteam
4. Erhalten des emotionalen Gleichgewichts
5. Erhalten eines positiven Selbstbildes
6. Erhalten positiver sozialer Beziehungen zur Familie und persönlich wichtigen anderen Menschen
7. Vorbereiten auf eine unsichere, von gravierenden Verlusten bedrohte Zukunft (S. 186)

Während in der Alltagssprache Lebensqualität oft mit Lebensstandard, sprich den äußeren Lebensumständen gleichgesetzt wird, wird in der Medizin in Bezug auf die Lebensqualität oft auch vom subjektiven Wohlbefinden des Patienten gesprochen.

2.2.1. Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Lebensqualität bezieht sich auf die emotionalen, funktionalen, sozialen und physischen Aspekte menschlicher Existenz. Matthejat und Renschmidt (2006) versuchen, den weitläufigen Begriff einzugrenzen und unterscheiden folgende Aspekte von Lebensqualität:

- die objektiven Lebensbedingungen eines Individuums
Dazu zählen die materiellen und sozialen Rahmenbedingungen und der objektive Gesundheitszustand, d.h. ob beim betreffenden Individuum eine Erkrankung oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt, die die Lebensqualität beeinflusst.
Matthejat spricht hierbei von der Lebensqualität im weiteren Sinne, die auch die Lebensqualität im engeren Sinne beinhaltet. Diese besteht aus:
 - der objektiven Handlungs- und Funktionsfähigkeit eines Individuums, seiner sozialen Integration und seiner altersentsprechenden Lebensweise und
 - der subjektiven Lebensqualität eines Individuums, verstanden als die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der oben dargestellten Aspekte aus der Sicht der Betroffenen.

Halhuber (1991) weist allerdings darauf hin, dass Lebensqualität nicht direkt beobachtbar ist, sondern aus verschiedenen Komponenten besteht. Diese Komponenten umfassen nach Bullinger und Ravens-Sieberer (1995):

- das psychische Befinden des Patienten (Angst, Depressionen)
- seine Funktions- und Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Haushalt, Freizeit)
- die Anzahl und Qualität der Beziehungen zu anderen Menschen (Partner, Familie, Freunde, Kollegen)
- die körperliche Verfassung des Patienten (Gesundheitszustand, Beschwerden)

Diese vier Grundpfeiler sind jedoch nicht ausreichend, sondern bezeichnen lediglich die Bereiche, die jedenfalls mitzuerfassen sind, wenn die Lebensqualität eines Patienten ermittelt werden soll.

2.3. Erfassung der Lebensqualität

Will man Lebensqualität erfassen, muss festgelegt werden, wie viele und welche Aspekte der Lebensqualität erfasst werden sollen und welches Erhebungsinstrument verwendet werden soll (Schölmerich und Thews, 1990). Das Instrument sollte kompatibel zu den gängigen Konzepten von Lebensqualität sein und eine möglichst umfassende Abbildung der für die Lebensqualität relevanten Bereiche leisten. Auch sollte es für routineartige Wiederholungsmessungen über längere Beobachtungszeiträume geeignet sein, angemessen kurz und verständlich und vom Patienten möglichst ohne Hilfestellung in wenigen Minuten auszufüllen sein (Flechtner et al., 2000). Ergänzt werden diese Komponenten durch eine ausführliche Erhebung der soziodemographischen Variablen, die für die Situation des Patienten Relevanz haben.

Bei der Auswahl des Erhebungsinstruments sollte auf folgende Kriterien geachtet werden (nach Katschnig, 1998):

1. Globale Beurteilung versus spezifische Lebensbereiche

Da Lebensqualität nicht in allen Lebensbereichen gleich hoch sein muss, sind Instrumente, die eine getrennte Beurteilung von einzelnen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit, Freizeit, Selbstversorgung u.a. ermöglichen, den globalen Beurteilungsinstrumenten vorzuziehen.

2. Subjektive Wichtigkeit einzelner Bereiche

Bei der Beurteilung sollte berücksichtigt werden, dass einige erfasste Bereiche für die betroffene Person möglicherweise nicht so wichtig sind wie andere Bereiche.

3. Subjektive Einschätzung und objektive Einschätzung

Es sollte bei der Auswahl der Instrumente darauf geachtet werden, dass sie nicht nur eine Beurteilung aus Sicht des Patienten beinhalten, sondern auch die Sicht der Angehörigen und der professionellen Helfer berücksichtigen.

4. Krankheitsübergreifende versus krankheitsspezifische Erhebungsinstrumente

Für spezifische Krankheiten wurden in letzter Zeit auch spezifische Erhebungsinstrumente zur Lebensqualität entwickelt.

5. Unabhängigkeit von Symptomen

Lebensqualität sollte eine von den Symptomen unabhängige Dimension sein. Deshalb dürfen Symptome und Lebensqualitätsitems nicht miteinander vermischt werden.

6. Selbstbeurteilung versus Interview

Wenn es die Frage des Arbeitsaufwandes zulässt, sollte die Selbstbeurteilung durch Fragebogen mit einem Interview ergänzt werden.

7. Lebensqualität der Bezugspersonen

Abschließend darf im Kontext der Betreuung der Patienten die Lebensqualität der betroffenen Angehörigen nicht vergessen werden, die sich durch die Krankheit ebenfalls verschlechtern kann.

Zur Messung der Lebensqualität scheint die Beantwortung von Fragebögen am praktikabelsten zu sein. Es sollten dabei die wichtigen Bereiche der Selbstwahrnehmung des Patienten repräsentiert werden: somatische, psychische und soziale Prozesse, in die zahlreiche Variablen wie Affekte, Erwartungen und Stigmatisierung einfließen (Müller-Buhl et al., 2003).

Ravens-Sieberer (1997) nennt drei prinzipielle Fragestellungen, bei denen Untersuchungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt werden können:

- Feststellung von wesentlichen Dimensionen der Rehabilitation für bestimmte Erkrankungen oder Funktionsstörungen
- Bewertungen der Therapiealternativen im Rahmen bestimmter Rehabilitationsmaßnahmen
- Erfolgskontrolle eines Gesamtbehandlungsprogramms einer bestimmten Einrichtung

2.4. Nutzen der Lebensqualitätsforschung

Die Erforschung des Konstrukts „Lebensqualität“ als subjektives Bewertungskriterium hat in der psychiatrischen Forschung und Praxis eine große Bedeutung. Der Informationsgewinn bezieht sich auf die Situation des Patienten, den Einfluss klinischer und psychosozialer Parameter sowie auf das Ergebnis von Interventionen (Bullinger, 2006). Die erfasste Lebensqualität selbst kann entweder ein Ergebnis, aber auch ein Prädiktor oder Mediator sein und lässt sich sowohl als individuelles Diagnosekriterium wie auch als Steuerungsinstrument in der Gesundheitsversorgung nutzen.

Lebensqualitätsforschung hat in zwei Bereichen Relevanz:

- Relevanz für die klinische Forschung
Die klinische Relevanz der Ergebnisse ist eng mit der Patientenrelevanz verknüpft. Die Erfassung der Lebensqualität zusätzlich zu den klinischen Parametern kann einen entscheidenden Hinweis für die Bewertung einer therapeutischen Veränderung geben und als Indikator für die Patientenwahrnehmung gelten.
- Relevanz für die Praxis
Die Lebensqualitätsbeurteilung des Patienten muss sich zwar nicht unbedingt mit den klinischen Befunden decken, es lässt sich allerdings feststellen, dass eine recht hohe Korrelation zwischen dem klinischen Urteil und der wahrgenommenen Lebensqualität bei beobachtbaren Parametern besteht.

Des Weiteren wirken sich nicht nur die Erkrankung und ihre Behandlung auf die subjektive Gesundheit eines Individuums aus, sondern auch psychosoziale Aspekte wie z.B. die soziale Unterstützung, Copingfähigkeiten, Kontrollüberzeugungen und Depressivität.

Die Erfassung der Lebensqualität hat also Nutzen für den Patienten, da der Arzt dessen subjektives Erleben als Feedback explizit in die Anamnese, Therapieplanung und Therapieevaluation miteinbeziehen kann. Daneben nutzt sie aber auch dem sozialen Umfeld, wenn die psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung verstärkt berücksichtigt werden.

Zuletzt darf aber der Nutzen für Versorgungseinrichtungen nicht vergessen werden, denen die Dokumentation von Lebensqualitätsfortschritten wie auch von Lebensqualitätsdefiziten bei der Verbesserung der Versorgungsleistungen helfen kann.

2.5. Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen

Es ist fraglich, inwieweit Kinder mit der Dimensionalität der Lebensqualität bei Erwachsenen vergleichbare Dimensionen zur Beschreibung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität wählen würden. Das Konstrukt Gesundheit wird von Kindern anders wahrgenommen als von Erwachsenen. Eine qualitative Forschung zur Frage, welche Dimensionen bezüglich Befinden, Erleben und Verhalten Kinder aus ihrer eigenen Sicht haben, also die Perspektive des Kindes auf seinen eigenen Zustand, fehlt bisher.

Lang (1985) nennt als Grund für die wenigen Ansätze der Forschung, Kinder selbst über ihr Leben zu befragen, dass Befragungen von Kindern nicht ohne weiteres möglich erscheinen. Es stellen sich in diesem Zusammenhang drei Fragen:

1. Warum ist es wichtig, etwas über die Lebensqualität von Kindern zu erfahren?
2. Ist es dazu notwendig, Kinder selbst zu befragen?
3. Ist es überhaupt möglich, von Kindern zuverlässige Aussagen über ihr Leben zu erhalten?

Ob eine Untersuchung des Wohlbefindens von Kindern überhaupt von Interesse ist, ergibt sich laut Lang (1985) aus der angestrebten Sozialpolitik für Kinder. Eine solche Politik setzt voraus, dass man über die Lebensverhältnisse der Kinder Bescheid weiß. Auch sei die Kindheit ein Lebensabschnitt, der von gleich hohem Interesse sein sollte wie die anderen Perioden des menschlichen Lebens wie das Erwachsenen- oder Rentenalter.

Da sich vor allem Eltern viel mit ihren Kindern beschäftigen und die meiste Zeit mit ihnen verbringen, glaubt man, durch deren Fremdbeurteilung über die Lebensbedingungen von Kindern informiert zu sein, weshalb es überflüssig erscheinen mag, Kinder selbst über ihre Lebenssituation zu befragen (Lang, 1985).

Lang (1985) hat mit dem „Kindersurvey 1980“ eine Studie zu Lebensbedingungen und Lebensqualität von Kindern, jedoch bestätigt, dass Informationen von Eltern nicht ausreichen. Um die Lebenssituation des Kindes und seine Umwelt genau zu erfassen, muss man auch von seiner Wahrnehmung und seinen Bedürfnissen ausgehen. Da Bedürfnisse individuell sind und vom Betroffenen mitbestimmt und definiert werden sollten, genügt es nicht, kindliche Bedürfnisse nur aus der Sicht von Erwachsenen festzulegen. Kinder sehen ihre Umwelt mit anderen Augen als Erwachsene und kindliche Entwicklung und kindliches Wohlbefinden können nur erfasst werden, wenn man Kinder ihre Umwelt selbst beschreiben und bewerten lässt.

Auch dass Kinder über ihre Verfassung selbst Auskunft geben können, wurde von Lang (1985) prinzipiell für realisierbar gehalten. Voraussetzung dafür ist, dass kindgerechte Verfahren ausgewählt werden. Dennoch sind vor allem bei jüngeren Kindern Fremdbeurteilungsverfahren immer noch die Regel.

Der „Kindersurvey 1980“ (Lang, 1985) ist eine der ersten systematischen Erhebungen der Lebensverhältnisse von Kindern im deutschsprachigen Raum. Dabei wurden 2048 acht- bis zehnjährige Kinder befragt, ergänzt durch die schriftliche Befragung von 1284 Eltern. Ziel war es, die Wohlfahrt von Kindern zu

erfassen und dabei die ökologischen Rahmenbedingungen des kindlichen Lebensraums zu berücksichtigen.

Untersucht wurde das Wohlbefinden in den Bereichen Familie, Schule, Freunde, Spiel, Umgang mit Erwachsenen und im Allgemeinen.

Allgemeine Lebensqualität sollte mit verschiedenen bereichsspezifischen Komponenten erklärt werden. Aus jedem Lebensbereich wurden also Merkmale ausgewählt, die einen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden im jeweiligen Lebensbereich aufweisen, um auf das allgemeine Wohlbefinden schließen zu können.

Es zeigte sich, dass allgemeines Wohlbefinden am stärksten vom Lebensbereich Familie abhängt. Aber auch die Schule und das soziale Netzwerk von Freunden sind für die allgemeine Lebensqualität von Bedeutung, wenn auch in geringerem Ausmaß. Die Lebensqualität im Allgemeinen lässt sich insgesamt aufgrund der Kenntnis der wahrgenommenen Lebensqualität in den einzelnen Lebensbereichen gut vorhersagen.

Emotionen wie Einsamkeit oder Angst werden durch die bereichsspezifische Lebensqualität dagegen kaum beeinflusst. Es zeigt sich lediglich ein Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden in der Schule und Einsamkeit.

Sowohl positive als auch negative Lebensbedingungen in einem Lebensraum beeinflussen also nicht nur die Lebensqualität in diesem Lebensraum, sondern sie wirken sich auch auf die Bewertung und das Wohlbefinden in anderen Lebensräumen aus.

2.5.1. Lebensqualitätserfassung bei Kindern

Lebensqualitätsmessungen bei Kindern basieren zum einen auf einem gruppenstatistischen Ansatz, d.h. sie versuchen, die Lebensqualitätsbeurteilung des einzelnen Kindes im Vergleich zu einer Gesamtgruppe oder einer gesunden Kontrollpopulation zu erfassen. Es gibt jedoch auch individuell zentrierte Ansätze, die

es ermöglichen, individuelle Problembereiche und deren Veränderungen im Verlauf der Therapie zu erheben.

Daneben existieren noch nonverbale Verfahren wie Spielsituationen und damit verbundene Verhaltensbeobachtungen. (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995)

Man unterscheidet bei der Erfassung der Lebensqualität von Kindern drei Aspekte (Ravens-Sieberer, 1997):

- Die Frage, durch wen die Beurteilung vorgenommen wird: durch Selbstbeurteilung der Kinder oder Fremdbeurteilung durch Eltern, Lehrer oder Ärzte
- Den Differenzierungsgrad der Angaben zur Lebensqualität: globale Angaben oder detaillierte Erhebungen in verschiedenen Lebensbereichen
- Den Typ des Messansatzes, bei dem zwischen einem krankheitsübergreifenden Messansatz und einem krankheitsspezifischen Prozedere gewählt werden kann

Bei Kindern ist die Einbettung des Messinstruments in bestimmte Entwicklungsstadien wichtig. Vor Schuleintritt steht die Fremdbeurteilung im Vordergrund, wenn möglich sollten Kinder jedoch immer selbst Auskunft über ihr Erleben und Verhalten geben. Angaben von Eltern oder Ärzten sind zwar ebenfalls einsetzbar, allerdings beurteilen sie die Lebensqualität des Kindes aus einer anderen Perspektive und sind nicht gleichzusetzen mit selbst beurteilten Angaben.

Um die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, sollten sich dafür verwendete Instrumente an folgenden zentralen Zielsetzungen orientieren (nach Mattejat und Remschmidt, 2006):

1. Das Instrument sollte geeignet sein, die Lebensqualität differenziert nach verschiedenen Bereichen bzw. Dimensionen zu erfassen.
2. Die Lebensqualität soll aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden und das Instrument sollte so aufgebaut sein, dass Angaben von den Kindern, den Eltern und eventuell auch von Fachleuten im Hinblick auf die verschiedenen

Bereiche und Dimensionen der Lebensqualität direkt aufeinander bezogen und miteinander verglichen werden können.

3. Das Instrument sollte möglichst breit anwendbar sein, so dass körperliche und psychische Erkrankungen, verschiedene psychiatrische Diagnosen und verschiedene Altersgruppen miteinander verglichen werden können.
4. Das Instrument sollte nicht ausschließlich krankheits- oder störungsbezogen konzipiert sein, sondern auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen anwendbar sein, um Vergleiche mit der Normalbevölkerung zu ermöglichen.
5. Durch das Instrument sollten Informationen gewonnen werden, die für die Indikationsstellung und Therapieplanung von Bedeutung sind.
6. Das Instrument soll für die Therapieevaluation und Qualitätssicherung geeignet sein.
7. Es sollte möglichst ökonomisch und praktikabel, d.h. möglichst kurz und schnell durchführbar und leicht verständlich sein.

2.5.2. Messinstrumente bei Kindern

Seit der Einführung des Konstrukts der Lebensqualität in die medizinische Forschung ist die Forschung an Erwachsenen exponentiell angestiegen, jedoch nur wenige Arbeiten beziehen sich auf die Lebensqualität bei Kindern. Erst in den letzten Jahren kam es zu einer starken Zunahme von theoretischen und empirischen Artikeln zum Thema Lebensqualität im Bereich des Kindes- und Jugendalters. Bullinger und Ravens-Sieberer (1995) weisen aber darauf hin, dass nur bei einem geringen Teil der Studien Lebensqualität tatsächlich multidimensional erfasst wird.

Auch haben vor allem Selbstbeurteilungsverfahren noch wenig Anwendung gefunden. Gerade bei jüngeren Kindern wird regelmäßig auf Fremdbeurteilung, vor allem durch die Eltern, zurückgegriffen.

Bullinger und Ravens-Sieberer führten 1995 eine Literatursuche in psychologischen und medizinischen Datenbanken durch, um einen Überblick über die in der Lebensqualitätsforschung existierenden Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern zu erhalten.

Sie fanden damals im deutschen Sprachraum nur drei Verfahren, die ausdrücklich dafür konzipiert sind, Lebensqualität als Konstrukt zu messen.

Eines der Verfahren ist der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW) von Grob et al. (1991), der der Erfassung von Zufriedenheit und negativer Befindlichkeit dient. Der Fragebogen misst sechs Dimensionen des Wohlbefindens: positive Lebenseinstellung, Problembewusstsein, körperliche Beschwerden und Reaktionen, Selbstwert, depressive Stimmung und Lebensfreude.

Weiters nennen sie den Fragebogen KINDL, der von einer Arbeitsgruppe um Monika Bullinger 1994 entwickelt wurde. Dieser erfasst sowohl krankheitsspezifische als auch krankheitsübergreifende Lebensqualität und ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das vier Dimensionen der Lebensqualität erfasst: psychisches Wohlbefinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und Funktionsfähigkeit im Alltag.

Das dritte von Bullinger und Ravens-Sieberer angeführte Verfahren ist der Fragebogen zu Lebensqualität (LQ) von Lotz (1984). Das Instrument soll Hinweise darauf liefern, inwieweit Stress und Belastungssituationen von Schülern die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität beeinflussen. Der LQ erfasst Lebensqualität in den drei Bereichen Schule, Freizeitaktivitäten und Familie.

Diese von Bullinger und Ravens-Sieberer 1995 erstellte Liste von Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen wird seitdem durch ein neueres Verfahren ergänzt, das von Mattejat und Remschmidt 1998 entwickelt und 2006 in einer Neuauflage verbessert wurde und das für die vorliegende Untersuchung verwendet wird.

Beim Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität ab dem Alter von sechs Jahren erfasst, indem Kinder und Jugendliche danach befragt werden, wie gut oder wie schlecht sie ihre Lebenssituation in den Bereichen Schule, Familie, Gleichaltrige

und sAlleine% einschätzen und wie gut oder wie schlecht sie ihre körperliche und seelische Gesundheit einschätzen. Die Angaben werden dabei nicht nur von den Kindern, sondern auch von den Eltern eingeholt.

