



Foto: dpa

Pflegende Kinder und Jugendliche

„Die Familie zusammenhalten“

Was tun, wenn die Mutter chronisch krank ist und Pflege braucht? Wenn kein anderer da ist, um ihr zu helfen? Kinder und Jugendliche springen in einer solchen Situation ganz selbstverständlich als Pflegeperson ein – sehr viel häufiger, als man denkt. Die folgende Studie befasst sich mit einer besonderen Gruppe der pflegenden Angehörigen: Kindern und Jugendlichen.

Kinder und Jugendliche sind keine in Deutschland bislang kaum beachtete Gruppe pflegender Angehöriger. Mit Kindern sind jene gemeint, die noch keine 18 Jahre sind und die regelmäßig für ein oder mehrere chronisch erkrankte Familienmitglieder sorgen, ihnen helfen und sie pflegen. Sie übernehmen dabei eine Verantwortung, die – zumindest in westlichen Gesellschaften – normalerweise nicht für Kinder vorgesehen ist und die sie von Gleichaltrigen unterscheidet.

Problembeschreibung und Ziele der Studie

Britischen Studien zufolge liegt das Alter der Kinder bei Pflege-

beginn zwischen acht und zehn Jahren (Dearden & Becker 1995, 1998a, 2004). Sowohl Mädchen wie Jungen pflegen ihre Angehörigen. Mehr als die Hälfte dieser Kinder lebt in Einelternfamilien, und bei den pflegebedürftigen Elternteilen handelt es sich meist um Mütter mit körperlichen Erkrankungen (ebd.). Die Prävalenz wird für Großbritannien mit 1,5 Prozent angegeben, das heißt dass 1,5 Prozent aller Kinder unter 18 Jahren pflegende Kinder sind (Becker 2004). In Zahlen ausgedrückt sind das 175 000 Kinder. Falls diese Daten auf Deutschland übertragbar sind, würden hierzulande über 225 000 Kinder als pflegende Angehörige zu bezeichnen sein. Wir wissen aber noch

nicht einmal, wie viele überhaupt mit chronisch erkrankten Eltern zusammenleben, geschweige denn, wie viele davon pflegen.

Britische Forscher verweisen auf die Vulnerabilität (Verwundbarkeit) betroffener Familien und prognostizieren, dass sich fehlende Unterstützung der Familien auf die gesamte Entwicklung der betroffenen Kinder auswirken und ihr Leben nachhaltig beeinträchtigen kann (Aldridge & Becker 1993a, Becker, Aldridge & Dearden 1998, Dearden & Becker 2001).

Ausgehend von der Überzeugung, dass Kinder und Jugendliche auch bei uns eine nicht unerhebliche Rolle bei der Bereitstellung familialer Hilfen spie-

len, besteht die Zielsetzung der Studie darin, Einsicht in die Situation von pflegenden Kindern zu erlangen. Damit sollen Grundlagen für die Konzeption eines professionellen Hilfsangebots für pflegende Kinder und ihre Familien erarbeitet werden. Die Forschungsfragen konzentrieren sich demnach 1. auf die Konstruktion dieser familialen Pflegearrangements und die beeinflussenden Faktoren, 2. auf die Erfahrungen, die für die Kinder mit ihrer Situation verbunden sind, und 3. auf Art und Umfang ihrer Hilfen.

Methodischer Streifzug

Die Studie ist qualitativ ausgerichtet und orientiert sich am Forschungsstil der Grounded Theory (Strauss 1998, Strauss & Corbin 1998). Im Sinne der modernen Kindheitsforschung (Bründel & Hurrelmann 1996, Mey 2004) steht das Kind im Mittelpunkt, so dass neben den Eltern vor allem die Kinder als Experten ihrer Lebenswelt direkt angesprochen wurden (Krüger & Grunert 2001, Mey 2004). Der Feldzugang gestaltete sich äußerst schwierig und machte eine Vielzahl von Strategien notwendig, um überhaupt Zugang zu betroffenen Familien zu erhalten (1). Insgesamt wurden über einen Zeitraum von 16 Monaten 81 halbstrukturierte Interviews geführt, die sich auf 34 Familien im gesamten Bundesgebiet verteilen. 41 Kinder im Alter von 4,5 bis 19 Jahren sowie 41 Eltern/Großeltern waren an den Interviews beteiligt. Die Stichprobe ist sehr heterogen, so dass viele Aspekte des Phänomens vertreten sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst.