Da die erfassten Bereiche ziemlich genau den Problembereichen der vom Ambulanten Familiendienst betreuten Familien entsprechen, wurde dieser Fragebogen ausgewählt, um Erkenntnisse über die Lebensqualität der betroffenen Kinder zu gewinnen.

2.5.3. Lebensbereiche von Kindern

Im Folgenden werden nun kurz jene Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen beschrieben, die durch das ILK (Mattejat und Remschmidt, 2006) erfasst werden.

2.5.3.1. Kinder und Familie

Das Zuhause ist für Kinder immer noch der wichtigste Faktor in ihrem Leben. Obwohl Kinder in dem Alter, wie sie in der folgenden Studie untersucht wurden, bereits stark in sogenannte sPeergroups% eingebunden sind und auch die Schule einen großen Einfluss auf das Leben der Kinder hat, bleibt die Familie die wichtigste Institution für Kinder. In der Familie werden grundlegende Bedürfnisse der Menschen nach Zugehörigkeit und emotionalem Halt erfüllt. Auch bei möglicherweise vorhandenen Konflikten wird die Familie meist immer noch hoch geschätzt und positiv beurteilt (Lang, 1985).

Lang kam während ihres Kindersurveys zu dem Ergebnis, dass das Wohlbefinden der Kinder in der Familie davon abhängig ist, wie das Familienklima beschaffen ist, ob die Eltern viel mit ihren Kindern unternehmen und auf sie eingehen oder ob sie sich eher von ihren Kindern zurückziehen.

Ein Erziehungsstil mit viel Lob und Unterstützung und wenig Strafen führt ebenfalls dazu, dass Kinder sich in ihrer Familie wohlfühlen. Strenge Erziehungsmethoden haben negative Auswirkungen auf das wahrgenommene Wohlbefinden.

Strukturelle Merkmale der Familiensituation . dazu zählen berufstätige Mütter, unvollständige Familien, Geschwisteranzahl . und sozio-demographische Merkmale scheinen die Lebensqualität der Kinder innerhalb der Familie bei einer globalen Erfassung, wie sie hier vorliegt, aber nicht zu beeinflussen.

Zwar wirkt sich eine Trennung der Eltern negativ auf die Kinder aus, dies bessert sich jedoch mit der Zeit und hat laut Lang Konsequenzen, die viel subtiler sind, als dass sie sich in der Antwort auf eine globale Frage nach dem Wohlbefinden in der Familie niederschlagen würden%(Lang, 1985; S. 104).

2.5.3.2. Kinder und Schule

In der Familie wird das Kind im Normalfall bedingungslos akzeptiert, die Schule ist also die erste Umgebung, in der sich ein Kind aus eigener Kraft einen Platz erobern muss. Nicht nur aufgrund des zeitlichen Umfangs stellt die Schule also einen wichtigen Bereich im Leben der Kinder dar. In der Schule treffen Kinder auf Gleichaltrige, es kommt zu Gruppenbildungen und die Kinder lernen, sich in eine Gruppe einzuordnen, mit anderen Kindern zu spielen und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Die sozialen Beziehungen, die sich in der Schule entwickeln, haben eine große Bedeutung für die Kinder.

Beim Wohlbefinden in der Schule stellte Lang (1985) nicht nur einen Unterschied zwischen den Geschlechtern fest, sondern auch zwischen den verschiedenen Altersklassen. Mädchen gehen lieber zur Schule als Jungen, auch gehen jüngere Kinder gern zur Schule, während viele Kinder ab ca. der dritten Schulstufe schon schulmüde sind.

Baacke (1995) spricht von Widersprüchen, die die Schule für Kinder schwierig machen können. In der Schule gelten andere Regeln als zu Hause oder in der Nachbarschaft. Die Kinder müssen neue Formen der sozialen Interaktion lernen, auch bestimmte Rituale wie Begrüßungsrituale zu Stundenbeginn und Prüfungsrituale müssen beherrscht werden.

Außerdem werden Interaktionen während des Unterrichts genau reguliert und Fleiß, gute Leistungen und gutes Benehmen werden verlangt.

2.5.3.3. Kinder und Gleichaltrige

Spielen ist für Kinder im Schulalter eine wichtige Voraussetzung für eine normale Entwicklung und Sozialisation. Das Spiel stellt auch einen Ausgleich zu den Anforderungen der Schule dar. Besondere Bedeutung haben jene Spiele, die in einer Gruppe zusammen mit anderen, gleichaltrigen Kindern gespielt werden. Die Kontakte zu Gleichaltrigen ermöglichen wichtige Erfahrungen, Anregungen und Lernmöglichkeiten. Kinder lernen zu unterscheiden, was fair ist und was ungerecht. In diesen moralischen Bewertungen orientieren sie sich einerseits an dem, was sie selbst fühlen, andererseits aber auch daran, was ein Erwachsener oder ein Freund äußert (Enderlein, 1998).

Doch obwohl Kinder heute mehr Zeit zum Spielen zur Verfügung haben, fehlen ihnen meist geeignete Gelegenheiten. Die Wohnsituation hat einen großen Einfluss auf die Möglichkeiten, eigene Kreativität beim Spiel zu zeigen oder zu entwickeln. Spielen und Sport finden häufig an vom Wohnort weit entfernten Orten statt, die Kinder müssen oft weite Wege zum Spiel- oder Sportplatz zurücklegen, was die kindliche Bewegungsfreiheit einschränkt und das Wohlbefinden in der Freizeit senken kann. (Lang, 1985)

Die verstärkte Beziehung zu Gleichaltrigen deutet Baacke (1995) als Ablösung von den Eltern. Die Bedeutung der Freunde für die Erschaffung neuer Dimensionen für soziales und personales Wachstum des Kindes ist ein wesentlicher Bestandteil der kognitiven Entwicklung. Vor allem mit der Pubertät treten die Jugendlichen allmählich aus der Familie heraus und bilden verstärkt Gruppen mit Gleichaltrigen (Baacke, 2003). Erfahrungen, die in sogenannten „Peer groups“ gemacht werden, sind für die Entwicklung der Identität von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung.

3. Familienbeziehungen

Oh, welcher Zauber liegt
in diesem kleinen Wort:
Daheim
(Emanuel Geibel)

3.1. Definitionsversuche des Begriffs Familie

Ähnlich wie beim Begriff der Lebensqualität hat auch beim Begriff Familie nahezu jeder eine Vorstellung davon, was eine Familie ist und wie sie definiert werden könnte. Dennoch sind einige wissenschaftliche Definitionen bei der Bestimmung dieses alltäglichen Begriffs hilfreich und für das weitere Verständnis sinnvoll.

So definieren Hofer et al. (2002) eine Familie als eine Gruppe von Menschen, die durch nahe und dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden sind, die sich auf eine nachfolgende Generation hin orientiert und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstellt (S.6).

Auch Lüscher (1990) betont bei seiner Definition des soziologischen Familienbegriffs die von Hofer aufgegriffenen Merkmale:

Der Begriff Familie bezeichnet primär auf die Gestaltung der sozialen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern hin angelegte Sozialformen eigener Art, die als solche sozial anerkannt werden. (S. 19)

Ausgangspunkt dieser Definitionen ist laut Lüscher die Tatsache, dass Kinder für eine längere Zeit Pflege und Erziehung benötigen. Die Beziehung zwischen Kindern und deren Eltern sowie die Beziehung zwischen den Elternteilen haben also eine große Bedeutung für den Einzelnen und für die Gesellschaft.

Der Begriff der Familie enthält bei beiden Autoren ähnliche Definitionsmerkmale: Die Familie umfasst mindestens zwei Generationen und stellt eine Lebensgemeinschaft dar.

Familie kann als ein soziales System, als ein Netzwerk von Beziehungen zwischen Menschen aufgefasst und als ein Kollektiv im Sinne von einer Gemeinschaft, die unter anderem durch gemeinsame Aktivitäten und Kooperation zusammengehalten wird, betrachtet werden (Kohnstamm, 1988).

Kern et al. (1999) definieren den Begriff der Familie auf eine Dimension hin: Sie verstehen die Familie als Institution, die wesentliche Verhaltensweisen des Zusammenlebens regelt. Die Institution Familie bietet Sicherheit und Abgrenzung von anderen gesellschaftlichen Bereichen und regelt die Beziehung zwischen Generationen und Geschlechtern. Entscheidend dabei ist, dass die Familie und deren Netzwerk von Beziehungen relativ stabil sind.

Schneewind (1999) beschreibt Familien als intime Beziehungssysteme, die sich durch folgende vier Kriterien von anderen sozialen Beziehungsformen unterscheiden:

- Abgrenzung
Zwei oder mehr Personen gestalten ihr Leben in räumlicher und zeitlicher Abgrenzung von anderen Personen oder Personengruppen. Der Aspekt der raum-zeitlichen Trennung impliziert zum einen
- Privatheit,
damit ist meist das Vorhandensein eines abgegrenzten Lebensraumes gemeint, und zum anderen
- Dauerhaftigkeit,
das heißt einen auf längerfristiges gemeinsames Zusammenleben angelegten Zeitrahmen. Auf diesem Hintergrund basiert das vierte Kriterium, die
- Nähe,
die sich in der Realisierung von physischer, geistiger und emotionaler Intimität im Prozess interpersonaler Beziehungen widerspiegelt.

3.1.1. Funktionen der Familie

Das Zusammenleben ist in Familien nicht zweck- oder ziellos. Die Struktur einer Familie erfüllt eine Reihe von miteinander verschränkten Funktionen, die sich nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf die Gesellschaft auswirken (Schneewind 1999).

Auch Beham et al. (1999) weisen auf gewisse Aufgaben hin, die der Familie als Institution von der Gesellschaft zugeschrieben werden.

Die gesellschaftlichen Funktionen beinhalten dabei den funktionalen Beitrag der Familie als soziales Teilsystem im gesellschaftlichen Zusammenhang und sind von den subjektiven Erwartungen, die der Einzelne an die Familie als Bindungs- und Beziehungssystem hat, zu unterscheiden.

Die Funktionen einer Familie lassen sich in Anlehnung an Beham et al. (1999) und Schneewind (1999) folgendermaßen festlegen:

3.1.1.1. Haushaltsführung, Gesundheits- und Erholungsleistungen

Der größte Teil familialer Tätigkeiten dient der physischen Erhaltung der Individuen . dazu gehören Zubereitung und Aufnahme von Nahrung, Körperpflege, die Prävention bzw. die Bekämpfung von Krankheiten, Erholung durch Freizeitaktivitäten und auch die Reinigung der Wohnung (Beham, 1999).

Durch die individuelle und gemeinschaftliche Freizeitgestaltung in der Familie kann es zu Regeneration und Selbstverwirklichung kommen, was sich auf die Produktivkraft der Gesellschaftsmitglieder auswirkt (Schneewind, 1999).

3.1.1.2. Reproduktionsfunktion

Die Nachwuchssicherung gehört zu den Hauptaufgaben, die der Familie gesellschaftlich zugeschrieben werden. Es existiert nach wie vor die gesellschaftliche Norm, dass Kinder in Familien hineingeboren und von ihren Eltern sozialisiert werden (Beham, 1999).

Die Zeugung von Nachkommen führt auf individueller Ebene zur Befriedigung von sexuellen Bedürfnissen, auf gesellschaftlicher Ebene wird dadurch der Fortbestand der Bevölkerung gesichert (Schneewind, 1999).

3.1.1.3. Emotionale Stabilisierung der Familienmitglieder

Im Rahmen der Familie wird der familiäre Zusammenhalt basierend auf einer emotionalen Verbundenheit der Mitglieder hergestellt und bewahrt. Die Familie dient dem Spannungsausgleich und soll Harmonie, Glück und positive Gefühle vermitteln. Die Familie ist außerdem ein Ort des Rückzugs. Die Gesellschaft stellt an die Familie hohe Erwartungen, diese Aufgaben zu erfüllen, was deren Leistungserfüllung erschwert. (Beham, 1999)

3.1.1.4. Erziehung und Sozialisation der Kinder

Die Familie stellt nicht nur die psycho-physische Grundversorgung der Kinder sicher . darunter fallen Pflege, Ernährung, emotionale Zuwendung und Organisation des Alltags des Kindes . , sondern sie fördert auch die Entwicklung der Identität und Persönlichkeit des Kindes durch die dauerhafte Sicherheit von Zugehörigkeit und Identifikationsmöglichkeiten. (Beham, 1999)

In der Familie kommt es zu einem Erwerb von Kompetenzen, die es dem kindlichen Individuum ermöglichen, diese für die Gemeinschaft zu nutzen und sich in die Gesellschaft zu integrieren. (Schneewind, 1999)

3.1.1.5. Organisations- und Koordinationsleistungen

Die Organisation des familialen Alltags beinhaltet die Koordination der eigenen Lebensführung mit der der anderen Familienmitglieder. Es bedarf einer ständigen Beschäftigung mit den Bedürfnissen, Ressourcen und Erwartungen der Familienmitglieder, aber auch mit den Rahmenbedingungen der jeweiligen Familie. (Beham, 1999)

Laut Wilk (1999) ist familiäre Alltagsgestaltung der Versuch der Organisation der individuellen Alltage der Familienmitglieder zu einem gemeinsamen familialen Alltag, um so in der sich im alltäglichen Handeln vollziehenden Beziehungsgestaltung familiäre Identität und Sinn erlebbar zu machen (S. 237f.).

3.1.1.6. Wechselseitige Hilfe

Die Hilfe von Seiten der Familienmitglieder erfolgt in vielfältige Richtungen: Zum einen werden junge Familien durch Mithilfe von Eltern und Schwiegereltern bei der Kinderbetreuung oder durch materielle Unterstützung z.B. bei der Haushaltsgründung, Heirat oder Geburt eines Kindes unterstützt, aber auch durch Hilfe bei der Hausarbeit.

Zum anderen werden Pflegeleistungen für alte, kranke bzw. pflegebedürftige Angehörige oft durch jüngere Familienmitglieder übernommen. (Beham, 1999)

3.2. Entwicklung von Beziehungen

In den meisten Definitionen werden Partnerschaft und Elternschaft als eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine Familie angesehen. Jedoch spielt auch der Aspekt der Beziehungen eine große Rolle bei der Analyse von Familien. In einer Familie bestehen nicht nur Beziehungen zwischen den Eltern untereinander als Partnerbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung, sondern zwischen den Kindern existiert auch eine Geschwisterbeziehung, die ebenfalls von großer Wichtigkeit für die Entwicklung und das Erleben einer positiven Familienbeziehung ist.

Hofer (2002) definiert den Begriff der *sozialen Beziehung* folgendermaßen:

so das Verhalten und Erleben, das zwischen zwei (oder mehreren) Personen stattfindet. Wichtige Merkmale von Beziehungen sind ein Minimum an Dauerhaftigkeit, Interaktionen, gegenseitige Erwartungen und Gefühle. (S. 7)

Der Begriff der *Familienbeziehung* stellt eine Zwischenebene zwischen dem Individuum auf der einen Seite und der Familie als Ganzem oder dem System Familie auf der anderen Seite dar (Gloger-Tippelt, 2000). Beschreibungsmerkmale für individuelle Personen im Sinne von traits können auch für Zwei- oder Mehr-Personen-Beziehungen oder für Familien als Ganzes gesucht werden. Für die gesamte Familie wurden z.B. Merkmale wie Kohärenz, Flexibilität, Familienstile oder Familienklima genannt.

Einen wichtigen Stellenwert in den familialen Beziehungen nehmen die Beziehungen zwischen den Eltern und dem Kind ein. Trommsdorf (2001) beschreibt die Indikatoren zur Messung von Eltern-Kind-Beziehungen folgendermaßen:

- Partizipation von Kindern an Entscheidungen in der Familie
- Ausmaß von Selbstständigkeit, das Eltern ihren Kindern gewähren
- Vertrauen von Kindern in ihre Eltern
- Art und Häufigkeit von Interaktionen
- Ausmaß an Übereinstimmung von Eltern und ihren Kindern in Bezug auf die gegenseitige Wahrnehmung oder in Bezug auf Verhalten oder Werte
- gegenseitige subjektive Bewertung der Beziehungsqualität

Diese Indikatoren werden meist durch Befragungen von Eltern, von Kindern und gegebenenfalls auch von Dritten . Erzieher, Lehrer, usw. . erfasst.

3.2.1. Veränderung von Beziehungen innerhalb der Familie

In der Entwicklung von Familien kommt es laufend zu Veränderungen der Beziehungen untereinander.

Petzold (1999) weist darauf hin, dass durch die Geburt eines Kindes nicht nur eine Familie konstituiert oder durch ein Mitglied erweitert wird, sondern auch ein Entwicklungsprozess eingeleitet wird, der die Familie als Ganzes betrifft. Es geht um das Aufbauen einer Eltern-Kind-Beziehung, um deren Veränderung und Kontinuität.

Das Hinzukommen eines Kindes erfordert das Verlassen von eingespielten Formen des Zusammenseins. Die Geburt des ersten Kindes verändert nicht nur die Paarbeziehung und erweitert die Zweierbeziehung, sondern es ändern sich die bisherigen Beziehungsformen grundlegend. Aus Partnern werden Eltern.

Die Konstitution der Familie ist jedoch mit der Entwicklung der Beziehung nach der Geburt des ersten Kindes nicht abgeschlossen. Die Interaktionen und somit auch die Beziehung von Mutter und Vater zum Kind verändern sich mit der Entwicklung des Kindes laufend (Petzold, 1999).

Mit der Geburt des zweiten Kindes vermehren sich die Beziehungsmuster wiederum . es entsteht nicht nur eine weitere Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung, sondern auch eine Geschwisterbeziehung und eine Familienbeziehung als Tetrade unter den vier Familienmitgliedern. Auch die Eltern-Kind-Beziehung zum ersten Kind wird abermals verändert, das Sozialisationsverhalten der Eltern gegenüber dem zweiten Kind wirkt sich auch auf das erste Kind aus.

Da Familien ein dauerhaft existierendes System sind und sich die Eigenschaften ihrer Mitglieder ständig ändern, kann es in den Familienbeziehungen zu erheblichen Entwicklungen kommen (Hofer 2002).

Ursachen für diese Beziehungsveränderungen können sein (vgl. Hofer, 2002):

- Veränderung der Bedürfnisse der Mitglieder
Kinder entwickeln sich im Laufe der Jahre, dadurch kommt es zu einer Änderung der Bedeutsamkeit von Bedürfnissen . ein Säugling hat nicht dieselben Bedürfnisse wie ein Kind, ein Kind nicht dieselben wie ein Jugendlicher.

- Veränderung der sozial-kognitiven Kompetenzen der Mitglieder
Konzepte über Eltern-Kind-Beziehungen und Freundschaftsbeziehungen verändern sich mit zunehmendem Alter der Kinder.

- Veränderung der Entwicklungsaufgaben der Mitglieder
Durch besondere Lebensereignisse wie Heirat, Geburt eines weiteren Kindes oder Tod eines Familienmitglieds, aber auch durch das Heranwachsen der Kinder und an das Alter geknüpfte kulturelle Erwartungen (z.B. Einschulung, Berufswahl) wird die Familienstruktur verändert und an die Familie werden neue Entwicklungsaufgaben gestellt.

3.2.2. Geschwisterbeziehungen

In Familien, in denen mehrere Kinder gemeinsam aufwachsen, haben die Geschwisterbeziehungen zumindest hinsichtlich der zeitlichen Dauer vor jeder anderen Beziehung eine große Bedeutung, da die Beziehung zu den eigenen Eltern oder zu den eigenen Kindern im Normalfall nie so lange wie die Beziehung zu den eigenen Geschwistern aufrechterhalten wird (Petzold, 1999).