Zentrales Phänomen: die Familie zusammenhalten

Das zentrale Phänomen dieser Studie beschreibt sowohl Motiv, Handlung wie auch Ziel der Kinder und Jugendlichen. Es lautet: die Familie zusammenhalten.

In der Terminologie der Grounded Theory (Strauss 1998, Strauss & Corbin 1998) ist ein zentrales Phänomen umgeben von ursächlichen Bedingungen, Kontext, den Strategien sowie den sich daraus ergebenden Konsequenzen.

■ Die ursächliche Bedingung dafür, dass Kinder pflegerische Tätigkeiten übernehmen, stellt die chronische Erkrankung mit einhergehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen dar. Die erkrankte Person, zumeist ist es ein Elternteil, kann bestimmte Tätigkeiten nicht mehr selbst übernehmen. Diese Aufgaben werden innerhalb des Systems Familie nun neu verteilt.

■ Dieser komplexe Bewältigungsprozess ereignet sich im Kontext der Familie. Hier sind Faktoren zusammengefasst, die die Konstruktion – vor allem das Zustandekommen – dieser familialen Pflegearrangements maßgeblich beeinflussen. Diese nachfolgend beschriebenen Einflussfaktoren sind nicht hierarchisch zu verstehen, vielmehr scheint die Kumulation mehrerer dieser Faktoren entscheidenden Einfluss auf das Ausmaß der von den Kindern geleisteten Hilfen zu nehmen.

Status Kind

Anders als Erwachsene, die sich bewusst für oder gegen die Pflege eines erkrankten Angehörigen entscheiden können, haben Kinder diese Wahlfreiheit nicht. Sie betrachten das Umfeld, in dem sie aufwachsen als normal, über viele Jahre fehlt ihnen der Vergleich mit Alternativen. Sie kennen das Leben nicht anders, so dass die chronische Erkrankung eines Angehörigen und der damit verbundene Hilfebedarf als zum Alltag zugehörig Normalität darstellen.

Das Ausmaß des Pflegebedarfs

Das Ausmaß des Pflegebedarfs nimmt natürlicherweise Einfluss auf den Umfang der von Kindern geleisteten Hilfen. Auch die Tatsache, dass der Verlauf chro-

nischer Erkrankungen einen oft kaum sichtbaren, schleichenden Anstieg des Hilfebedarfs mit sich bringt, beeinflusst. Die Kinder wachsen selbstverständlich mit den Einschränkungen ihrer Angehörigen auf und „übernehmen, was wegfällt“. So beschreibt eine 14-Jährige diesen Prozess wie folgt: „Wenn man so dabei ist, dann ist das automatisch so, es kommt immer was dazu – so wie die künstliche Ernährung oder der Katheter oder so, es wird immer mehr gemacht, und man nimmt es einfach so an und macht es dann“.

Der Status des Kindes in der Familie

Der Status des Kindes in der Familie bezieht sich sowohl auf den Status des Kindes als Einzel- oder Geschwisterkind, als auch darauf, wo ein Kind in der Geschwisterreihenfolge steht. Bei Einzelkindern lassen sich die zu verteilenden Aufgaben entsprechend nur auf ein Paar Schultern verteilen. Verantwortung der Kinder und das Ausmaß ihrer Aufgaben wachsen mit dem Alter, und Ältere übernehmen von sich aus mehr Verantwortung als ihre jüngeren Geschwister. Das Geschlecht spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

Familiale und soziale Netzwerke

Funktionierende Netzwerke bedeuten für betroffene Familien Entlastung bei der Bewältigung des durch die Erkrankung erschwerten Alltags und tragen maßgeblich zur Entlastung der Kinder bei. Zwei Drittel der interviewten Familien können jedoch nicht auf derartige Netzwerke zurückgreifen und sind im Alltag auf sich allein gestellt. Großeltern sind entweder schon verstorben, selbst krank oder wohnen zu weit weg. Selbst bei vorhandener Verwandtschaft gehen manche gesunde Angehörige bewusst auf Distanz. Einige betroffene Familien haben wenig Kontakt zu ihren Nachbarn, nicht selten vermeiden sie ihn auch aus Angst vor Einmischung

durch Autoritäten, zum Beispiel durch das Jugendamt. Soziale Kontakte nehmen mit der Erkrankung häufig ab.

Der sozioökonomische Status der Familie

Der sozioökonomische Status spielt bei der Konstruktion der Pflegearrangements ebenfalls eine Rolle. Nicht selten werden junge Eltern aufgrund ihrer Erkrankung erwerbsunfähig und beziehen eine kleine Rente oder leben von Sozialhilfe. Bislang unbekannte finanzielle Sorgen werden plötzlich zum täglichen Thema, um das auch die Kinder wissen. Trotz Überforderung lehnen manche Kinder professionelle Pflege ab. Eine Jugendliche argumentiert: „aber das (Pflege-)Geld ... hat uns dann auch gefehlt, und da hab ich dann gesagt: Das mach ich selber“. Ein 15-Jähriger sagt: „Wenn man das in der Familie macht, haben wir mehr Geld für uns“.

Familienkonstellation

Familienkonstellation meint Eineltern- oder Zweielternfamilien. Sind beide Eltern verfügbar, verteilt sich die Verantwortung ähnlich wie bei Geschwistern auf mehrere Schultern, wobei der gesunde Elternteil – zusätzlich zu seiner Rolle als Ernährer der Familie – auch die Hauptverantwortung für die Pflege und Organisation des Haushalts übernimmt. Auch in diesen Familien übernehmen die Kinder viele Aufgaben, tragen jedoch nicht die (elterliche) Verantwortung für die Organisation des Alltags. Die Kinder hingegen, die am stärksten in pflegerische Tätigkeiten eingebunden sind, leben mit ihren meist erkrankten Müttern alleine.

Migrationshintergrund der Familie

Drei Familien kamen als Flüchtlinge aus dem Kosovo und leben zwischen sechs und 13 Jahren in Deutschland. Die Mütter sind an einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt. Nur eine Mutter spricht gebrochen deutsch, die anderen

sind sprachlich von ihrer Umgebung isoliert und vollständig auf die Dolmetscherdienste ihrer Kinder angewiesen. Zwei der drei Mütter sind allein erziehend, der vorhandene Vater in der dritten Familie befindet sich seit über drei Monaten selbst als Patient im Krankenhaus.

Diese Einflussfaktoren wirken sich auf die Strategien der Kinder aus, darauf also, was die Kinder und Jugendlichen in welchem Umfang tun bzw. auch nicht tun.

Die Familien sind entwurzelt, ihre Angehörigen sind tot oder leben im Kosovo, besonders die Mütter fühlen sich in Deutschland fremd, Kontakte zu Nachbarn gibt es so gut wie keine. Alle Familien fürchten die Abschiebung, sie leben von Sozialhilfe, eine Arbeitserlaubnis haben sie nicht. Anhand dieser Familien wird sichtbar, welche fatalen Auswirkungen die Kumulation von Einflussfaktoren auf die Pflege durch die Kinder haben kann.

Was die Kinder tun

Lücken füllen und in Bereitschaft sein

Kinder leisten vielfältige Hilfen im Umgang mit einer chronischen Erkrankung eines Angehörigen. Die Art dieser Hilfen steht dabei immer im Zusammenhang mit der Grunderkrankung des Angehörigen bzw. mit den aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen.