Durch die Geburt eines zweiten Kindes kommt es laut Schütze (1989) zu einem lang andauernden Prozess, in dem sich die Beziehung des ersten Kindes zum Geschwisterteil konstituiert.

Etwa die Hälfte der Kinder reagiert auf die Ankunft eines Babys mit negativen Verhaltensänderungen. Dies äußert sich bei Jungen in vermehrtem Rückzug, Mädchen zeigen mehr abhängiges Verhalten.

Gleichzeitig machen Kinder im gleichen Zeitraum aber auch Entwicklungsfortschritte. Die anfängliche Rivalität wird auch von ersten Interaktionen zwischen den Kindern begleitet (Schütze, 1989).

Papastefanou (2002) betont die Funktion des älteren Geschwisterteils für das nachkommende Kind. Tendenziell sind jüngere Geschwister mehr an ihren älteren Geschwistern interessiert als umgekehrt und nähern sich diesen oft freundlich, werden in ihrer Kontaktaufnahme jedoch häufig frustriert. Für das jüngere Kind ist das ältere ziemlich bald eine Bindungsfigur, an die es sich bei Abwesenheit der Mutter richten kann, obwohl es vom Erstgeborenen oft Ablehnung erfährt.

Mit zunehmendem Alter des jüngeren Geschwisterteils nehmen die Qualität der Interaktionen und somit auch die Bedeutung der Beziehung zu. Die Kinder lernen voneinander, sie erfahren sowohl Zuneigung, Trost und Hilfe als auch Streit und Feindseligkeit.

In Geschwisterbeziehungen ist es eher als in Eltern-Kind-Beziehungen möglich, negative Gefühle und Urteile wahrzunehmen und zuzulassen.

Mit wachsenden sozialen-kognitiven Kompetenzen der Kinder steigen auch ihre Fähigkeiten, sich miteinander und mit den Eltern auseinander zu setzen und sich gegenseitig anzuregen. Sie verbringen viel Zeit miteinander und nehmen erfolgreich die Lehrer-Schüler-Rolle ein. Die Kinder haben auch die Möglichkeit, ihre Rivalität durch die Definition ihrer vom Geschwister unabhängigen und einzigartigen Position in der Familie zu bewältigen (Papastefanou, 2002).

Für die Beziehung unter Geschwistern spielt nach Papastefanou (2002) auch die Geschlechtszusammensetzung eine große Rolle. Kinder sind generell mehr an ihren gleichgeschlechtlichen Geschwistern interessiert, ebenso ist ihre Art der Interaktion geschlechtsspezifisch.

3.3. Wandel der Familie

Die Familie als Lebensform ist im Laufe der letzten Jahre eher in den Hintergrund gerückt worden, andere Haushalts- und Lebensformen nehmen zu.

Rosemarie Nave-Herz (2000) erklärt diese Minoritätenstellung der Familie zu anderen Lebensformen nicht mit der Ablehnung von Ehe und Familie, sondern durch folgende Veränderungsprozesse:

- Durch die gestiegene Lebenserwartung leben immer mehr Menschen bis ins hohe Lebensalter hinein in ihrer eigenen Wohnung.
- Nichteheleiche Lebensgemeinschaften (ohne Kinder) während der Postadoleszenz und Alleinleben im Jugendalter nehmen zu.
- Aufgrund der gesunkenen Kinderanzahl in der Familie steigt die Anzahl der Ehepaarhaushalte (ohne Kinder), da sich die nachelterliche Phase zeitlich verlängert.

Durch die gestiegene Lebenserwartung, die geringe Kinderanzahl in der Familie und den früheren Auszug von Jugendlichen aus dem Elternhaus nimmt die Familienphase, das Zusammenleben von Eltern und Kindern bis zum Auszug des letzten Kindes, immer mehr ab.

Höpflinger et. al (1991) weisen auch auf den Rückgang des Anteils an Familien mit Verwandten und fremden Personen hin. Drei-Generationen-Haushalte, in denen Kinder mit Eltern und Großeltern zusammenleben, wie auch Wohngemeinschaften unter Verwandten werden zu Ausnahmen.

Ebenfalls hat sich die durchschnittliche Kinderanzahl pro Familie stark reduziert, die Kleinfamilie wird immer häufiger. Kinderreiche Familien . d.h. Familien mit mehr als drei Kindern . sind selten geworden.

Die steigende Scheidungshäufigkeit führt auch dazu, dass die Zahl der Ein-Eltern-Familien stark ansteigt. Dabei handelt es sich überwiegend um alleinerziehende Mütter, da im Scheidungsfall die Kinder meist der Mutter zugeteilt werden (Höpflinger et al., 1991).

In den letzten Jahren kam es also zu einer Ausdifferenzierung von Haushalts- und Lebensformen, daraus ergab sich auch eine Pluralisierung von Familienformen.

Der Wandel der Familienformen hängt aber, wie bereits erwähnt, nur gering mit der abnehmenden Bereitschaft, eine Ehe einzugehen, zusammen (Nave-Herz, 2000). Die heutige Generation heiratet aufgrund von längerer Schul-, Berufs- und Universitätsausbildung später, ebenfalls ist die Akzeptanz von nichtehelichen Lebensgemeinschaften gestiegen.

Neben der traditionellen Familie, in der Mann und Frau als Mutter und Vater biologisch leiblicher Kinder zusammenleben, werden noch Adoptivfamilien, Stief- und Patchworkfamilien und alleinerziehende Elternteile unterschieden.

Im Folgenden werden nun die unterschiedlichen Familienformen, die von der traditionell verstandenen Familie im Sinne von Vater-Mutter-Kind abweichen und bei an der Untersuchung beteiligten Familien vorkommen . nämlich Alleinerziehende und Familien mit multipler Elternschaft . behandelt.

3.4. Alleinerziehende

Ein-Eltern-Familien haben ihre Ursache nicht nur in Scheidungen bzw. Trennungen, auch ledige Geburten ohne Bindung der Mutter und der Tod eines Elternteils können zu alleinerziehenden Eltern führen.

Da diese Familienformen jedoch in den untersuchten Familien nicht vorkommen und den Ein-Eltern-Familien immer eine Trennung vorausgegangen ist, wird hier auch nur diese Form der Familie mit nur einem Elternteil behandelt.

Nach einer Scheidung sind die Eltern mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert (Schwarz & Silbereisen ,1999). Eine Trennung ist oft mit einem Wohnungswechsel und Schulwechsel der Kinder verbunden, das alleinerziehende Elternteil hat nicht nur die Alleinverantwortung für Familie und Beruf, sondern es geht auch darum, die Beziehung des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil aufrechtzuerhalten und möglichst positiv zu gestalten.

Die ersten ein bis zwei Jahre gelten als Zeit der akuten Krise für alle Familienmitglieder. Kinder und Jugendliche aus Scheidungsfamilien können in vielen Bereichen Belastungsreaktionen zeigen.

Mit zunehmendem Abstand zur Trennung verringern sich jedoch die Probleme; die Beziehungen zwischen den Mitgliedern der Familie, die durch die Trennung zwar bestehen bleiben, jedoch neu definiert werden müssen, sind wieder gefestigter. (Schwarz & Silbereisen ,1999)

3.4.1. Phasen einer Trennung bzw. Scheidung

Wallerstein und Blakeslee (1989) gliedern den Prozess der Scheidung in drei Phasen, die jedoch nicht exakt voneinander getrennt werden können, da sich die Betroffenen nicht kontinuierlich von einer Phase zur nächsten entwickeln.

Die erste, akute Phase ist die Zeit der Trennung, in der einer der Partner sich entschließt, aus dem gemeinsamen Haushalt auszuziehen. In dieser Phase kann es zu Wutausbrüchen, sexuellen Eskapaden, Depressionen und zur allmählichen Auflösung der Familie kommen. Dieses Verhalten ist oft Ursache für Angstgefühle bei den Kindern, die keinen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Eltern und

der erfolgten Trennung herstellen können und nicht wissen, dass dieser Zustand nur vorübergehend ist.

Diese Phase dauert in der Regel zwischen mehreren Monaten und einem oder zwei Jahren nach der Trennung . abhängig davon, ob die Trennung in einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens vollzogen wurde oder nicht.

In der zweiten Phase werden die Eltern und die Kinder mit neuen Rollen und neuen Beziehungen innerhalb der Familie konfrontiert. Wallerstein und Blakeslee sprechen hierbei von der „Übergangsphase“. Primär stellen sich die Familienmitglieder den neuen Problemen und versuchen, sich in den neuen Lebensstilen und Umgebungen zurechtzufinden. Es ist eine Zeit von Erfolgen und Rückschlägen, von vielen Versuchen, die Situation zu meistern, und wechselnden Stimmungen.

Wenn sich die Familie nach der Trennung zu einer neuen, sicheren Einheit entwickelt hat, ist die dritte Phase erreicht. Es kommt bei allen Familienmitgliedern zu einem wiedergewonnenen Gefühl von Stabilität, die Beziehungen untereinander haben sich meist wieder normalisiert.

3.4.2. Veränderungen und Folgen der Trennung für die Kinder

Schmidt-Denter & Schmitz (1999) griffen dieses Drei-Phasen-Modell von Wallerstein und Blakeslee auf und führten dementsprechend Datenerhebungen zu drei Messzeitpunkten durch . erstmals nach zehn Monaten und zwei weitere Male nach je weiteren 15 Monaten.

Die Untersuchungsbefunde zeigten die von Wallerstein und Blakeslee erwarteten Veränderungen in den familiären Beziehungen. Diese betreffen nicht nur die elterliche Paarbeziehung und die Kontakte der Kinder zum getrennt lebenden Elternteil . meist dem Vater . , sondern auch die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung (die meisten Kinder leben nach der Trennung der Eltern bei der Mutter, sorgeberechtigte Väter sind nach wie vor eine Ausnahme), das Familienklima und neue Partnerschaften.

Als Risikofaktoren für starke Symptombelastungen bei den betroffenen Kindern erwiesen sich eine vom Kind als negativ erlebte Beziehung zum getrennt lebenden Elternteil, eine Veränderung bzw. Verschlechterung des Erziehungsstils sowie ungelöste Partnerschaftsprobleme bei den Eltern.

Auch Wilk (1999) beschreibt Trennung als ein für Kinder gravierendes Verlusterlebnis verbunden mit tiefer Trauer und die darauffolgenden Monate sind eine Krisenperiode für betroffene Kinder. Die Belastungen gehen aber mit der Zeit zurück. Wie Kinder auf das Ereignis reagieren und wie sie es bewältigen, hängt aber auch von ihrem Alter und Entwicklungsstand ab.

So können Kleinkinder mit Verhaltensänderungen in Richtung Aggression reagieren, während sich Schulkinder eher in eine Traurigkeit zurückziehen. Im Teenager-Alter kann es wieder zu heftigen Zornreaktionen kommen.

Nicht nur das Alter, auch das Geschlecht des Kindes hat einen Einfluss darauf, wie es auf die elterliche Trennung reagiert. Knaben scheinen in der ersten Nachtrennungsphase sichtbar stärker von der Trennung der Eltern beeinträchtigt zu sein als Mädchen. Diese zeigen häufiger Probleme in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter (Wilk, 1999).

3.5. Stieffamilien & multiple Elternschaft

Die Stieffamilie besteht . wie die Kernfamilie . aus zwei erwachsenen Familienmitgliedern und einem oder mehreren Kindern bzw. Stiefkindern. Der Unterschied zur syntakten Kernfamilie% besteht allerdings darin, dass das getrennt lebende Elternteil für das Kind ebenfalls einen Teil der Familie darstellt und auch miteinbezogen werden sollte.

3.5.1. Merkmale einer Stieffamilie

Krähenbühl et al. (2007) beschreiben folgende Merkmale einer Stieffamilie:

- ein Elternteil der Kinder lebt nur zu bestimmten Zeiten mit seinen Kindern zusammen. Die Kinder haben also eine wichtige Bezugsperson an einem örtlich getrennten Ort und pendeln zwischen den beiden Familiensystemen.
- Meist haben alle Mitglieder der Stieffamilie vor kurzer Zeit den Verlust einer wichtigen Bezugsperson erlitten. Durch diese Erfahrung werden die gegenwärtigen Gefühle und das Selbstverständnis der einzelnen Personen mitbestimmt.
- Zwischen einem Erwachsenen und einem oder mehreren Kindern bestand schon vor der neuen Verbindung und Partnerschaft eine Beziehung. Der Stiefelternteil . und gegebenenfalls auch seine Kinder . muss seinen Platz in einem bereits bestehenden Subsystem mit festen Beziehungsmustern und Regeln finden und es muss sich eine neue Organisation der Gemeinschaft bilden.
- Kinder sind Mitglieder von mehr als einer Familiengemeinschaft: Sie gehören zum einen zum obsorgeberechtigten Elternteil in der neuen Lebensgemeinschaft, aber zum anderen auch zum getrennt lebenden Elternteil. Wenn dieser ebenfalls eine neue Familie gegründet hat, können sie sich auch als Mitglied dieser Familie betrachten. Damit ist zunächst nicht klar definiert, wo und wie die Familiengrenzen verlaufen und wer zur Familie gehört.
- Einer der Erwachsenen, der Stiefelternteil, hat keine elterlichen Rechte gegenüber den Kindern seines Partners, obwohl er von außen betrachtet dem elterlichen Subsystem anzugehören scheint. Die Rolle und Position dieses Familienmitgliedes im Gesamtsystem muss also erst definiert werden.

Wilk (1999) unterscheidet biologische und soziale Elternschaft, wobei die biologische Elternschaft durch Zeugung und Geburt begründet ist, während sich die soziale Elternschaft in der Wahrnehmung der sozialen Rolle eines Elternteils widerspiegelt.

In Stieffamilien findet sich eine multiple Elternschaft, in der die soziale Elternschaft von mehreren Vater- oder Mutterpersonen gleichzeitig wahrgenommen wird. Ein oder mehrere soziale Elternteile kommen dabei zu den biologisch-sozialen Elternteilen dazu und übernehmen in unterschiedlichem Ausmaß Teile der Rolle eines sozialen Elternteils.

3.5.2. Typen von Stieffamilien

Es können fünf verschiedene Stieffamilientypen unterschieden werden:

die Stiefmutterfamilie, die Stiefvaterfamilie, die zusammengesetzte Stieffamilie, die Stieffamilie mit gemeinsamem Kind bzw. gemeinsamen Kindern und die Teilzeitstieffamilie.

Krähenbühl (2007) spricht von einer Stiefmutterfamilie, wenn eine Frau zu einem Mann mit seinen leiblichen Kindern zieht. Die leibliche Mutter der Kinder gehört ebenfalls zur Stieffamilie, obwohl sie nur zeitweise mit ihren Kindern zusammenlebt. Durch die Beziehung zu ihrem Kind bzw. zu ihren Kindern hat sie eine besondere Stellung gegenüber der neuen Familie, die Auswirkungen auf die Stieffamilie hat.

Ein Problem für die Stiefmutter kann darin bestehen, einen Zugang zur Vater-Kind-Gemeinschaft zu finden, die je nach Art und Dauer der Entwicklung im früheren Familienverband als eine Einheit erlebt werden kann, die es schwierig macht, zu jedem Familienmitglied eine eigene Beziehung aufzubauen.

Stiefvaterfamilien . bei denen ein Mann zu einer Frau mit ihren leiblichen Kindern kommt . sind häufiger als Stiefmutterfamilien. Dies könnte damit zusammenhängen, dass im Falle einer Scheidung bisher das Sorgerecht in den meisten Fällen der leiblichen Mutter übertragen wurde. Stiefvaterfamilien stehen jedoch in Umkehrung vor den gleichen Problemen wie Stiefmutterfamilien.

Krähenbühl (2007) sieht aber einen wesentlichen Unterschied zwischen der Stiefvaterfamilie und der Stiefmutterfamilie darin, dass Stiefkinder Stiefväter leichter akzeptieren als Stiefmütter und dass Stiefväter entsprechend wenige negative Reaktionen erleben%(S. 35).

Eine zusammengesetzte Stieffamilie entsteht dann, wenn zwei Teilfamilien . also eine Mutter mit ihren Kindern und ein Vater mit seinen Kindern . zusammenkommen. Hier gehörten beide Teilfamilien einem ehemaligen Kernfamilienverband an und beide Partner sind biologische Elternteile, die gleichzeitig die neue Rolle des Stiefelternteils lernen müssen.

Wenn das neue Paar mit der Zeit gemeinsame Kinder bekommt, bildet sich ein weiterer Typ der Stieffamilie . die Stieffamilie mit gemeinsamem Kind bzw. gemeinsamen Kindern. Durch die Geburt des gemeinsamen Kindes entsteht ein Subsystem, das praktisch dieselbe Struktur aufweist wie eine Kernfamilie. Nach Krähenbühl bekommt das gemeinsame Kind oft die Funktion, die beiden Familienteile zu einer Einheit zu verbinden.

Als Letztes wird bei Krähenbühl et al. (2007) die Teilzeitstieffamilie unterschieden. Hier leben Kinder aus einer früheren Partnerschaft mit dem getrennt lebenden Elternteil und dessen neuen Partner bzw. Partnerin zu bestimmten festgelegten Zeiten zusammen. Die Schwierigkeit dabei ist, dass die Kinder keine direkten Familienmitglieder sind, aber auch keine Gäste.

3.5.3. Die Situation der Kinder nach einer Trennung bzw. in der Stieffamilie

Visher und Visher (1995) behandeln folgende Probleme, die auf Kinder zukommen können, die die Trennung der Eltern durchleben bzw. die durch eine Wiederheirat in einer Stieffamilie aufwachsen:

- Die Bewältigung des Verlusterlebnisses

Infolge einer Trennung bzw. Scheidung müssen Kinder wie auch Erwachsene mit dem Verlust des Elternteils fertig werden, der nicht mehr bei ihnen lebt. Die Kinder fühlen sich gewöhnlich zurückgewiesen und im Stich gelassen, dazu kommen die üblichen Stadien des Trauerns wie Verleugnung, Schuldgefühle, Wut und Verzweiflung. Kommt es schon kurze Zeit nach der Trennung zu

einer erneuten Heirat, so ist diese Phase des Trauerns für die Kinder höchstwahrscheinlich noch nicht abgeschlossen und sie sind nicht darauf vorbereitet, einen neuen Erwachsenen in ihrem Leben zu akzeptieren.

– Loyalitätskonflikte

Bei weiterbestehenden Konflikten des früheren Paares auch nach der Trennung fühlen sich die Kinder dazu gedrängt, sich auf eine Seite zu schlagen. Diese ist meist die des sorgeberechtigten Elternteils. Gleichzeitig besteht aber das Bedürfnis, auch die Beziehung zum anderen Elternteil aufrechtzuerhalten, was zu Gefühlen des Hin- und Hergerissenseins führt.

– Frage der Zugehörigkeit

Kinder wechseln häufig zwischen den getrennt lebenden Familien beider Elternteile. Oft entsteht durch dieses Hin und Her eine Verwirrtheit, wenn sie spüren, dass sie wegen der Gefühle des einen Elternteils die andere Umgebung nicht genießen dürfen. Dieser Konflikt hängt stark mit dem Loyalitätskonflikt zusammen.

– Schuldgefühle wegen der Scheidung

Viele Kinder haben das Gefühl, an der Scheidung der leiblichen Eltern schuld zu sein.

3.6. Aufgaben der Familiendiagnostik

Therapieansätze mit familientherapeutischen Methoden finden eine große Resonanz und Verbreitung. Während der gemeinsamen Familiensitzung kann die Beobachtung der Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern Aufschluss darüber geben, wie sie sich gegenseitig beeinflussen (Mattejat und Scholz, 1994). Dabei besteht das Untersuchungsziel darin, die Familienstruktur und die Familiendynamik möglichst objektiv zu erfassen. Diese Diagnostik orientiert sich an einem Expertenmodell.