Eine an MS erkrankte Mutter bedarf natürlich anderer Hilfen als eine Mutter, die psychisch erkrankt ist. Auf einer übergeordneten Ebene lassen sich jedoch grundlegende Gemeinsamkeiten erkennen, die unabhängig von der ursprünglichen Erkrankung bestehen: Die Kinder und Jugendlichen übernehmen Tätigkeiten, die durch die Erkrankung unbesetzt sind, „sie füllen die Lücken“ (Metzing 2006, Metzing et al. 2006). Dabei kann es sich um gelegentliche Hilfestellungen handeln, im Extremfall ist ein Teenager aber

auch 24 Stunden alleinverantwortlich im Einsatz. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs sind pflegende Kinder, über regelmäßige Aufgaben hinaus, immer in Bereitschaft und entwickeln ein hohes Maß an Flexibilität.

Wir können heute konstatieren, dass sich durch Kinder übernommene pflegerische Hilfen nicht von denen erwachsener pflegender Angehöriger unterscheiden. Die Art der geleisteten Hilfen lässt sich in vier Hauptkategorien darstellen:

Hilfen für die Familie als Gemeinschaft: In diese Kategorie fallen alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der Wohnung, die die erkrankte Person oder die Hauptpflegeperson aufgrund der Erkrankung oder der Pflegesituation nicht (mehr) selbst übernehmen kann.

Hilfen für einen gesunden Angehörigen: Diese Kategorie beinhaltet Hilfen, die sich sowohl auf die gesunden Eltern als auch vor allem auf jüngere Geschwister beziehen.

Hilfen für sich selbst: Die Kinder übernehmen auch „Hilfen für sich selbst“, die üblicherweise von den Eltern übernommen werden. Nur wenige Kinder benennen diese Hilfen explizit. Offensichtlich haben sie kaum ein Bewusstsein dafür, was sie für sich selbst übernehmen; oft kennen sie es auch nicht anders.

Hilfen für die erkrankte Person: Die größte Hauptkategorie beschreibt die „Hilfen für die erkrankte Person“, Tätigkeiten also, die explizit der erkrankten Person zugute kommen. Auch diese Tätigkeiten werden von den Kindern als Unterstützung der Hauptpflegeperson oder alleine übernommen. Die Kategorie subsumiert die sechs Subkategorien: körperbezogene, emotionale, medizinisch-therapeutische, übersetzende, aufpassend und schützende Hilfen sowie Hilfen im Notfall.

„Nicht darüber reden“

Der zweite Aspekt der Strategien ist mit dem Code „nicht darüber reden“ überschrieben. Kaum eines der Kinder redet außerhalb der Familie über die Erkrankung der Eltern und die häusliche Situation – wenn überhaupt, dann nur mit der besten Freundin – und selbst in der Familie wird kaum über die Situation und die damit verbundenen Sorgen gesprochen. Dieses Schweigen wird von den Kindern am häufigsten mit Scham und Vorsicht begründet, sie sagen: „Das geht niemanden etwas an“ oder: „Das sind Familiensachen“. Nicht selten gibt es einen unausgesprochenen Schweigecode in der Familie, aber auch ohne ein solches Tabu reden die Kinder nicht darüber. Fast alle sagen, dass andere Kinder „eh nicht wissen, worum es geht“, weil diese ein Leben mit Krankheit und den damit verbundenen Sorgen nicht kennen, und bis sie es erklärt haben, „sei Abend“, so eine 15-Jährige.

Kinder wünschen sich Normalität, sie wollen nicht „anders sein“ und fürchten sich davor, von Gleichaltrigen „abgestempelt“ und ausgeschlossen zu werden. Vorsicht liegt in der Angst der Familie begründet – und hierbei spielt der Schweigecode eine Rolle –, „auseinander gerissen zu werden“. Aus der Perspektive der Kinder wird Intervention von außen meistens mit Tren-

nung assoziiert. Nichts bedeutet für die Kinder mehr Gefahr, als eine Gefährdung ihrer Familie, die ja gleichzeitig auch eine Gefährdung der eigenen Identität darstellt.