Beziehungen dürfen aber nicht nur auf unmittelbar beobachtbare Verhaltenselemente reduziert werden, ein Gespräch als Transaktionsprozess umfasst neben dem Sichtbaren und Hörbaren auch emotionale und kognitive Prozesse.

Familiendiagnostische Gespräche haben also auch das Ziel, die subjektive Wirklichkeit der Familienmitglieder möglichst genau kennen zu lernen und nachzuvollziehen. Mattejat und Scholz sprechen hierbei von Diagnostik nach dem Kooperationsmodell.

Objektive Verhaltensbeobachtung und subjektive Angaben der Familienmitglieder können sehr weit auseinander liegen. Für die Familiendiagnostik stellt sich deshalb die Aufgabe, Expertenverantwortung und Kooperation gleichermaßen zu realisieren, d.h. sie nicht als einander ausschließende Alternativen wahrzunehmen, sondern sie als komplementäre Ergänzungen zu erkennen.

4. Fragestellung

Im Rahmen meines Praktikums beim Ambulanten Familiendienst des Vorarlberger Kinderdorfs in Bregenz begann ich mich verstärkt für die betreuten Familien zu interessieren.

Da das Vorarlberger Kinderdorf hohes Interesse an der Lebensqualität der betroffenen Kinder und deren subjektiver Wahrnehmung der Familienbeziehung hat, wurde mir von Seiten des Ambulanten Familiendienstes vorgeschlagen, diese Thematik zu untersuchen.

Es ergaben sich daraufhin folgende Fragestellungen:

1. Fragestellung:

Wie hoch ist die subjektive Lebensqualität der Kinder, deren Familien vom Ambulanten Familiendienst betreut werden, zu Beginn der Betreuung und nach sechs Monaten der laufenden Betreuung?

2. Fragestellung:

Wie schätzen die Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder im Laufe der Betreuung ein?

3. Fragestellung:

Wie ausgeprägt ist die subjektive Familienbeziehung der Familienmitglieder untereinander jeweils zu Beginn und nach sechs Monaten der Betreuung?

Daraus abgeleitet werden durch die vorliegende Untersuchung folgende Hypothesen überprüft:

Hypothese 1:

Die subjektive Lebensqualität der Kinder und deren Einschätzung der Eltern werden im Rahmen der Betreuung des Ambulanten Familiendienstes verbessert.

Hypothese 2:

Die subjektiv wahrgenommene Familienbeziehung der Familienmitglieder verbessert sich im Laufe der Betreuung.

5. Empirische Umsetzung der Fragestellung

5.1. Untersuchung

5.1.1. Probanden

Der Ambulante Familiendienst betreut Familien mit Kindern im Alter von null bis 18 Jahren. Für die Untersuchung konnten aber nur Kinder ab sechs Jahren herangezogen werden, da sie in der Lage sein mussten, den Fragebogen selbstständig auszufüllen und sich selbst und ihre Familie einzuschätzen.

Die Probanden setzen sich deshalb aus 21 Kindern im Alter zwischen sieben und 18 Jahren zusammen, untersucht wurden neun Familien. Von den neun teilnehmenden Familien bestanden fünf aus alleinerziehenden Müttern mit ihren Kindern und zwei aus Familien mit Stiefvätern, wobei ein Stiefvater nicht bereit war, an der Untersuchung teilzunehmen.

Die Suche nach Familien, die mit einer Teilnahme an der Untersuchung einverstanden waren, gestaltete sich schwierig und langwierig. Ein Grund dafür war, dass die erste Testung relativ zeitgleich mit der Aufnahme der Betreuung stattfinden sollte. Bei vielen Familien steht dabei das zu behandelnde Problem im Mittelpunkt, sodass eine Untersuchung den Betreuungsverlauf stören würde. Auch war oft die Angst vorhanden, dass das Ergebnis der Untersuchung negative Auswirkungen auf die betroffene Familie haben könnte. Ein weiterer Schwierigkeitsfaktor war, dass eine Familie, die zu Beginn der Betreuung mit der Befragung einverstanden war und daran teilgenommen hatte, zum Zeitpunkt der Wiederholungstestung die Betreuung bereits beendet hatte und nicht mehr zu einer Teilnahme bereit war.

Potenziell in Frage kommende Familien wurden in den ersten Beratungsgesprächen von den Mitarbeitern des Ambulanten Familiendienstes gefragt, ob sie mit der Befragung einverstanden wären. Die vollständige Anonymität der Daten und deren Bearbeitung wurde ihnen zugesichert. Im Anschluss daran wurden die Adressen an mich weitergeleitet. Die Untersuchung selbst fand ausschließlich bei den Familien zu Hause und in Abwesenheit des Betreuers statt.

5.1.2. Planung der Untersuchung

Die Befragung der Familien sollte die bereits erwähnten Fragestellungen zur Lebensqualität der Kinder und den Familienbeziehungen untereinander beantworten. Die Antworten darauf können Aufschlüsse über die Veränderungen im Empfinden und Verhalten der Familienmitglieder geben. Wird die Hypothese bestätigt, lässt sich ein Erfolg der Betreuung feststellen.

Da gerade in Krisensituationen die Einschätzung der Eltern über das Wohlbefinden ihrer Kinder von der Einschätzung der Kinder selbst abweichen kann, war es für die Untersuchung wichtig, die Kinder selbst zu Wort kommen und ihre Situation selbst einzuschätzen zu lassen. Kinder und Jugendliche sind jedoch von ihren Betreuungspersonen abhängig und . je nach ihrem Entwicklungsstand . nur bedingt in der Lage, ihre Lebenssituation zu reflektieren (Mattejat und Remschmidt, 2006). Deshalb wurden die Angaben zur Lebenssituation nicht nur von den Kindern, sondern auch von ihren Eltern eingeholt. Auch für die Erfassung der Familienbeziehung war es notwendig, alle Familienmitglieder zu befragen, um so mögliche Differenzen in der Wahrnehmung des Familienzusammenhalts zu erkennen.

Die Fragebögen dazu waren relativ kurz, um die Kinder nicht zu langweilen und nicht zu überfordern. Die Dauer der Testung konnte somit relativ gering gehalten werden, um die Familien nicht zusätzlich zur neuen Situation der Betreuung noch mehr zu belasten.

Für Kinder im Volksschulalter wurde ein zweiter Test zur Erfassung der Familienbeziehung vorbereitet . der Familien-Beziehungs-Test (F-B-T) von Howells und Lickorish . , da der ansonsten verwendete Fragebogen, das subjektive Familienbild (SFB), erst für Kinder ab ca. zehn Jahren konzipiert ist. Bei der Durchführung zeigte sich aber, dass auch die kleineren Kinder mit dem SFB nicht überfordert waren, somit wurde für alle Probanden derselbe Test verwendet.

Beim Inventar zur Erfassung der Lebensqualität wurde bei der Planung der Untersuchung das zweite Item, die Frage nach dem Wohlbefinden in der Familie, entsprechend den häufigen Problemen der durch den Ambulanten Familiendienst betreuten Familien verändert. So wurde nicht wie in der Originalfassung nur allgemein nach der Lebensqualität in der Familie gefragt, sondern einzeln aufgeteilt in die Bereiche Mutter, Vater und Geschwister. So ergaben sich für jedes Kind drei Lebensqualitäts-Scores, jeweils getrennt für die einzelnen Familienmitglieder.

5.1.3. Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde im Zeitraum von November 2007 bis Oktober 2008 im Raum Bregenz und Dornbirn in Vorarlberg durchgeführt. Von November 2007 bis April 2008 wurden die Familien im ersten Durchgang getestet, die Wiederholungstestungen fanden von Mai bis Oktober 2008 statt.

Die Auswahl der Familien wurde von den Mitarbeitern des Ambulanten Familiendienstes durchgeführt. Nach Übernahme der Betreuung wurde von ihnen entschieden, ob eine Befragung der Familie möglich und die Familie selbst dazu bereit ist. Die Testdurchführung selbst fand außerhalb des Rahmens der Betreuung statt, es wurden gesonderte Termine mit den Familien vereinbart.

Ich besuchte die Familien bei ihnen zu Hause. Die Gründe dafür waren einerseits, dass die eigene Wohnung eine vertraute Umgebung für die Familien und vor allem für die Kinder ist, zum anderen wollte ich den Familien nicht noch zusätzlich die Belastung der Anreise zu einem neutralen Untersuchungsort zumuten.

Da es sich um eine Erhebung der aktuellen Situation der Familie in ihrem jetzigen Zustand handelte, war die Notwendigkeit eines neutralen Untersuchungsorts auch nicht gegeben.

Zunächst wurde den Familienmitgliedern ein kurzer Einblick in den Ablauf und den Zweck der Untersuchung gegeben und ihnen zugesichert, dass die Ergebnisse im Gesamten und nicht familienspezifisch behandelt werden und deshalb keinen Einfluss auf den momentanen Betreuungsverlauf haben. Die beiden Testverfahren wurden erklärt und den Eltern zur Bearbeitung übergeben. Es zeigte sich, dass auch bei Familien, in denen ein Vater anwesend war, die Mutter mehr bereit war, die Lebensqualität ihrer Kinder einzuschätzen. Deshalb wurde von den Vätern jeweils nur die subjektive Wahrnehmung der Familienbeziehung erhoben, während die Mütter in allen Fällen die Fremdeinschätzung der Lebensqualität der Kinder übernahmen.

Die von mir im Voraus geplante gleichzeitige Befragung von Eltern und Kindern in jeweils getrennten Räumen war nicht möglich, da vor allem der Fragebogen zum subjektiven Familienbild auch bei den Erwachsenen häufig zu Zwischenfragen führte. Deshalb wurde die Befragung zuerst mit den Eltern durchgeführt und anschließend mit den Kindern, dies jedoch ohne Anwesenheit der Eltern, um einer Beeinflussung vorzubeugen.

Die Durchführung des Tests mit den Kindern unterschied sich je nach Alter. Den Jugendlichen wurden wie bei den Eltern die Tests erklärt und sie bearbeiteten sie selbstständig. Mit Kindern bis ca. zwölf Jahren . je nach Entwicklungsgrad . wurde das ILK in Interviewform durchgeführt, indem ich ihnen die Fragen vorlas und sie mir die Antwort dazu mündlich gaben. Beim SFB reichte es aus, ihnen beim Verständnis der Fragen zu helfen, alle Kinder konnten ihn dann selbstständig und ohne Hilfe der Eltern oder von mir ausfüllen.

Manche Eltern äußerten anschließend den Wunsch, ihre Antworten mit denen der Kinder zu vergleichen, was ihnen jedoch von mir nicht erlaubt wurde.

Sechs Monate nach der ersten Untersuchung wurden die Familien von mir wiederum kontaktiert und ein weiterer Termin für einen Hausbesuch fixiert. Die Durchführung gestaltete sich gleich wie beim ersten Untersuchungszeitpunkt.

Den Familienmitgliedern wurden wieder dieselben Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt. Auffallend war, dass sich die meisten Teilnehmer nicht mehr detailliert an die Tests erinnerten und eine wiederholte ausführliche Erklärung der Tests benötigten.

Die Stimmung während der Testung war aber bei allen Familien . vor allem bei den Kindern . sichtlich gelöster, da sie bereits wussten, was auf sie zukommt und sie mich von der vorangegangenen Testung schon kannten.

Die Einstellungen der Eltern bezüglich der Befragung waren relativ verschieden. Während einige der Untersuchung gegenüber nicht nur positiv eingestellt, sondern auch von sich aus an den Ergebnissen interessiert waren, zeigten andere wenig Interesse und Kooperationsbereitschaft und füllten den Test aus, ohne an meinen Erklärungen interessiert zu sein. Bei allen Familien war ein leichtes Unbehagen bezüglich möglicher Auswirkungen der Befragung feststellbar.

Einige Mütter sprachen während der Bearbeitung der Fragebögen offen über ihre Geschichte und ihre Probleme, so entstanden zum Teil interessante Gespräche, die mir einen weiteren Einblick in die Situation der Familien ermöglichten.

5.2. Erhebungsinstrumente

5.2.1. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität Ë ILK

Das ILK wurde 1998 von Fritz Mattejat und Helmut Remschmidt entwickelt und 2006 in einer neuen Auflage überarbeitet und ist ein Screening-Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei gesunden und bei psychisch oder körperlich kranken Kindern und Jugendlichen.

Es kommt in der individuellen klinisch-therapeutischen Diagnostik zur Indikationsstellung und Therapiekontrolle, in der Qualitätssicherung, Therapieevaluation und in der Forschung zum Einsatz.

Die Informationen können aus zwei Perspektiven erhoben werden: von den Kindern und Jugendlichen selbst und von den Eltern. Das Inventar kann mit Kindern ab sechs Jahren durchgeführt werden.

Die Bearbeitungszeit beträgt etwa fünf bis zehn Minuten, die Erhebung erfolgt je nach Alter des Kindes in Form eines Interviews oder per Fragebogen.

Es werden Einschätzungen zu den verschiedenen Lebensbereichen gewonnen, diese Einschätzungen können aus verschiedenen Perspektiven miteinander verglichen werden. Als Gesamtergebnis wird ein Lebensqualitäts-Score gewonnen.

Im ILK werden folgende Lebensbereiche bzw. Lebensaspekte erfasst:

Schule

Familie

soziale Kontakte zu Gleichaltrigen

Interessen und Freizeitgestaltung

dazu kommen die beiden gesundheitsbezogenen Bereiche

körperliche Gesundheit

psychische Gesundheit

Zuletzt wird auch eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität erhoben.

Als zusätzliche Bereiche, die nur für erkrankte Kinder und Jugendliche relevant sind, können Maße für die Belastung durch die aktuelle Erkrankung und für die Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erhoben werden. Da bei den Probanden der vorliegenden Untersuchung jedoch keine Erkrankungen vorliegen, wurden diese Items auch nicht erfasst.

Die erfassten Lebensbereiche wurden für den Fragebogen kindgemäß verändert. Die entsprechenden Rating-Items im ILK werden also *s*Schule%*s*Familie%*s*Freunde%*s*Alleine%*s*Gesundheit%*s*Nerven/Laune%*und* *s*Alles zusammen%*b*enannt.

Vom ILK gibt es eine Kinderversion und eine Jugendlichenversion, wobei es sich bei beiden um eine Selbsteinschätzung zur Lebensqualität aufgeschlüsselt nach einzelnen Bereichen anhand von sieben Items handelt, und eine Elternversion, die eine Fremdeinschätzung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen ist.

Mit Kindern von sechs bis elf Jahren wird ein Interview anhand eines Interview-Bogens (Ratingbogen für Kinder) durchgeführt. Der Interview-Bogen wird gemeinsam von Interviewer und Kind bearbeitet. Jugendliche und Eltern erhalten einen einfachen Fragebogen, den sie selbstständig bearbeiten.

Die Antwortmöglichkeiten beim Durchführungsbogen für das Kinderinterview werden durch Smileys dargestellt, um ihre Bedeutung für die Kinder zu veranschaulichen.

Die sieben Items des ILK sind auf das Verhalten in der vergangenen Woche bezogen. Zur Beantwortung der jeweiligen Frage ist eine fünfstufige Antwortskala mit sehr gut%,sehr gut%,teils-teils%,sehr schlecht%und sehr schlecht%vorgegeben.

Für die folgende Untersuchung der vom Ambulanten Familiendienst betreuten Kinder wurde das zweite Item sFamilie%in drei Unteritems aufgesplittet. Es wurde nicht nur allgemein nach dem Verhältnis des Kindes oder des Jugendlichen zur Familie gefragt, sondern einzeln nach Mutter, Vater und Geschwister, da angenommen wird, dass bei betreuten Kindern die Beziehungen zu den verschiedenen Familienmitgliedern variieren und genau diese Unterschiede interessant sind.

Um die Itemanzahl im Sinne der Auswertung und Vergleichbarkeit jedoch nicht zu verändern, wurden für jedes Kind drei separate Lebensqualitäts-Scores ermittelt: einen, der die Beziehung zur Mutter beinhaltet, einen mit der Beziehung zum Vater und der dritte inkludiert die Beziehung zu den Geschwistern.

5.2.1.1. Gütekriterien

Die Normwerte und die klinischen Vergleichswerte stützen sich zum einen auf eine repräsentative Stichprobe, bei der in den Jahren 1998 und 2001 bis 2004 insgesamt 17 122 Schülerinnen und Schüler aus acht deutschen Bundesländern befragt wurden und eine schulbasierte Elternstichprobe, zum anderen auf eine repräsentative Telefonstichprobe, bei der in den Jahren 2003 und 2004 standardisierte telefonische Elterninterviews mit den Items des ILK durchgeführt wurden.

Reliabilität:

Hauptergebnis der ILK-Durchführung ist der Lebensqualitätsscore mit einem Wertebereich zwischen 0 und 28 (LQ_{0-28}). Neben diesem Score können noch weitere Scores berechnet werden, die sehr eng mit dem LQ_{0-28} zusammenhängen und lediglich unterschiedliche Auswertungsweisen desselben Datenmaterials darstellen.

Die internen Konsistenzwerte für den Lebensqualitätsscore LQ_{0-28} liegen in einem mäßigen Bereich. Dies hängt damit zusammen, dass sich die sieben Items auf heterogene Bereiche beziehen, die teilweise nur gering korrelieren.

Bei den Elternangaben ist die interne Konsistenz höher als bei den Angaben der Kinder und Jugendlichen. Sie liegt bei den Eltern zwischen .66 und .76, bei den Kindern und Jugendlichen zwischen .55 und .63.

Lebensqualität ist ein Merkmal, das sich über längere Zeiträume hinweg sehr stark verändern kann. Innerhalb von kurzen Zeiträumen hingegen kann man annehmen, dass sich die Lebensqualität nicht gravierend verändert. Das heißt, das Konstrukt Lebensqualität liegt bezüglich der zeitlichen Stabilität in einem mittleren Bereich zwischen den Extremen wie z.B. einerseits Persönlichkeitseigenschaften mit sehr hoher Stabilität und andererseits Stimmungen, die sich sehr schnell von Situation zu Situation verändern können.

Die Autoren wählten deshalb zur Bestimmung der Retest-Reliabilität einen zeitlichen Abstand zwischen den beiden Messzeitpunkten von zwei Wochen bis zwei Monate. Die Retest-Reliabilität liegt bei Kinder- und Jugendlichenangaben um .72, bei den Elternangaben (je nach Retest-Abstand) zwischen .68 und .80.

Validität:

Die Eltern-Kind-Übereinstimmung beim Lebensqualitätsscore liegt in einem mittleren Bereich mit einer Korrelation um .50. Bei der Kriteriumsvalidität liegen die gewonnenen Korrelationswerte mit den Fragebögen KINDL und DIKJ zwischen .59 und .64.

5.2.2. Das subjektive Familienbild (SFB)

Das subjektive Familienbild, das 1994 von Fritz Mattejat und Michael Scholz entwickelt wurde, ist ein Testverfahren zur Untersuchung der Familienwahrnehmung. Die Probanden schildern mittels der Methodik des semantischen Differentials ihr Beziehungserleben in der Familie. Dabei kommen gerichtete Beziehungsangebote zur Darstellung:

Wie verhält sich die Person X gegenüber der Person Y?

Bei diesen Beziehungsbeschreibungen werden zwei grundlegende Aspekte unterschieden:

emotionale Verbundenheit (Valenz)

individuelle Autonomie (Potenz)

Die Subjektivität des Beziehungsgeschehens steht im Mittelpunkt des Blickwinkels.