„Ach, ich wollte
Mama einfach helfen“

Pflegendes Kind (7)

Mögliche Auswirkungen auf die Kinder

Die Familien leben meist im Verborgenen, und den Kindern fehlt eine Person, der sie sich anvertrauen, mit der sie reden können. Manche sind so stark in die Pflege eingebunden, dass sie keine Zeit für Freunde haben und sozial isoliert leben. Kinder, die „rund um die Uhr“ Verantwortung tragen, sind mit der Situation überfordert und sie sind erschöpft. Auch die eigene Entwicklung leidet durch schlechter werdende Schulnoten, in einigen Fällen kommt es sogar zu häufigen Fehlzeiten in der Schule.

Beweggründe pflegender Kinder und Jugendliche

Aussagen zu den Gründen der Kinder selbst für die Übernahme all ihrer Tätigkeiten tragen wesentlich zum Verständnis der Aufrechterhaltung dieser Situationen mit bei.

Vorschulkinder

Bei den Jüngsten steht die „Mama“ im Zentrum der kindlichen Aufmerksamkeit, unabhängig davon, wer erkrankt ist. „Ach, ich wollte Mama einfach helfen“, sagt zum Beispiel eine 7-Jährige. Auch das Bedürfnis, die erkrankte Person schützen zu wollen, spielt für diese jungen Kinder eine wichtige Rolle. Kinder dieser Altersgruppen nehmen ihre Aufgaben jedoch nicht als etwas wahr, das sie „machen müssen“ und sie erleben ihre Hilfen auch nicht als Belastung. Sie sind eher stolz darauf, ihren Beitrag leisten zu können. Selbst die Jüngste beantwortet mit 4,5 Jahren die Frage nach dem „warum“ voller Stolz mit den Worten: „Die Mama kann wenig machen und ich kann ja viel machen. Ich kann ja alles machen für die Mami“.

Schulkinder

So wie die jüngeren Kinder finden auch die Schulkinder Formulierungen wie: „Ich tu alles, damit es meiner Mutter besser geht“, aber sie sind sich des zugrunde liegenden Gefühls bereits bewusster. Sie tun es „aus Nächstenliebe“ oder weil sie etwas „zurückgeben“ möchten. Eine 14-Jährige sagt: „Weil es meine Mutter ist und ich liebe sie“. Für diese Kinder steht weniger der Stolz, einen Beitrag leisten zu können, als das Bewusstsein, verantwortlich zu sein, im Vordergrund. Sie wis-

Anzeige
im Heft



Abb. 1 Förderprojekt für pflegende Kinder aus Großbritannien:
Vorher-Nachher-Zeichnung ein 7-jährigen Mädchens

Quelle: CareFree Young Carers' Services (2004): CareFree Young Carers' Project Annual Report 2004-2005. Leicestershire

sen, dass die Familie auf sie angewiesen ist.

Bei diesen Kindern liegt der Fokus ihrer Hilfen nicht mehr ausschließlich auf der Bezugsperson, sondern sie weiten ihren Blick und argumentieren aus ihrem Familienkonzept heraus. Eine 14-Jährige erklärt: „Meine Geschwister sind noch klein, ich kann nicht sagen: Ja ich kann nicht mehr; ich lass das alles liegen. Ich muss für die da sein; daher kommt die Kraft.“ Und sie ergänzt: „weil es meine Familie ist, (...) ich möchte für meine Familie da sein.“

In dieser Altersgruppe wissen Kinder, dass es zumindest theoretisch Auswege aus ihrer Situation gibt, dass sie zum Beispiel das Jugendamt um Hilfe bitten könnten. Sie wünschen sich jedoch Lösungen, die es erlauben, als Familie zusammenzubleiben, und die Angst davor, dass die Familie durch das Eingreifen von außen auseinandergerissen wird, hindert die Kinder, um Hilfe zu bitten. Sie treffen damit eine klare Entscheidung für die Aufrechterhaltung des familialen Pflegearrangements und nehmen die für sie damit verbundene Belastung in Kauf.