Zusätzlich dazu können die gewonnenen Familiensummenwerte mit der Berechnung der Scores s Entwicklungsbedingungen% und s Kohäsion (Zentripetalität)% noch weiter komprimiert werden.

5.2.2.1. Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell der Familienbeziehungen

Diesen beiden Scores liegt das Entwicklungs-Kohäsions-Modell zugrunde, das in Abbildung 1 schematisch dargestellt wird (nach Mattejat und Scholz, 1994; S.7).

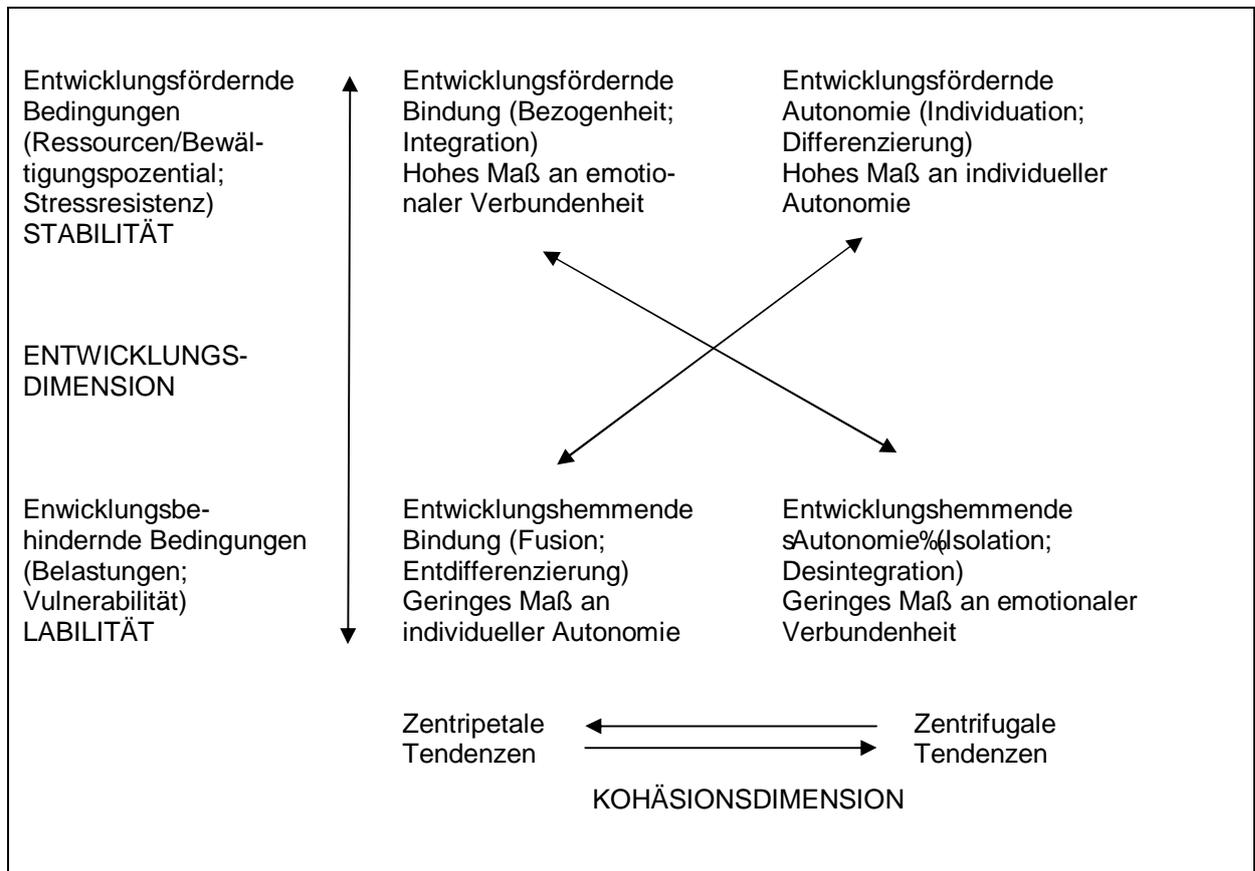


Abbildung 1: Entwicklungs-Kohäsions-Modell der Familienbeziehungen

Die Entwicklungsbedingungen sind dann günstig, wenn die beiden Aspekte emotionale Verbundenheit und individuelle Autonomie gleichermaßen realisiert werden können. Diese Bewältigungspotenziale ermöglichen es der Familie, sich neuen Situationen anzupassen. Die Entwicklungsbedingungen sind jedoch ungünstig, wenn Möglichkeiten zur individuellen Differenzierung versperrt sind oder die emotionale Verbundenheit fehlt. Die Familie ist dann auch weniger in der Lage, Belastungen zu ertragen und Krisen zu bewältigen. (Mattejat, 1993)

Das Modell definiert somit folgende zwei Dimensionen:

- Entwicklungsbedingungen (Stabilität versus Labilität)
- Kohäsion (hohes Maß an emotionaler Verbundenheit versus geringes Maß an emotionaler Verbundenheit; hohes Maß an individueller Autonomie versus geringes Maß an individueller Autonomie)

Kohäsion ist in diesem theoretischen Modell in Schichten aufgegliedert, diese orientieren sich daran, *so*b und in welchem Maße in den Familienbeziehungen eine Synthese von Bindungs- und Autonomiebedürfnissen gelungen ist% (Mattejat, 1993, S. 67).

Bezogenheit sieht Mattejat (1993) nicht als Gegenteil der Autonomie, sondern als ihre Ergänzung. Ebenfalls stellen Entdifferenzierung und Desintegration keine Gegensätze dar. Die Kohäsionsdimension beinhaltet auf beiden Seiten gleichermaßen positive, entwicklungsfördernde wie negativ-entwicklungshemmende Aspekte, für sich allein hat sie keine psychopathologische Wertigkeit.

Je positiver bzw. günstiger nun die Familienbeziehungen geschildert werden, umso höher ist der Score sEntwicklungsbedingungen%oDer Zentripetalitätsscore stellt die wechselseitige Verbundenheit dar; je höher dieser Score ist, umso intensiver wird die familiäre Kohäsion erlebt.

Subjektive emotionale Verbundenheit wird dadurch angezeigt, dass die Familienmitglieder in ihrer eigenen Wahrnehmung Interesse füreinander zeigen und warmherzig und verständnisvoll miteinander umgehen. Diese Dimension wird durch folgende drei Adjektivpaare erfasst:

- interessiert vs. uninteressiert%o
- warmherzig vs. kühl%o
- verständnisvoll vs. intolerant%o

Wenn sich die Familienmitglieder im Umgang miteinander als selbstständig, sicher und entscheidungsfähig beschreiben, erleben sie in ihren Beziehungen einen hohen Grad an individueller Autonomie. Dieser Dimension werden folgende Adjektivpaare zugeschrieben:

sselbstständig vs. unselbstständig‰

sunentschlossen vs. entschieden‰

ssicher vs. ängstlich‰

In der Standardanwendung wird die Beziehungsstruktur in einer familialen Triade, bestehend aus Vater, Mutter und Kind, beschrieben. Dabei wird das SFB von jedem beteiligten Familienmitglied getrennt erhoben. Die subjektiven Familienbilder der Familienmitglieder können direkt miteinander verglichen werden.

Da es sich bei den hier untersuchten Familien vielfach um alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern handelte, war es nicht immer möglich, die oben genannte familiale Triade zu untersuchen. In diesen Fällen wurde für die Untersuchung der Familienbeziehungen eine Triade bestehend aus Mutter und je zwei Kindern gebildet.

Das SFB kann mit Kindern und Jugendlichen ab ca. zehn Jahren und mit Erwachsenen durchgeführt werden. Der Test ist einfach und ökonomisch durchführbar, die Durchführung erfordert in der Regel ca. zehn Minuten.

Von den Testbögen gibt es verschiedene Versionen: SFB-K (Version für Kinder und Jugendliche), SFB-M (Version für Mütter) und SFB-V (Version für Väter). Darin werden jeweils sechs gerichtete Beziehungen beschrieben (familiale Triade). Jede gerichtete Beziehung wird dabei mit Hilfe von sechs Adjektivpaaren, die bereits genannt wurden, charakterisiert.

5.2.2.2. Gütekriterien

Die Normangaben wurden anhand mehrerer psychiatrischer und nichtpsychiatrischer Klinikstichproben und Schülerstichproben, bei denen eine Untersuchung mit dem SFB durchgeführt wurde, ermittelt.

Reliabilität:

Es liegen Daten zur inneren Konsistenz, Paralleltest-Reliabilität und zur Retest-Reliabilität vor.

Die Koeffizienten der inneren Konsistenz beziehen sich auf die primären Skalen (gerichtete Beziehungen) und liegen für die Valenzskalen zwischen .75 und .85, für die Potenzskalen zwischen .50 und .77.

Zur Prüfung der Paralleltest-Reliabilität wurde als Parallelversion das Familienpolaritätsprofil von Scholz (1984) verwendet. Für die Valenzskalen liegen die durchschnittlichen Paralleltest-Reliabilitäten bei .80, für die Potenzskalen bei .61.

Für die Berechnung der Retest-Reliabilität wurden die Probanden nach zwei bis drei Wochen erneut untersucht, wobei auch bei diesem kurzen Retest-Abstand mit Veränderungen zu rechnen war, da allein durch die Beratung der Eltern die Familienbeziehungen beeinflusst werden können. Bei den Valenzskalen beträgt die Retest-Reliabilität .78, bei den Potenzskalen .66.

Validität:

Das Verfahren ist hinsichtlich seiner Validität umfassend überprüft und seine Konstruktvalidität ist gut belegt. Die Korrelationen zu Außenkriterien wie SFB-Angaben von anderen Familienmitgliedern, anderen Fragebogendaten, Interaktionsbeobachtungen und klinischen Einschätzungen sind . je nach Kriterium . sehr unterschiedlich, häufig nur gering.

6. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden nun die erhaltenen Ergebnisse des ILK, aufgegliedert in die Ergebnisse aus Sicht der Kinder und die aus Sicht der Eltern, und des SFB in Bezug auf erlebte Valenz und Potenz, aber auch Entwicklungsbedingungen und Kohäsion, beim ersten Zeitpunkt der Untersuchung und bei der Wiederholungstestung dargestellt. Die erhaltenen Werte der Kinder werden mit denen der Eltern verglichen. Ebenfalls werden die Ergebnisse der Fragebögen jeweils im Vergleich der beiden Messzeitpunkte angeführt.

Um die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe, die aus ambulant betreuten Kindern besteht, in Vergleich zu einer Normalpopulation zu stellen, werden abschließend noch die erhaltenen Werte mit von den Autoren der verwendeten Tests vorgegebenen Normwerten verglichen.

6.1. Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Für die vorliegende Studie wurden 21 Kinder aus neun Familien, die vom Ambulanten Familiendienst betreut werden, untersucht. An der Befragung waren nicht nur die betroffenen Kinder beteiligt, sondern auch deren Eltern.

Die erhobenen soziodemographischen Daten sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 1: Darstellung der Untersuchungsgruppe

n=21	Anzahl absolut	Anzahl in Prozent
Geschlecht		
männlich	7	33,3
weiblich	14	66,7

Tabelle 1a: Geschlecht

n=21	Anzahl absolut	Anzahl in Prozent
Alter (Median = 12 Jahre)		
7 Jahre	1	4,8
8 Jahre	2	9,5
9 Jahre	2	9,5
10 Jahre	1	4,8
11 Jahre	2	9,5
12 Jahre	5	23,8
13 Jahre	2	9,5
14 Jahre	2	9,5
15 Jahre	2	9,5
16 Jahre	1	4,8
18 Jahre	1	4,8

Tabelle 1b: Alter

n=21	Anzahl absolut	Anzahl in Prozent
Art der Herkunftsfamilie		
intakte Kernfamilie%	6	28,6
alleinerziehend	11	52,4
Stieffamilie	4	19,0

Tabelle 1c: Art der Herkunftsfamilie

Da es schwierig war, überhaupt Familien zu einer Teilnahme an der Untersuchung zu motivieren, konnte ein ausgeglichenes Geschlechter- und Familienverhältnis leider nicht gewährleistet werden.

6.2. Ergebnisse in Bezug auf die Lebensqualität

Beim Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) werden zwei Lebensqualitätsscores ermittelt.

Zum einen wird die erhobene Lebensqualität im Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈ dargestellt. Dieser geht von den Rohwerten aus und gibt Informationen darüber, wie gut die Lebensqualität über alle Bereiche hinweg eingeschätzt wird (Minimum = 0; Maximum = 28). Ein hoher Wert bedeutet eine hohe Lebensqualität.

Weiters wird der Lebensqualitätsscore $LQ_{100\%}$ ermittelt, der zwar die gleiche Information beinhaltet wie der Lebensqualitätsscore LQ_{0-28} , zur besseren Anschaulichkeit wird hier jedoch der Score auf den Bereich zwischen 0% (Minimum, ungünstigstes Ergebnis) und 100% (Maximum, günstigstes Ergebnis) umgerechnet. Der $LQ_{100\%}$ ist ein Optimalitätsscore und gibt an, wie viel Prozent vom optimal möglichen Ergebnis erreicht wurden.

Da laut Bortz (1999) erst ab einem Stichprobenumfang von 100 Probanden von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden kann, wurde zur Überprüfung der Unterschiede zwischen der Einschätzung von Kindern und Eltern und zwischen den beiden Messzeitpunkten der Wilcoxon-Test angewendet, da dieser keine Normalverteilung voraussetzt.

6.2.1. Vergleich der Ergebnisse zwischen Kindern und Eltern

Zunächst wird die deskriptive Statistik der Daten des ersten Messzeitpunktes anhand des Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} dargestellt:

Tabelle 2: Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung des **ersten** Messzeitpunktes

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Kind Æ Mutter	21	15	27	22,67	3,825
Kind Æ Vater	20	14	27	22,00	3,839
Kind Æ Geschwister	21	12	27	21,90	4,230
Eltern Æ Mutter	21	12	28	21,29	4,638
Eltern Æ Vater	20	11	28	21,30	4,879
Eltern - Geschwister	21	11	28	20,71	4,766

Da ein Proband keinen Kontakt zu seinem Vater hatte, war ihm die Beantwortung des Items „Wie ist deine Beziehung zu deinem Vater?“ nicht möglich, was die verringerte Stichprobenanzahl beim Lebensqualitätsscore in Bezug auf die Vaterbeziehung bedingt.

Diese erhaltenen Mittelwerte der ersten Messung werden nun verwendet, um festzustellen, ob ein Unterschied in der Einschätzung der kindlichen Lebensqualität zwischen Kind und Eltern besteht. Dazu wurden die erhobenen Daten dem Wilcoxon-Test unterzogen.

Tabelle 3: Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim **ersten** Messzeitpunkt . LQ_{0-28}

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
Kinder	22,67	22,00	21,90
Eltern	21,29	21,30	20,71
Z-Wert	-1,091	-0,678	-0,869
Signifikanz	0,275	0,498	0,385

Zur besseren Anschaulichkeit und Verständlichkeit der Ergebnisse werden sie im Folgenden noch anhand des Lebensqualitätsscores $LQ_{100\%}$ dargestellt:

Tabelle 4: Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim **ersten** Messzeitpunkt . $LQ_{100\%}$

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
Kinder	80,90	78,50	78,24
Eltern	76,05	76,15	73,95
Z-Wert	-1,028	-0,612	-0,927
Signifikanz	0,304	0,541	0,354

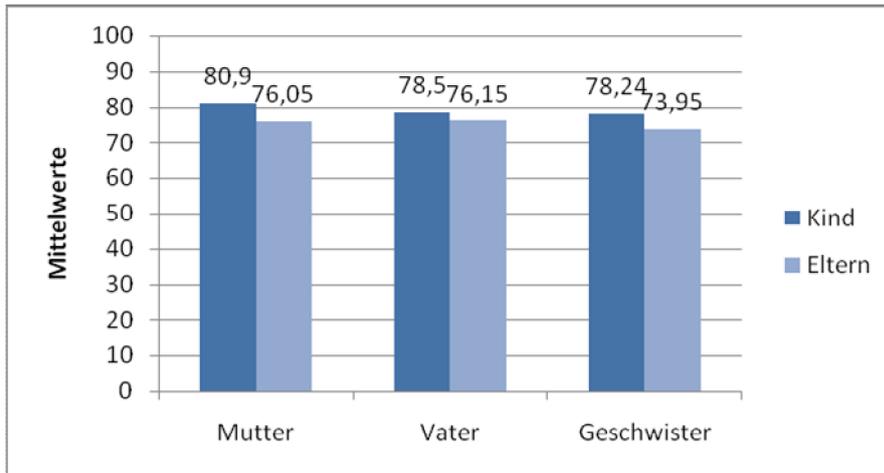


Abbildung 2: Lebensqualitätsscore LQ_{100%} bei der ersten Messung . Vergleich Kind-Eltern

Im Rahmen der Signifikanzprüfung ergab sich bei keinem der drei Lebensqualitätsscores (Mutter, Vater, Geschwister) ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der kindlichen Lebensqualität zwischen der Selbstbeurteilung der Kinder und der Fremdeinschätzung der Eltern.

Für die Lebensqualitätsmessung nach sechs Monaten der laufenden Betreuung wurde auf dieselbe Weise vorgegangen.

Tabelle 5: Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung des **zweiten** Messzeitpunktes . LQ₀₋₂₈

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Kind Æ Mutter	21	18	28	23,71	3,149
Kind Æ Vater	20	18	28	23,15	3,558
Kind Æ Geschwister	21	17	28	23,10	3,463
Eltern Æ Mutter	21	12	28	22,67	4,151
Eltern Æ Vater	20	16	28	22,15	3,498
Eltern - Geschwister	21	13	28	21,86	3,941

Wie beim Zeitpunkt der ersten Messung werden diese Mittelwerte nun dem Wilcoxon-Test unterzogen und anhand der beiden Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} und $LQ_{100\%}$ dargestellt.

Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim zweiten Messzeitpunkt . LQ_{0-28}

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
Kinder	23,71	23,15	23,10
Eltern	22,67	22,15	21,86
Z-Wert	-0,728	-1,192	-0,974
Signifikanz	0,467	0,233	0,330

Tabelle 7: Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim zweiten Messzeitpunkt . $LQ_{100\%}$

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
Kinder	84,67	82,70	82,57
Eltern	81,00	79,05	78,05
Z-Wert	-0,687	-1,242	-1,066
Signifikanz	0,492	0,214	0,286

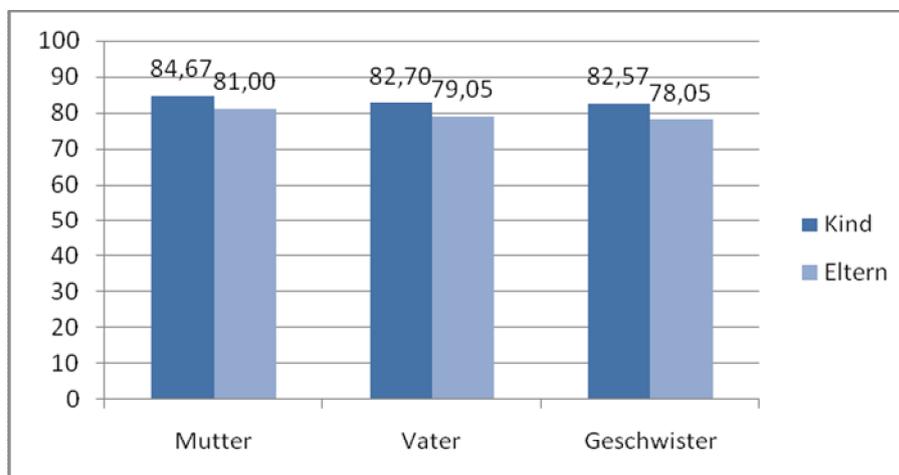


Abbildung 3: Lebensqualitätsscore $LQ_{100\%}$ bei der zweiten Messung . Vergleich Kind-Eltern

Auch bei der Wiederholungsmessung der Lebensqualität ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen der kindlichen und der elterlichen Einschätzung.