Jugendliche

Bei den Jugendlichen wiederholen sich die Beweggründe der jüngeren Kinder. Allen voran

steht wiederum die Liebe zu den erkrankten Eltern. Auch die Wortwahl unterscheidet sich nicht von der der Kleinsten, wenn zum Beispiel eine 17-Jährige sagt: „Ich habe meine Mama so lieb, und ich möchte alles für meine Mama tun, dass sie wieder gesund wird“. Dennoch weitet sich der Fokus, wie schon bei den Schulkindern zu beobachten war, und richtet sich zusätzlich auf die ganze Familie. So sagt dieselbe 17-Jährige: „Ich möchte ja auch die Familie davor schützen, dass sie auseinandergerissen wird, ich mach das auch, um meine Familie zusammenzuhalten.“

Verantwortlich zu sein, wird von den Jugendlichen auch aus ihrem gewachsenen Moralverständnis begründet. Eine 17-Jährige sagt: „Ich würde mir das niemals verzeihen, wenn ich es nicht tun würde“. Anderen – auch außerhalb der Familie – zu helfen, ist „selbstverständlich“.

Diskussion und Ausblick

Kinder jeder Altersgruppe übernehmen pflegerische Hilfen. Sowohl krankheitsbezogene, familiale wie auch soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren nehmen Einfluss auf die Konstruktion der beschriebenen Pflegearrangements. Je mehr Faktoren gleichzeitig zusammenreffen, desto stärker wird das

Ausmaß der durch die Kinder erbrachten Hilfen. Der praktischen und bequemen Verfügbarkeit von Kindern (Aldridge & Becker, 1993a) kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, in der das Kind als schwächstes soziales Wesen (Bonney & Becker, 1995) dann herangezogen wird, wenn andere denkbare Hilfen – um es neutral zu formulieren – ausbleiben.

Aber auch die Beweggründe der Kinder selbst tragen zur Aufrechterhaltung dieser Situation bei. Auch wenn sich entwicklungsbedingte Unterschiede herausarbeiten lassen, stellt „Liebe“ den gemeinsamen, verbindenden und übergeordneten Beweggrund der Kinder für die Übernahme ihrer Hilfen dar.

Betroffene Familien, so legen die Ergebnisse nahe, verstehen es als selbstverständlich, den erschwerten Alltag innerhalb ihrer Familie primär alleine zu bewältigen. Die Angst vor einer Gefährdung der Familie als Einheit stellt einen wichtigen Grund dar, im Verborgenen zu bleiben und nur in Ausnahmen aktiv nach Hilfe von außen zu suchen. Die Ergebnisse legen vor allem nahe, dass Kinder und Jugendliche bereits als junge Teenager trotz zum Teil starker Belastung mit der häuslichen Situation sich im Zweifel immer – und hier sei betont, dass sie es bewusst tun – für eine Aufrechterhaltung der Situation entscheiden werden. Dies besonders dann, wenn die Folgen der ihnen bekannten Hilfen von Außen für sie inakzeptabel sind.

Für die dringend erforderliche Konzeption eines der komplexen Situation angepassten Unterstützungsangebots für betroffene Kinder und ihre Familie gilt es, Folgendes zu berücksichtigen: Professionelle Unterstützung muss aufsuchend ausgerichtet sein, sie muss enttabuisieren und im ersten Schritt Vertrauensbildung als wichtigstes Ziel formulieren. Nichts ist für eine Familie in dieser Situation bedrohlicher, als eine (angenommene) Gefährdung ihrer Einheit.

Mut machen hier Erfahrungen aus Großbritannien.