6.2.2. Vergleich der beiden Messzeitpunkte

Zur Überprüfung der ersten Hypothese werden nun die Ergebnisse der beiden Messungen hinsichtlich einer Veränderung verglichen. Dazu wird wiederum der Wilcoxon-Test zur Signifikanzprüfung verwendet. Zunächst werden die beiden Testungen aus Sicht der Kinder verglichen, anschließend aus Sicht der Eltern.

Zur Darstellung werden wieder jeweils die beiden Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} und $LQ_{100\%}$ verwendet.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen den Vergleich der zwei Testungen im Hinblick auf die subjektive Lebensqualität der Kinder:

Tabelle 8: Vergleich der Messzeitpunkte . Kinder . LQ_{0-28}

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
1. Testung	22,67	22,00	21,90
2. Testung	23,71	23,15	23,10
Z-Wert	-0,920	-1,050	-1,230
Signifikanz	0,358	0,294	0,219

Tabelle 9: Vergleich der Messzeitpunkte . Kinder . $LQ_{100\%}$

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
1. Testung	80,90	78,50	78,24
2. Testung	84,67	82,70	82,57
Z-Wert	-0,898	-1,148	-1,269
Signifikanz	0,369	0,251	0,204

Weiters wird die Fremdeinschätzung der kindlichen Lebensqualität durch die Eltern dargestellt.

Tabelle 10: Vergleich der Messzeitpunkte . Eltern . LQ₀₋₂₈

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
1. Testung	21,29	21,30	20,71
2. Testung	22,67	22,15	21,86
Z-Wert	-0,932	-0,504	-0,743
Signifikanz	0,351	0,615	0,457

Tabelle 11: Vergleich der Messzeitpunkte . Eltern . LQ_{100%}

	Mittelwerte		
	Mutter	Vater	Geschwister
1. Testung	76,05	76,15	73,95
2. Testung	81,00	79,05	78,05
Z-Wert	-0,988	-0,415	-0,720
Signifikanz	0,323	0,678	0,472

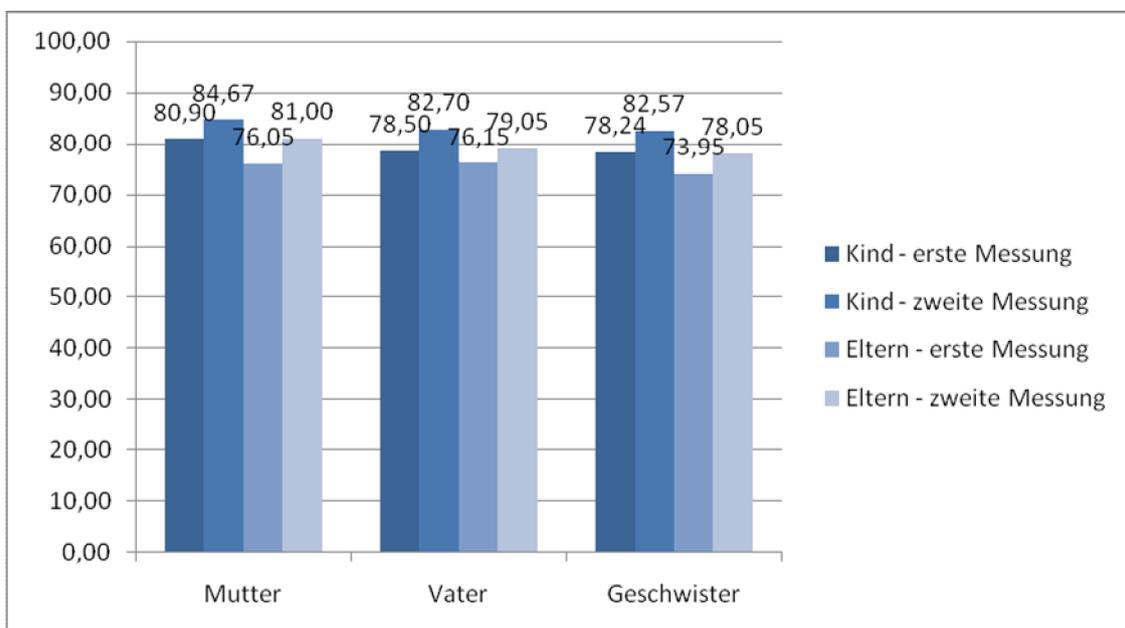


Abbildung 4: Ergebnisse der beiden Lebensqualitätsmessungen Kind und Eltern . LQ_{100%}

Bei der Durchführung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) ergab sich kein signifikanter Unterschied in der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität der Probanden zwischen den beiden Messzeitpunkten innerhalb eines halben Jahres . weder bei der Erfassung der Kinder selbst noch bei der Einschätzung der Eltern.

6.2.3. Vergleich der Ergebnisse mit einer Normstichprobe

Mattejat und Remschmidt (2006) führen drei Vergleichsstichproben an: eine Schulstichprobe, eine repräsentative Telefonstichprobe für Elternangaben und eine klinische Stichprobe.

Da es sich bei den Probanden für die vorliegende Untersuchung nicht um klinisch kranke Kinder handelt, werden die Ergebnisse mit denen der Schulstichprobe verglichen. Dazu wird der Lebensqualitätsscore LQ_{0-28} verwendet. Da die Normwerte auf die beiden Geschlechter aufgeteilt sind und es somit leicht unterschiedliche Durchschnittsbereiche für Mädchen und Jungen gibt, werden zunächst die für die vorliegende Untersuchung verwendete Stichprobe und deren Ergebnisse in Bezug auf den Lebensqualitätsscore LQ_{0-28} geschlechtsspezifisch dargestellt:

Tabelle 12: Unterscheidung weiblich-männlich . LQ_{0-28}

	weiblich			männlich		
	Mutter	Vater	Geschwister	Mutter	Vater	Geschwister
Kind						
1. Testung	23,29	22,50	22,43	21,43	20,83	20,86
2. Testung	23,57	22,93	23,14	24,00	23,67	23,00
Eltern						
1. Testung	21,14	20,86	20,36	21,57	22,33	21,43
2. Testung	23,86	22,57	23,14	20,29	21,17	19,29

Bei der Schulstichprobe von Mattejat und Remschmidt (2006) ergaben sich folgende Durchschnittsbereiche:

Tabelle 13: Schulstichprobe ILK . Durchschnittsbereiche für LQ₀₋₂₈

	weiblich			männlich		
	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
Kinder	0-16	17-24	25-28	0-17	18-23	24-28
Eltern	0-17	18-24	25-28	0-17	18-24	25-28

Dieser Vergleich zeigt, dass die Ergebnisse, die bei ambulant betreuten Kindern erhoben wurden, bei beiden Testdurchführungen im Durchschnittsbereich der Schülerstichprobe liegen. Die einzige Ausnahme ist der Lebensqualitätswert der männlichen Probanden im Hinblick auf die Mutter bei der Wiederholungstestung, der mit LQ₀₋₂₈ = 24 leicht über dem Durchschnitt liegt.

6.3. Ergebnisse in Bezug auf das subjektive Familienbild

Beim subjektiven Familienbild (SFB) wird für jedes Familienmitglied die Familiensumme berechnet . jeweils in Hinblick auf Valenz (emotionale Verbundenheit) und Potenz (erlebte Autonomie). Je höher die Valenzwerte bzw. Potenzwerte liegen, umso positiver bzw. unproblematischer werden die beschriebenen Familienbeziehungen erlebt, wobei die Werte in einem Bereich von -54 bis 54 liegen können.

Weiters werden die von den Familienmitgliedern erlebten Entwicklungsbedingungen und die erlebte Kohäsion berechnet und dargestellt. Der maximale, günstigste Wert liegt bei diesen Scores bei 108, der minimale, ungünstigste Wert bei -108.

Anschließend werden die erhaltenen Werte mittels des Wilcoxon-Tests einer Signifikanzprüfung unterzogen, um Unterschiede in den Ergebnissen der beiden Messzeitpunkte festzustellen.

Da im Mittelpunkt dieser Untersuchung die Kinder und Jugendlichen stehen, wird zusätzlich zu den Berechnungen der Familiensummen aller Familienmitglieder noch speziell auf die gerichteten Beziehungen der Kinder eingegangen und eine etwaige Veränderung überprüft.

6.3.1. Darstellung der Ergebnisse der beiden Messzeitpunkte

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse des Subjektiven Familienbilds (SFB) werden zunächst die einzelnen Familiensummenwerte und die Entwicklungsbedingungs- und Kohäsionswerte der beiden Messungen dargestellt. Die Familiensummen werden mit einer in der Handanweisung des SFB von den Autoren Mattejat und Scholz (1994) mitgelieferten Faustregel für die normbezogene Interpretation (S.23) verglichen.

Zunächst werden die jeweiligen Familiensummen bei beiden Messzeitpunkten angeführt:

Tabelle 14: Familiensummenwerte beim **ersten** Messzeitpunkt

	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
Kind	29,29	32,24
Mutter	31,52	39,14
Vater	33,29	34,57

Tabelle 15: Familiensummenwerte beim **zweiten** Messzeitpunkt

	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
Kind	27,24	29,10
Mutter	29,05	35,33
Vater	36,43	37,71

Die Probanden schildern demnach die Potenz der Familienbeziehung, also die erlebte Autonomie, positiver als die emotionale Verbundenheit (Valenz), wobei vor allem bei den Müttern die größten Unterschiede im Erleben von Autonomie und Verbundenheit zu beobachten sind.

Für die Interpretation der Familiensummen bezüglich des subjektiven Valenz- und Potenzbildes geben Mattejat und Scholz (1994) folgende normbezogenen Werte an:

Tabelle 16: Normbezogene Werte für die Interpretation der Familiensummen des subjektiven Valenz- und Potenzbildes

Beurteilung	Familiensummen	
	Valenz	Potenz
deutlich überdurchschnittlich	49 - 54	50 - 54
überdurchschnittlich	40 - 48	42 - 49
durchschnittlich	25 - 39	25 - 41
unterdurchschnittlich	10 - 24	15 - 24
deutlich unterdurchschnittlich	-54 - 9	-54 - 14

Werden die erhaltenen Familiensummen mit diesen normbezogenen Werten verglichen, ergibt sich bei allen Familienmitgliedern zu beiden Messzeitpunkten eine durchschnittliche Wahrnehmung der Familienbeziehung.

Im Hinblick auf erlebte Entwicklungsbedingungen und Kohäsion zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 17: Entwicklungsbedingungen und Kohäsion beim **ersten** Messzeitpunkt

	Mittelwerte	
	Entwicklungsbedingungen	Kohäsion
Kind	61,52	-3,33
Mutter	70,67	-5,57
Vater	67,86	-1,29

Tabelle 18: Entwicklungsbedingungen und Kohäsion beim **zweiten** Messzeitpunkt

	Mittelwerte	
	Entwicklungsbedingungen	Kohäsion
Kind	56,33	-6,14
Mutter	64,38	-10,76
Vater	74,14	-3,86

Die Entwicklungsbedingungen werden von den Familienmitgliedern eher positiv beschrieben, die Familienbeziehung wird von den Probanden also als günstig geschildert.

Da aber, wie oben dargestellt, in der Familie die Autonomie stärker als die emotionale Verbundenheit erlebt wird, werden bei der Kohäsion, also der wechselseitigen Verbundenheit, relativ niedrige Werte erzielt. Die familiäre Kohäsion wird also nicht sehr intensiv erlebt.

6.3.2. Vergleich der beiden Messzeitpunkte

Die oben dargestellten Ergebnisse der erlebten Familienbeziehung werden nun in Hinblick auf eine mögliche Verbesserung der Werte des ersten Messzeitpunktes beim zweiten Zeitpunkt nach sechs Monaten verglichen, um die zweite aufgestellte Hypothese zu überprüfen.

Dabei ist die Vorgehensweise mit der beim ILK verwendeten ident. Zunächst wird die deskriptive Statistik dargestellt, anschließend werden die erhaltenen Werte jeweils für alle drei Mitglieder der familialen Triade mittels des Wilcoxon-Tests verglichen.

Bei der ersten Durchführung des SFB ergaben sich folgende Werte der deskriptiven Statistik:

Tabelle 19: Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Familienbeziehungswerte beim **ersten** Messzeitpunkt

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
	Familiensumme Valenz				
Kind	21	-7	54	29,29	23,255
Mutter	21	7	49	31,52	14,002
Vater	7	19	46	33,29	10,563
	Familiensumme Potenz				
Kind	21	7	54	32,24	15,725
Mutter	21	8	54	39,14	14,382
Vater	7	12	44	34,57	11,603
	Entwicklungsbedingungen				
Kind	21	0	108	61,52	37,020
Mutter	21	17	100	70,67	25,670
Vater	7	35	89	67,86	19,625
	Kohäsion				
Kind	21	-36	28	-3,33	14,256
Mutter	21	-37	13	-5,57	13,216
Vater	7	-15	11	-1,29	10,356

Nach sechs Monaten der laufenden Betreuung durch den Ambulanten Familiendienst wurde den Familien wiederum der SFB zur Bearbeitung vorgelegt. Die erhaltenen minimalen und maximalen Werte sowie Mittelwert und Standardabweichung dieser Testdurchführung sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Familienbeziehungswerte beim **zweiten** Messzeitpunkt

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
	Familiensumme Valenz				
Kind	21	4	54	27,24	15,757
Mutter	21	-9	48	29,05	18,335
Vater	7	23	45	36,43	7,345
	Familiensumme Potenz				
Kind	21	-1	51	29,10	13,438
Mutter	21	4	51	35,33	15,432
Vater	7	20	44	37,71	8,712
	Entwicklungsbedingungen				
Kind	21	15	105	56,33	25,255
Mutter	21	-5	99	64,38	30,795
Vater	7	43	86	74,14	14,893
	Kohäsion				
Kind	21	-33	19	-6,14	13,562
Mutter	21	-41	4	-10,76	10,968
Vater	7	-12	3	-3,86	4,741

Die beiden durchgeführten Testungen werden nun anhand ihrer Ergebnisse zu Valenz und Potenz und Entwicklungsbedingungen und Kohäsion miteinander verglichen.

Tabelle 21: Vergleich der Ergebnisse SFB . Kind

n=21	Mittelwerte			
	Familiensumme Valenz	Familiensumme Potenz	Entwicklungsbedingungen	Kohäsion
1. Testung	29,29	32,24	61,52	-3,33
2. Testung	27,24	29,10	56,33	-6,14
Z-Wert	-0,261	-0,992	-0,865	-1,113
Signifikanz	0,794	0,321	0,387	0,266

Tabelle 22: Vergleich der Ergebnisse SFB . Mutter

n=21	Mittelwerte			
	Familiensumme Valenz	Familiensumme Potenz	Entwicklungs- bedingungen	Kohäsion
1. Testung	31,52	39,14	70,67	-5,57
2. Testung	29,05	35,33	64,38	-10,76
Z-Wert	-1,269	-1,428	-1,600	-2,368
Signifikanz	0,204	0,153	0,110	0,018

Tabelle 23: Vergleich der Ergebnisse SFB . Vater

n=7	Mittelwerte			
	Familiensumme Valenz	Familiensumme Potenz	Entwicklungs- bedingungen	Kohäsion
1. Testung	33,29	34,57	67,86	-1,29
2. Testung	36,43	37,71	74,14	-3,86
Z-Wert	-0,948	-0,845	-0,938	-0,762
Signifikanz	0,343	0,398	0,348	0,446

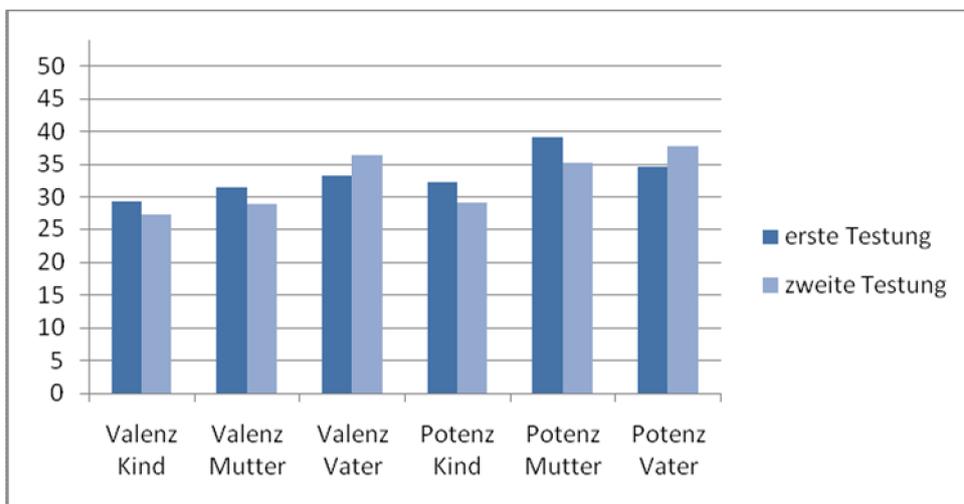


Abbildung 5: Familiensummen Valenz und Potenz der beiden Messzeitpunkte

Bei der Durchführung des Subjektiven Familienbilds ergab sich nur bei der mütterlichen Wahrnehmung der familialen Kohäsion (**p=0,018**) ein signifikantes Ergebnis und somit eine Veränderung.

Beim Vergleich der Mittelwerte stellt sich jedoch heraus, dass sich die Kohäsion in der Einschätzung der Mutter verschlechtert hat. Somit kann die Hypothese nicht bestätigt werden.

6.3.3. Gerichtete Beziehungen der Kinder und Jugendlichen

Um genauer auf die subjektive Wahrnehmung der Familienbeziehung der Kinder und Jugendlichen selbst einzugehen, werden nun noch die gerichteten Beziehungen der Kinder und Jugendlichen betrachtet.

Beim SFB beurteilt der Proband jede gerichtete wechselseitige Beziehung in der Valenz- und der Potenzdimension, wobei jeder Dimension bestimmte Adjektivpaare zugeordnet sind (siehe Punkt 5.2.)

Pro Untersuchungsperson ergeben sich dann zwölf Werte, die sich in folgende Perspektiven unterteilen lassen:

1. Das Kind (K) beurteilt alle gerichteten Beziehungen, die von ihm ausgehen, also sein Verhalten gegenüber seiner Mutter (M) und gegenüber seinem Vater (V).
2. Das Kind beurteilt weiters die gerichteten Beziehungen, die es erhält, d.h. das Verhalten seiner Mutter und seines Vaters ihm selbst gegenüber.
3. Das untersuchte Kind beurteilt außerdem aus der Fremdperspektive die einzelnen gerichteten Beziehungen zwischen den Eltern, d.h. das Verhalten der Mutter gegenüber dem Vater und umgekehrt.

In der folgenden Tabelle werden die unterschiedlichen Perspektiven veranschaulicht:

Tabelle 24: Darstellung der unterschiedlichen Perspektiven der gerichteten Beziehungen des SFB

Perspektive	Valenz	Potenz
1	K-M	K-M
1	K-V	K-V
2	M-K	M-K
2	V-K	V-K
3	M-V	M-V
3	V-M	V-M

Zur groben Orientierung geben Mattejat und Scholz (1994) folgende normbezogene Interpretation des subjektiven Valenz- und Potenzbildes an:

Tabelle 25: Normbezogene Werte für die Interpretation der gerichteten Beziehungen des subjektiven Valenz- und Potenzbildes . SFB

Beurteilung	Gerichtete Beziehungswerte	
	Valenz	Potenz
Deutlich überdurchschnittlich	9	9
Überdurchschnittlich	7 - 8	7 - 8
Durchschnittlich	3 - 6	4 - 6
Unterdurchschnittlich	0 - 2	1 - 3
Deutlich unterdurchschnittlich	-9 - -1	-9 - 0

Nun werden die einzelnen gerichteten Beziehungen beider Gruppen im Valenz- und Potenzbild dargestellt. An dieser Stelle wird noch einmal darauf hingewiesen, dass jede gerichtete Beziehung nur aus der Sicht der Kinder dargestellt wird.

6.3.3.1. Gerichtete Beziehung vom Kind zur Mutter

Tabelle 26: Gerichtete Beziehung vom Kind zur Mutter im Vergleich der Messzeitpunkte

n=21	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	5,57	5,62
2. Testung	5,48	6,67
Z-Wert	-0,594	-1,828
Signifikanz	0,552	0,068

6.3.3.2. Gerichtete Beziehung von der Mutter zum Kind

Tabelle 27: Gerichtete Beziehung der Mutter zum Kind im Vergleich der Messzeitpunkte

n=21	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	6,43	6,48
2. Testung	5,81	6,29
Z-Wert	-1,465	-0,820
Signifikanz	0,143	0,412

Bei den gerichteten Beziehungen zwischen Mutter und Kind gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten bei der Einschätzung der Valenz- und Potenzdimension durch das Kind.

Die Kinder nehmen die Mutter jedoch eher als autonom wahr, zu Lasten von Warmherzigkeit, Verständnis und Interesse der Mutter. Ähnlich höhere Potenzwerte werden auch in der Beziehung der Mutter zum Kind beschrieben (vgl. Abbildung 6).

Die Werte der Kind-Mutter-Beziehung und Mutter-Kind-Beziehung liegen aber alle im Durchschnitt, wie in Tabelle 25 angeführt.

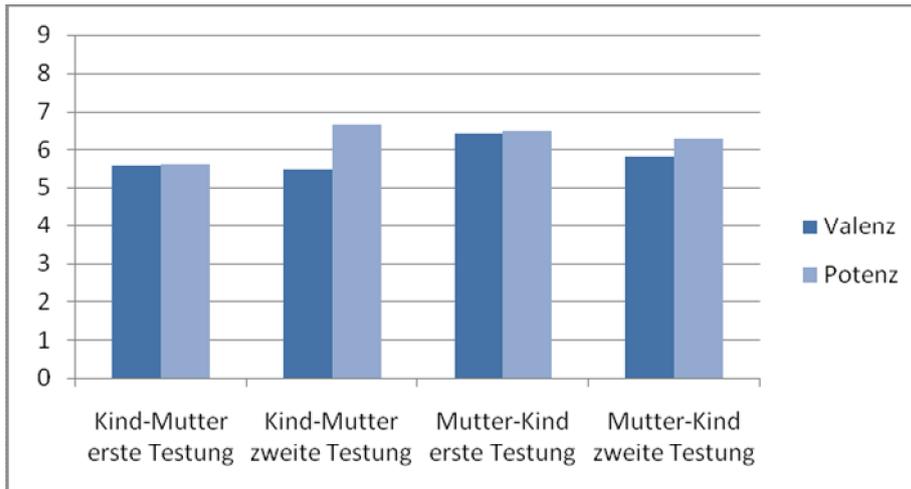


Abbildung 6: Gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Mutter und Kind

6.3.3.3. Gerichtete Beziehung vom Kind zum Vater

Tabelle 28: Gerichtete Beziehung vom Kind zum Vater im Vergleich der Messzeitpunkte

n=7	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	5,71	6,86
2. Testung	5,29	7,00
Z-Wert	-0,271	-0,272
Signifikanz	0,786	0,785

6.3.3.4. Gerichtete Beziehung vom Vater zum Kind

Tabelle 29: Gerichtete Beziehung vom Vater zum Kind im Vergleich der Messzeitpunkte

n=7	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	6,43	5,86
2. Testung	5,14	6,86
Z-Wert	-0,841	-0,106
Signifikanz	0,400	0,916

Auch bei den beiden Beziehungsrichtungen zwischen Kind und Vater entstanden bei den beiden Messungen keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung des Kindes. Die Valenzwerte liegen im Durchschnittsbereich. Das sPotenz-Verhalten% zwischen Kind und Vater wird mit der Ausnahme des Potenzwerts der Kind-Vater-Beziehung bei der zweiten Testung, die mit einem Mittelwert von 7 über dem Durchschnitt liegt, ebenfalls als durchschnittlich eingeschätzt.

Wiederum ist also das Erleben der individuellen Autonomie der emotionalen Verbundenheit überlegen.

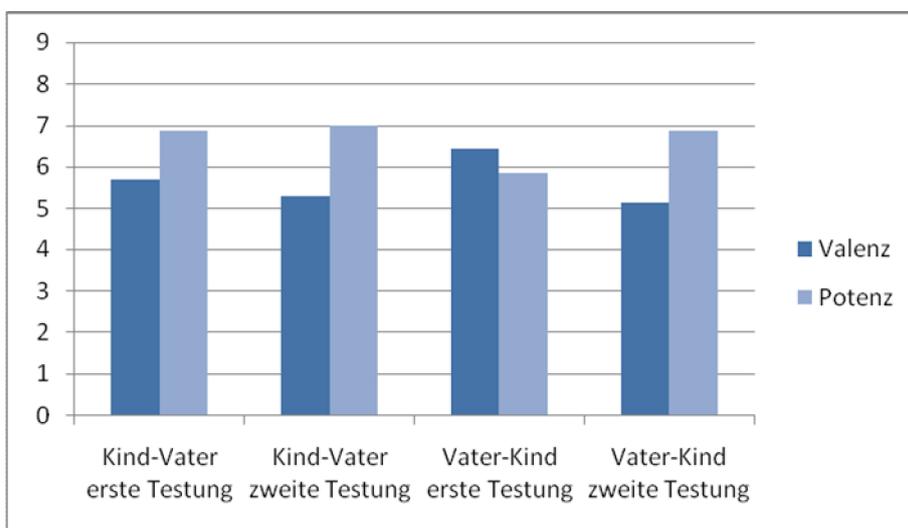


Abbildung 7: Gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Vater und Kind

6.3.3.5. Gerichtete Beziehung von der Mutter zum Vater

Tabelle 30: Gerichtete Beziehung von der Mutter zum Vater im Vergleich der Messzeitpunkte

n=7	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	6,57	7,29
2. Testung	5,00	7,00
Z-Wert	-0,853	-0,412
Signifikanz	0,394	0,680

6.3.3.6. Gerichtete Beziehung vom Vater zur Mutter

Tabelle 31: Gerichtete Beziehung vom Vater zur Mutter im Vergleich der Messzeitpunkte

n=7	Mittelwerte	
	Valenz	Potenz
1. Testung	7,00	7,14
2. Testung	4,86	7,00
Z-Wert	-1,802	0,000
Signifikanz	0,072	1,000

Bei der Einschätzung der Beziehung zwischen den beiden Elternteilen durch das Kind unterscheiden sich die Ergebnisse der beiden Testungen wiederum nicht signifikant. Die individuelle Autonomie, die sich aufgrund der Potenzwerte feststellen lässt, ist bei beiden Testdurchführungen und beiden gerichteten Beziehungen wieder jeweils höher als die emotionale Verbundenheit, vor allem beim zweiten Durchlauf der Testung. Die Potenzwerte dieser gerichteten Beziehungen von der Mutter zum Vater und vom Vater zur Mutter liegen alle im überdurchschnittlichen Bereich, während bei den Valenzwerten nur die gerichtete Beziehung vom Vater zur Mutter bei der ersten Testung über dem Durchschnitt liegt.

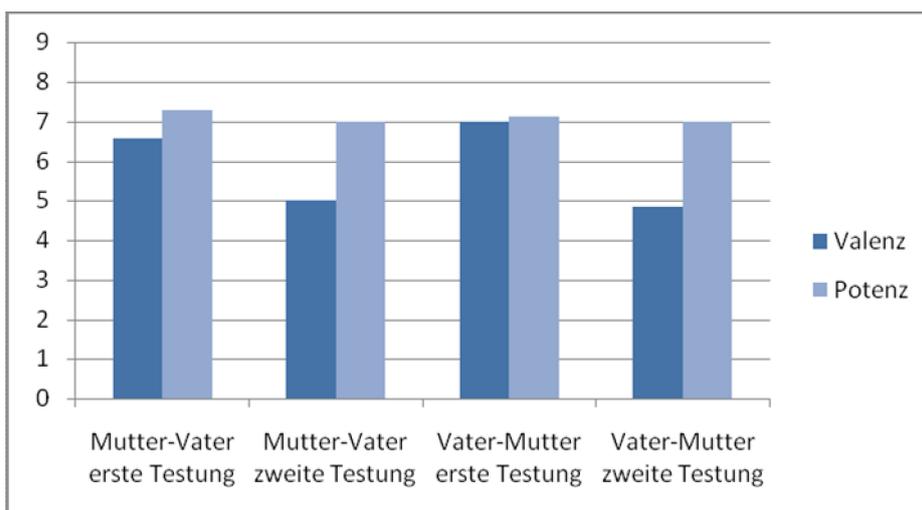


Abbildung 8: Gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Mutter und Vater

7. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Im letzten Abschnitt meiner Diplomarbeit möchte ich die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal zusammenfassen und sie anschließend diskutieren und interpretieren.

7.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Entsprechend der Fragestellung wurde mit den 21 Kindern aus neun Familien und deren Eltern jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme der Betreuung durch den Ambulanten Familiendienst und nach sechs Monaten der laufenden Betreuung eine Befragung zu deren Lebensqualität und subjektiver Familienbeziehung durchgeführt. Die Probanden waren zu zwei Dritteln weiblich, ein Drittel der Kinder waren Jungen. Die Kinder waren im Durchschnitt ca. zwölf Jahre alt.

Die erhaltenen Ergebnisse wurden hinsichtlich einer möglichen Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten verglichen. Dieser Vergleich ergab folgende Ergebnisse:

7.1.1. Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen¹

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen¹ von Mattejat und Renschmidt (2006) ermöglicht eine Erhebung der kindlichen Lebensqualität aus zwei Perspektiven: der Perspektive der Kinder und Jugendlichen selbst sowie der Perspektive der Eltern. Aus den Einschätzungen der sieben erfassten Lebensbereiche wird als Gesamtergebnis ein Lebensqualitätsscore ermittelt.

Betrachtet man die Lebensqualitätsscores der untersuchten Kinder, zeigt sich, dass sie ihr subjektives Wohlbefinden bereits beim ersten Zeitpunkt der Untersuchung, also zu Beginn der Betreuung, relativ hoch einschätzen. Die Perspektive der Eltern, die die Lebensqualität ihrer Kinder einschätzten, unterscheidet sich nicht signifikant von der Perspektive der Kinder und Jugendlichen, wobei . wenn die jeweiligen Mittelwerte betrachtet werden . die Eltern die kindliche Lebensqualität ein wenig niedriger einschätzen. Die Werte beider Einschätzungen . die der Kinder selbst und die Fremdbeurteilung der Eltern . liegen jedoch im Durchschnittsbereich.

Bei der Wiederholungstestung nach einem halben Jahr zeigt sich das gleiche Bild: Die Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und die Einschätzungen der Eltern unterscheiden sich nicht signifikant, beim Vergleich der Mittelwerte lässt sich wiederum eine leicht negativere Einschätzung der kindlichen Lebensqualität durch die Eltern feststellen und die jeweiligen Werte liegen im Durchschnitt. Einzige Ausnahme dabei ist die Einschätzung der Lebensqualität in Hinblick auf die Beziehung zur Mutter durch die Jungen, die mit einem Wert von $LQ_{0-28} = 24$ leicht über dem Durchschnitt der Schulstichprobe liegen.

Hinsichtlich der minimalen und maximalen Lebensqualitätswerte der beiden Messzeitpunkte zeigt sich, dass die maximale Lebensqualität ($LQ_{0-28} = 28$) bei der ersten Durchführung des Fragebogens nur in der Einschätzung der Eltern erreicht wurde, beim zweiten Zeitpunkt jedoch auch von den Kindern und Jugendlichen selbst. Auch die minimalsten Lebensqualitätswerte der ersten Messung verbessern sich bei der zweiten Messung, vor allem bei den Kindern.

Dadurch erhöht sich auch der Mittelwert des Lebensqualitätsscores bei der zweiten Testdurchführung, dieser unterscheidet sich jedoch nicht signifikant vom Mittelwert der ersten Durchführung . weder in der Selbsteinschätzung der Kinder noch in der Fremdbeurteilung durch die Eltern.

7.1.2. Ergebnisse in Bezug auf das ‐Subjektive Familienbild‐

Das ‐Subjektive Familienbild‐ von Matzejat und Scholz (1994) dient der Erfassung der subjektiven Familienwahrnehmung, wobei die untersuchte Person ihr subjektives Beziehungserleben in der Familie beschreibt. Als grundlegende Aspekte des ‐Subjektiven Familienbildes‐ werden die emotionale Verbundenheit (Valenzdimension) und die individuelle Autonomie (Potenzdimension) in der Familie unterschieden, außerdem werden die wahrgenommenen Entwicklungsbedingungen und die erlebte Kohäsion ermittelt.

Die Berechnung der Familiensummen durch Addition aller gerichteten Beziehungszuschreibungen erbrachte weder im Valenz- noch im Potenzbild ein signifikantes Ergebnis. Alle erzielten Werte lagen im von den Autoren vorgegebenen Normbereich, zwischen den erlebten Familienbeziehungen zu Beginn der Betreuung und dem Erleben der Beziehungen nach sechs Monaten besteht kein wesentlicher Unterschied.

Bei allen Familienmitgliedern lässt sich jedoch erkennen, dass sie die Beziehungen innerhalb der Familie als mehr autonom empfinden, die emotionale Verbundenheit erreicht niedrigere Werte.

Betrachtet man die gerichteten Beziehungen unter den Familienmitgliedern aus Sicht der Kinder und Jugendlichen, wird ebenfalls kein signifikantes Ergebnis bei der Hypothesenprüfung erzielt. Auch hier zeichnet sich eine höher erlebte individuelle Autonomie ab . bei allen sechs gerichteten Beziehungen (Kind-Mutter, Mutter-Kind, Kind-Vater, Vater-Kind, Mutter-Vater und Vater-Mutter). Die Familienmitglieder werden in ihren Beziehungen also als selbstständig und entschlossen wahrgenommen, wobei jedoch Warmherzigkeit, Verständnis und Interesse ebenfalls eine Rolle spielen, da auch die Valenzdimension relativ hohe Werte erreicht.

Die Valenzdimension liegt jedoch bei allen gerichteten Beziehungen im Durchschnitt, während die Potenzwerte vor allem bei den gerichteten Beziehungen zwischen den Eltern im überdurchschnittlichen Bereich liegen.

Auch die Entwicklungsbedingungen zwischen den Wahrnehmungen der beiden Messzeitpunkte unterscheiden sich nicht signifikant, wobei hier entsprechend hohe Werte erzielt werden, so dass die erlebte Familienbeziehung als positiv beschrieben werden kann.

Die Kohäsion, also der erlebte Zusammenhalt in der Familie, wird von den Müttern beim zweiten Messzeitpunkt signifikant schlechter eingeschätzt als zu Beginn der Betreuung. Insgesamt nehmen alle Familienmitglieder bei beiden Testungen die Kohäsion als eher niedrig wahr.

7.2. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Probanden der vorliegenden Studie wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme der Betreuung durch den Ambulanten Familiendienst gebeten, ihre Lebensqualität und ihre Wahrnehmung der Familienbeziehung mittels Fragebögen einzuschätzen. Dabei ergaben sich bereits bei dieser ersten Durchführung der Untersuchung entgegen der Erwartung relativ hohe Werte, die alle im von den Entwicklern der Tests angegebenen Durchschnittsbereich liegen . sowohl bei der Lebensqualität der Kinder als auch bei der wahrgenommenen Familienbeziehung der Familienmitglieder.

Mögliche Erklärungen dafür können in der sozialen Erwünschtheit liegen, die vor allem bei den Eltern eine große Rolle gespielt haben könnte. Der Umstand einer Betreuung, die von der Jugendwohlfahrt zugewiesen wurde, ist neu und unbekannt für die Familien, die Erfahrungen mit der Jugendwohlfahrt sind meist negativ und das Vertrauen in die Mitarbeiter des Ambulanten Familiendienstes fehlt in den meisten Fällen. Meine Untersuchung war eng mit der Aufnahme der Betreuung verknüpft und die Familien nahmen mich als der Betreuung zugehörig wahr. Sie befürchteten, dass die Ergebnisse der Untersuchung Auswirkungen auf die Betreuung haben könnten. Dies könnte dazu geführt haben, dass sie darauf geachtet haben, sich und ihre Familie in einem sozial erwünschten Licht darzustellen.

Auch bei den Kindern selbst ist die Einschätzung ihrer Lebensqualität und Familienbeziehung recht hoch. Vor allem die gerichteten Beziehungen zwischen den Eltern werden idealisiert dargestellt, die Werte liegen zum Teil im überdurchschnittlichen Bereich. Diese . möglicherweise überraschenden . Ergebnisse erklärt Lang (1985) damit, dass Kinder in der Herkunftsfamilie ein hohes Maß an Geborgenheit und Angenommenheit erfahren und Alternativen für sie praktisch nicht zu realisieren sind (S. 97). Da die Familie für die Kinder die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und emotionalem Halt erfüllt, wird sie auch bei möglichen vorhandenen Konflikten positiv beurteilt. (vgl. Punkt 2.5.3.1.)

Weiters ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahme an der Untersuchung für die Familien freiwillig war . sie wurden von den Mitarbeitern des Ambulanten Familiendienstes gefragt, ob sie mit einer Teilnahme einverstanden sind und es war ihnen möglich, die Befragung abzulehnen. Dies hatte möglicherweise zur Folge, dass Familien, die ihre Situation negativ einschätzen, nicht an der Untersuchung teilnahmen und somit nicht in die Statistik miteinbezogen werden konnten.

Vor der Aufnahme der Betreuung wurden die Familien von der Jugendwohlfahrt ausführlich abgeklärt. Die Betreuung selbst ist eine Maßnahme, die die Jugendwohlfahrt bestimmt, den Familien kommt hier keine Entscheidungsgewalt zu.

Die Familien haben vor der Vermittlung der ambulanten Betreuung eine lange Zeit hinter sich, in der sie übergegangen und nicht gefragt wurden, was mit ihnen geschehen soll; es wurde über ihre Köpfe hinweg entschieden. Dies kann zu Passivität und Widerstand führen, was vor allem zu Beginn der Betreuung die Kooperation der Familie vermindert und die Familienmitglieder somit auch an einer freiwilligen Befragung nicht interessiert sind.

Familien, deren Umstände und Bedingungen das Kindeswohl gefährden, nahmen nicht an der Untersuchung teil, weil sie befürchteten, die ohnehin schon nicht gewünschte Betreuung negativ zu beeinflussen. Gerade zu Beginn erfahren die Betreuer oft Ablehnung und Misstrauen, Ziel ihrer Arbeit ist es deshalb, diese Haltung zu verändern.

Wie bereits in Punkt 1.3. erwähnt, liegt die Aufgabe der Betreuung darin, das Misstrauen durch aktive Einbeziehung der Eltern zu vermindern.

Diese Umstände erklären die bereits bei der ersten Durchführung der Untersuchung relativ hoch eingeschätzten Werte der Lebensqualität und der Familienbeziehung, da an der Studie nur diejenigen Familien teilnahmen, die ihre Situation als nicht belastend oder negativ wahrnehmen.