In 15 Jahren Forschung und Öffentlichkeitsarbeit ist es dort gelungen, eine breite gesellschaftliche Aufmerksamkeit für das Thema zu erreichen, Studienergebnisse haben zu Gesetzesänderungen beigetragen, in denen die Rechte von pflegenden Kindern gestärkt werden. In über 300 lokalen Projekten werden diese Kinder unterstützt und gefördert, so dass beides möglich ist: einfach nur Kind und pflegendes Kind gleichzeitig zu sein (Abb. 1).

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag der Autorin, der an der Universität Witten/Herdecke am 31. Januar 2007 auf der Veranstaltung „Neues aus der Pflegewissenschaft“ gehalten wurde.

Anmerkung:

(1) Persönliche Kontaktaufnahme mit über 200 Vertretern der Gesundheitsberufe (u. a. Pflegedienste, Hausärzte und niedergelassene Spezialisten, Fachkliniken), 40 Beratungsstellen (Jugendämter, Kinderschutzbund, kirchliche Beratungsstellen), 50 Selbsthilfegruppen und 15 Selbsthilfebundesverbänden, wiederholte Interviewaufrufe in Internetforen, Pressemeldungen sowie die Mitgestaltung einer Radiosendung (WDR5 LebensArt 22.11.04), schließlich ein Interviewaufruf in der auflagenstarken Mitgliederzeitschrift der BEK

Literatur:

- Aldridge, J. & Becker, S. (1993a). Children who care – inside the world of young carers. Leicester: Department of Social Sciences, Loughborough University.
- Becker, S. (2004). Carers. Research Matters, August Special Issue.
- Becker, S. Aldridge, J. & Dearden, C. (1998). Young Carers and Their Families. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Bonney, R. & Becker, S. (1995). Missing persons and missing helpers: young carers, the family and the faith community. Leicester: Loughborough University, Young Carers Research Group.
- Bründel, H. & Hurrelmann, K. (1996). Einführung in die Kindheitsforschung. Weinheim: Beltz.
- Dearden, C. & Becker, S. (1995). Young Carers – The Facts. Sutton Surrey; Leicester: Reed Business Publishing; YCRG, Loughborough University.
- Dearden, C. & Becker, S. (1998a). Young Carers in the UK. London: Carers National Association.
- Dearden, C. & Becker, S. (2001). Young Carers. Needs, Rights and Assessment. In J. Horwarth (Ed.), The Child's World. Assessing Children in Need (pp. 221–233). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dearden, C. & Becker, S. (2004). Young Carers in the UK. The 2004 Report. London: Carers UK.
- Frank, J. (1995). Couldn't care more. A study of young carers and their needs. London: The Children's Society.
- Krüger, H.-H. & Grunert, C. (2001). Biografische Interviews mit Kindern. In I. Behnken & J. Zinnecker (Eds.), Kinder. Kindheit. Lebensgeschichte. Ein Handbuch (pp. 129–142). Seelze-Velber.
- Metzing, S. (2006). Mit 13 schon Pflegeprofi – wenn Kinder ihre Eltern pflegen. Forum Sozialstation, 139 (4), 35–39.
- Metzing, S. Schnepf, W. Hübner, B. & Büscher, A. (2006). „Die Lücken füllen“ und „in Bereitschaft sein“ – Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Pflege & Gesellschaft, 11 (4), 351–373.
- Mey, G. (2004, 20.02.04). Zugänge zur kindlichen Perspektive – Methoden der Kindheitsforschung. Das Online-Familienhandbuch. Retrieved 20.02.04, from the World Wide Web: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Kindheitsforschung/s_940.html
- Noble-Carr, D. (2002a). Young Carers Research Project. Final Report: Commonwealth of Australia.
- Strauss, A. L. (1998). Grundlagen qualitativer Sozialforschung (2. Auflage ed.). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1998). Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (2nd. ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Anschrift der Verfasserin:

Sabine Metzing, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Pflegewissenschaft, Priv. Universität Witten/Herdecke gGmbH
Stockumer Straße 12, 58453 Witten, E-Mail: Sabine.Metzing@uni-wh.de

Anzeige
im Heft