Die Tatsache, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten mit der Ausnahme der mütterlichen Einschätzung der familialen Kohäsion keine signifikanten Unterschiede zu beobachten sind, könnte ihre Ursache im relativen kurzen Abstand zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten haben.

Vor allem die Lebensqualität ist ein Merkmal, das sich innerhalb von kürzeren Zeiträumen nicht gravierend verändert, über längere Zeiträume hinweg aber sehr stark variieren kann (vgl. Punkt 5.2.1.1.). Es ist also möglich, dass zusätzlich zum Aspekt, dass die Lebensqualität schon bei der ersten Erhebung sowohl von den Kindern und Jugendlichen selbst als auch von den Eltern relativ hoch eingeschätzt wurde, sodass eine starke Verbesserung kaum mehr zu erreichen war, auch die Zeitspanne, innerhalb der sich die Lebensqualität verändern sollte, mit sechs Monaten zu kurz gewählt war.

Bei der Familienbeziehung jedoch kann laut Mattejat und Scholz (1994) bereits nach wenigen Wochen mit Veränderungen gerechnet werden, da durch Beratung der Eltern die Beziehungen beeinflusst werden können (vgl. Punkt 5.2.2.2.). Diese mögliche Veränderung wurde bei der vorliegenden Stichprobe jedoch nur von den Müttern wahrgenommen, die Kinder und Väter schätzen die familialen Beziehungen bei beiden Messzeitpunkten relativ gleich ein. Die Mütter berichten bei der zweiten Testdurchführung von einer verminderten Kohäsion, d.h. die Synthese von emotionaler Verbundenheit und erlebter Autonomie ist nicht ausreichend gelungen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass . auch bei den Kindern und Vätern . die Autonomie höher eingeschätzt wird als die emotionale Verbundenheit. Die Familienmitglieder nehmen sich also als individuell autonom wahr. Dies wirkt sich auf den familialen Zusammenhalt aus und kann die niedrigen Werte in der Kohäsionsdimension erklären. Wie auch in Punkt 3.2. beschrieben, wird die Familienbeziehung laut Trommsdorf (2001) zwar wesentlich vom Ausmaß der

Selbstständigkeit und der Entscheidungsmöglichkeiten der Kinder geprägt, ein wichtiger Teil sind aber auch Interaktionen und gegenseitige Wahrnehmung. Diese sind mit den mittels der Valenzdimension (emotionale Verbundenheit) erfassten Merkmalen der Familienbeziehung vergleichbar und bedingen die Wahrnehmung der familialen Kohäsion. Die wahrgenommene Autonomie, also Selbstständigkeit und Entscheidungsmöglichkeiten, reichen demnach nicht aus, um eine positive Wahrnehmung der Kohäsion zu erreichen.

Dass sich der Kohäsionswert der Mütter entgegen der aufgestellten Hypothese verschlechtert hat, kann seine Ursache ebenfalls in dem zu kurz gewählten Zeitraum zwischen den Testungen haben. Gerade in der Anfangsphase der Betreuung wird in den Familien viel aufgerüttelt, oft verdrängte Tatsachen werden angesprochen und aufzuarbeiten versucht. Der zweite Messzeitpunkt könnte bei manchen Familien noch in diese Phase gefallen sein, was die Verschlechterung der Kohäsion bedingen könnte.

Die positiven Werte, die bei der Erfassung der Familienbeziehungen erreicht wurden, können mit den günstigen Werten der kindlichen Lebensqualität in Zusammenhang stehen. Wie bereits in vorigen Abschnitten erwähnt, betont auch Lang (1985) in ihren Ausführungen zum „Kindersurvey 1980“ den Einfluss des Wohlbefindens in der Familie auf die Lebensqualität der Kinder. Diejenigen Kinder, deren Lebensqualität und Wohlbefinden bei der Studie von Lang niedrigere Werte erzielten, erlebten die Familiensituation als problematisch. Diese Kinder gaben an, sich oft allein zu fühlen oder dass sie von niemandem getröstet werden, wenn sie traurig sind.

Lang (1985) beschreibt die Determinanten für das Wohlbefinden in der Familie. Demnach ist das Wohlbefinden der Kinder in der Familie davon abhängig, wie das Familienklima beschaffen ist, also ob Eltern viel mit ihren Kindern unternehmen und auf sie eingehen oder ob sie sich eher zurückziehen. Ebenfalls führt eine starre und rigide Erziehungshaltung zu einer schlechteren Beurteilung des Wohlbefindens (vgl. auch Punkt 2.5.3.1.).

Da die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Studie ihre Beziehungen zu den Eltern jedoch als günstig einschätzen, erreichen sie auch bei der Lebensqualität relativ hohe Werte.

7.3. Ausblick

Für weitere Forschungen in diesem Bereich ist es empfehlenswert, die Stichprobenanzahl zu erhöhen. Die Stichprobe der vorliegenden Studie ist mit 21 Probanden relativ klein. Da es aber schwierig war, überhaupt Familien zu einer Teilnahme zu motivieren, ließ sich eine höhere Stichprobenanzahl nicht verwirklichen. Um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, ist es jedoch sinnvoll, möglichst viele Probanden zu untersuchen.

Auch sollte bei weiteren Untersuchungen zu diesem Bereich der Zeitraum zwischen den beiden Testungen länger gewählt werden, da sich so die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung erhöht. Betreuungen durch den Ambulanten Familiendienst dauern oft sogar Jahre. Innerhalb von sechs Monaten ist also eine starke Veränderung kaum zu realisieren.

Um repräsentative Daten zur Lebensqualität und zur subjektiven Wahrnehmung der Familienbeziehung aller betreuten Kinder zu erhalten, wäre es notwendig, alle Kinder mit ihren Familien zu untersuchen, die die Betreuung beginnen. Dazu wäre eine verpflichtende Teilnahme Voraussetzung. Die Umsetzung dessen ist jedoch fraglich, da es für die Familien eine zusätzliche Belastung bedeuten würde und deren Kooperation und Motivation senken könnte.

8. Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden die Lebensqualität und die subjektive Wahrnehmung der Familienbeziehung von Kindern untersucht, die vom Ambulanten Familiendienst des Vorarlberger Kinderdorfs betreut werden. Ebenfalls wurden die Einschätzung der Mutter über die kindliche Lebensqualität und das subjektive Familienbild der Eltern der untersuchten Kinder miteinbezogen. Die Untersuchung erfolgte zu Beginn der Betreuung und ein halbes Jahr danach, um eine mögliche Veränderung der Lebensqualität und der subjektiven Wahrnehmung der Familienbeziehung zu erfassen.

Da die Lebensqualität von Kindern stark vom erlebten Wohlbefinden in der Familie abhängt, wurden diese beiden Dimensionen durch diese Studie untersucht.

Während der Beschäftigung mit der Literatur zu den Themen Lebensqualität und Familienbeziehungen wurde deutlich, dass es besonders in diesen Bereichen wichtig ist, die Kinder selbst dazu zu befragen, da die Sichtweise der Kinder oft von den Einschätzungen der Eltern abweicht. (Lang, 1985)

Untersucht wurden 21 Kinder aus neun Familien, wobei fünf dieser Familien aus alleinerziehenden Müttern mit ihren Kindern bestanden. Die Stichprobe der Eltern setzt sich demnach aus 21 Datensätzen von Müttern und sieben Datensätzen von Vätern zusammen. Die Teilnahme an der Untersuchung war für die Familien freiwillig.

Die teilnehmenden Kinder wurden kurz nach der Aufnahme der Betreuung durch den Ambulanten Familiendienst mittels des Fragebogens *Inventory zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (Mattejat und Remschmidt, 2006) zu ihrer Lebensqualität befragt, anhand des *Subjektiven Familienbilds* (Mattejat und Scholz, 1994) wurde ihre Wahrnehmung der Familienbeziehungen erhoben. Die Eltern lieferten die Fremdeinschätzung der kindlichen Lebensqualität, und zwar mittels der Eltern-Version des *Inventory zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* und des *Subjektive Familienbilds*.

Sechs Monate später wurden die gleichen Testverfahren mit denselben Probanden nochmals durchgeführt.

Es zeigte sich, dass innerhalb dieses Zeitraums keine signifikante Veränderung bei der Lebensqualität der Kinder zu erreichen war. Die Werte waren bereits bei der ersten Erhebung relativ hoch . sie lagen im Durchschnittsbereich. Die Lebensqualität der betreuten Kinder unterscheidet sich also nicht von der Lebensqualität einer Schülerstichprobe.

Auch die erlebten Familienbeziehungen blieben größtenteils konstant. Einzig die erlebte Kohäsion, also der familiäre Zusammenhalt, wurde von den Müttern beim zweiten Testzeitpunkt schlechter eingeschätzt als zu Beginn der Betreuung. Insgesamt wurden die Familienbeziehungen in Hinblick auf emotionale Verbundenheit und erlebte Autonomie von allen Familienmitgliedern gut eingeschätzt, lediglich der Zusammenhalt innerhalb der Familie erreichte niedrigere Werte und verschlechterte sich . wie bereits erwähnt . in der Einschätzung der Mütter.

Literaturverzeichnis

Baacke, D. (1995): Die 6- bis 12jährigen. Einführung in die Probleme des Kindesalters. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Baacke, D. (2003): Die 13- bis 18jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Beham, M., Gössweiner, V. & Gross, I. (1999): Zur gesellschaftlichen Bedeutung der Leistungen von Familien. In: Orthofer, M. & Marte, J.: Österreichischer Familienbericht 1999. Graz: Styrian

Bortz, J. (1999, 5. Auflage): Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer Verlag

Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (1995): Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44; S. 391-398. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Rupprecht

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (Hrsg.) (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe

Bullinger, M. (2002): Lebensqualität: Ein neues Thema in der Medizin?. In: Zentralblatt für Gynäkologie, 124; S. 153-156

Bullinger, M. (2006): Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 131; S. 5-7

Enderlein, O. (1998): Große Kinder. Die aufregenden Jahre zwischen 7 und 13. München: Kösel Verlag

Flechtner, H.; Hellmann-Mersch, B.; Kranendonk, S. et al. (2000): Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (Hrsg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe

Gloger-Tippelt, G. (2000): Familienbeziehungen und Bindungstheorie. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag

Halhuber, M.J. (Hrsg.) (1991): Lebensstil und Lebensqualität. Gesundheitliche Chancen aus ärztlicher Sicht. Innsbruck, Wien: Tyrolia Verlag

Hofer, M.; Wild, E. & Noack, P. (2. Auflage, 2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag

Höpflinger, F., Charles, M. & Debrunner, A. (1991): Familienleben und Berufsarbeit. Zum Wechselverhältnis zweier Lebensbereiche. Zürich: Seismo Verlag

Independent Commission on Population and Quality of Life (1996): Visionen für eine bessere Lebensqualität. Basel: Birkhäuser Verlag

Katschnig, H. (1998): Qualitätssicherung und Lebensqualität. In: Schmeck, K.; Poustka, F. & Katschnig, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wien: Springer Verlag

Kissling, C. (1998): Familie am Ende? Ethik und Wirklichkeit einer Lebensform. Zürich: NZN Buchverlag AG

Kohnstamm, R. (1988): Praktische Psychologie des Schulkindes. Bern: Verlag Hans Huber

Kostka, C. (2004): Lebensqualität. Bausteine und Methoden. München, Wien: Carl Hanser Verlag

Krähenbühl, V.; Jellouschek, H.; Kohaus-Jellouschek, M. & Weber, R. (6. Auflage, 2007): Stieffamilien. Struktur . Entwicklung . Therapie. Freiburg: Lambertus Verlag

Lang, S. (1985): Lebensbedingungen und Lebensqualität von Kindern. Frankfurt/Main: Campus Verlag

Lüscher, K. & Stein, A. (1985): Die Lebenssituation junger Familien . die Sichtweise der Eltern. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz

Lüscher, K.; **Schultheis, F. & Wehrspaun, M.** (Hrsg.) (1990, 2. Auflage): Die postmoderne Familie Familien Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz

Mattejat, F. (1993): Subjektive Familienstrukturen. Göttingen: Hogrefe Verlag

Mattejat, F. & Scholz, M. (1994): Das subjektive Familienbild (SFB). Leipzig-Marburger Familientest. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe Verlag

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006): ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Testmanual. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Müller-Buhl, U.; **Engeser, P.;** **Klimm, H.-D. & Wiesemann, A.** (2003): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Allgemeinmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 79; S. 24-27

Nave-Herz, R. (2000): Wandel der Familie: Eine familiensoziologische Perspektive. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag

Papastefanou, C. (2002): Die Erweiterung der Familienbeziehungen und die Geschwisterbeziehung. In: Hofer, M.; Wild, E. & Noack, P. (2. Auflage, 2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag

Petzold, M. (1999): Entwicklung und Erziehung in der Familie. Familienentwicklungspsychologie im Überblick. Hohengehren: Schneider Verlag

Pukrop, R. (2003): Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. In: Der Nervenarzt, 74; S. 48-54

Ravens-Sieberer, U. (1997): Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei jugendlichen Dialysepatienten. Frankfurt/Main: Lang

Ravens-Sieberer, U. (2000): Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kinder und Jugendlichen. Ein Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt . Gesundheitsforschung . Gesundheitsschutz. Wien: Springer Verlag

Schmidt-Denter, U. & Schmitz, H. (1999): Familiäre Beziehungen und Strukturen sechs Jahre nach der elterlichen Trennung. In: Walper, S.; Schwarz, B. (Hrsg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien. Weinheim und München: Juventa Verlag

Schneewind, K.A. (2. Auflage, 1999): Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer

Schölmerich, P. & Thews, G. (Hrsg.) (1990): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

Schütze, Y. (1989): Geschwisterbeziehungen. In: Nave-Herz, R. & Markefka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familien- und Jugendforschung. Band 1: Familienforschung. Neuwied, Frankfurt: Luchterhand Verlag

Schulz, W., Költringer, R., Norden, G. & Tüchler, H. (1985): Lebensqualität in Österreich. Schriftenreihe am Institut für Soziologie der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Schwarz, B. & Silbereisen, R.K. (1999): Akzentuiert die Scheidung der Eltern vorher bestehende Unterschiede zwischen Jugendlichen? In: Walper, S.; Schwarz, B. (Hrsg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien. Weinheim und München: Juventa Verlag

Seiffge-Krenke, I. (1996): Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen. Stuttgart: Kohlhammer

Trommsdorf, G. (2001): Eltern-Kind-Beziehungen aus kulturvergleichender Sicht. In: Walper, S.; Pekrun, R. (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag

Visher, E.B. & Visher, J.S. (1995, 2. Auflage): Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien. Probleme und Chancen. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Voll, R. (1998): Aspekte zur Lebensqualität bei chronisch kranken und behinderten Kindern. In: Schmeck, K.; Poustka, F. & Katschnig, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wien: Springer Verlag

Wallerstein, J. & Blakeslee, S. (1989): Gewinner und Verlierer. Männer, Frauen, Kinder nach der Scheidung. Eine Langzeitstudie. München: Droemer Knaur

WHOQOL Group (1995): Measuring Quality of life. Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine, 41: S. 1403. 1409

Wilk, L. & Beham, M. (1999): Ausgewählte familiäre Bildungs- und Übergangsprozesse. In: Orthofer, M. & Marte, J.: Österreichischer Familienbericht 1999. Graz: Styrian

Wilk, L. (1999): Die Gestaltung multipler Vaterschaft in Stieffamilien. In: Walper, S.; Schwarz, B. (Hrsg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien. Weinheim und München: Juventa Verlag

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Darstellung der Untersuchungsgruppe	64
Tabelle 2:	Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Lebensqualität beim ersten Messzeitpunkt . LQ ₀₋₂₈	66
Tabelle 3:	Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim ersten Messzeitpunkt . LQ ₀₋₂₈	67
Tabelle 4:	Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim ersten Messzeitpunkt . LQ _{100%}	67
Tabelle 5:	Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Lebensqualität beim zweiten Messzeitpunkt . LQ ₀₋₂₈	68
Tabelle 6:	Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim zweiten Messzeitpunkt . LQ ₀₋₂₈	69
Tabelle 7:	Vergleich der Ergebnisse zur Lebensqualität zwischen Kindern und Eltern beim zweiten Messzeitpunkt . LQ _{100%}	69
Tabelle 8:	Lebensqualität im Vergleich der Messzeitpunkte . Kinder . LQ ₀₋₂₈	70
Tabelle 9:	Lebensqualität im Vergleich der Messzeitpunkte . Kinder . LQ _{100%}	70
Tabelle 10:	Lebensqualität im Vergleich der Messzeitpunkte . Eltern . LQ ₀₋₂₈	71
Tabelle 11:	Lebensqualität im Vergleich der Messzeitpunkte . Eltern . LQ _{100%}	71
Tabelle 12:	Unterscheidung der Lebensqualität weiblich-männlich . LQ ₀₋₂₈	72
Tabelle 13:	Schulstichprobe ILK . Durchschnittsbereiche für LQ ₀₋₂₈	73
Tabelle 14:	Familiensummenwerte beim ersten Messzeitpunkt	74
Tabelle 15:	Familiensummenwerte beim zweiten Messzeitpunkt	74
Tabelle 16:	Normbezogene Werte für die Interpretation der Familiensummen des subjektiven Valenz- und Potenzbildes	75
Tabelle 17:	Entwicklungsbedingungen und Kohäsion beim ersten Messzeitpunkt	75

Tabelle 18:	Entwicklungsbedingungen und Kohäsion beim zweiten Messzeitpunkt	76
Tabelle 19:	Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Familienbeziehungswerte beim ersten Messzeitpunkt	77
Tabelle 20:	Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der Familienbeziehungswerte beim zweiten Messzeitpunkt	78
Tabelle 21:	Vergleich der Ergebnisse SFB . Kind	78
Tabelle 22:	Vergleich der Ergebnisse SFB . Mutter	79
Tabelle 23:	Vergleich der Ergebnisse SFB . Vater	79
Tabelle 24:	Darstellung der unterschiedlichen Perspektiven der gerichteten Beziehungen des SFB	81
Tabelle 25:	Normbezogene Werte für die Interpretation der gerichteten Beziehungen des subjektiven Valenz- und Potenzbildes . SFB	81
Tabelle 26:	Gerichtete Beziehung vom Kind zur Mutter im Vergleich der Messzeitpunkte	82
Tabelle 27:	Gerichtete Beziehung von der Mutter zum Kind im Vergleich der Messzeitpunkte	82
Tabelle 28:	Gerichtete Beziehung vom Kind zum Vater im Vergleich der Messzeitpunkte	83
Tabelle 29:	Gerichtete Beziehung vom Vater zum Kind im Vergleich der Messzeitpunkte	83
Tabelle 30:	Gerichtete Beziehung der Mutter zum Vater im Vergleich der Messzeitpunkte	84
Tabelle 31:	Gerichtete Beziehung vom Vater zur Mutter im Vergleich der Messzeitpunkte	85

Abbildung 1: Entwicklungs-Kohäsionsmodell der Familienbeziehungen	60
Abbildung 2: Lebensqualitätsscore LQ _{100%} bei der ersten Messung . Vergleich Kind-Eltern	68
Abbildung 3: Lebensqualitätsscore LQ _{100%} bei der zweiten Messung . Vergleich Kind-Eltern	69
Abbildung 4: Ergebnisse der beiden Lebensqualitätsmessungen Kind und Eltern . LQ _{100%}	71
Abbildung 5: Familiensummen Valenz und Potenz der beiden Messzeitpunkte	79
Abbildung 6: gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Mutter und Kind	83
Abbildung 7: gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Vater und Kind	84
Abbildung 8: gerichtete Beziehungen des SFB zwischen Mutter und Vater	85