

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3701>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Bergelt, Corinna; Ernst, Johanna Christine; Beierlein, Volker; Inhestern, Laura; Holes, Sarah; Möller, Birgit; Romer, Georg; Koch, Uwe

**Titel:** Reaktive Veränderungen in Befinden und Verhalten von Kindern bei elterlicher Krebserkrankung - Ergebnisse einer epidemiologischen Patientenbefragung

**Erscheinungsjahr:** 2012

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (6), 378-395

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

## ORIGINALARBEITEN

### Reaktive Veränderungen in Befinden und Verhalten von Kindern bei elterlicher Krebserkrankung – Ergebnisse einer epidemiologischen Patientenbefragung<sup>1</sup>

Corinna Bergelt, Johanna Christine Ernst, Volker Beierlein, Laura Inhestern, Sarah Holes, Birgit Möller, Georg Romer und Uwe Koch<sup>2</sup>

#### Summary

*Reactive Changes in Psychological Condition and Behaviour in Children of Parents with Cancer – Results of an Epidemiological Survey*

Children of cancer patients are at risk for developing psychological symptoms. The parental appraisal of the child's psychological condition is a key variable for the utilization of child-centred psychosocial services. This study aimed at the systematic analysis of parental appraisals of changes in the emotional condition or behaviour of their children. We conducted an epidemiologic survey with a sample size of 1,809 patients with different cancer diagnoses, giving information about 2,581 children aged 21 years or younger at time of diagnosis. Quantitative information on children's distress during the disease and on changes in psychological condition or behaviour and qualitative information on the kind of changes were analysed. About half of the children were considered to be psychologically strongly affected during the disease. For about 25 % negative changes in psychological condition or behaviour are reported, positive changes are reported for 20 % of the children. Negative changes are most frequently described in young children (up to five years), positive changes are most frequently described in young adults (18 to 21 years). The results indicate that from the cancer parent's view many children are substantially distressed. Thus, the implementation of additional preventive psychosocial services seems reasonable and necessary.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 378-395*

#### Keywords

changes in psychological condition – behavioural changes – children of parents with cancer – epidemiological survey

<sup>1</sup> Diese Studie ist Teil des multizentrischen Verbundprojekts „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ unterstützt von der Deutschen Krebshilfe e. V. (Projektnummer: 108303). Folgende Institutionen und Projektverantwortliche sind an diesem Verbund beteiligt: 1.) Universitätsklinikum

## Zusammenfassung

Kinder krebskranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, psychische Symptome zu entwickeln. Die elterliche Einschätzung der kindlichen Befindlichkeit ist eine Schlüsselvariable für die Inanspruchnahme kindzentrierter psychosozialer Unterstützungsangebote. Ziel der Studie war, die elterlichen Einschätzungen zu Veränderungen in Befinden und Verhalten ihrer Kinder nach Krebserkrankung des Elternteils systematisch zu untersuchen. Es wurde eine epidemiologische Patientenbefragung durchgeführt, die untersuchte Stichprobe besteht aus N = 1.809 Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Tumordiagnosen, die Angaben zu N = 2.581 bei Diagnosestellung maximal 21jährigen Kindern gemacht haben. Analysiert wurden quantitative Angaben zur Belastung der Kinder während der Erkrankung und zu Veränderungen in Befinden und Verhalten, sowie qualitative Angaben zur Art der Veränderung. Etwa die Hälfte aller Kinder wird als während der Erkrankung seelisch stark oder sehr stark belastet eingeschätzt und für etwa ein Viertel aller Kinder werden negative Befindens- oder Verhaltensänderungen berichtet. Positive Veränderungen werden für 20 % aller Kinder berichtet. Negative Veränderungen werden bei Kleinkindern (bis fünf Jahre) am häufigsten beschrieben, positive Veränderungen werden am häufigsten für junge Erwachsene (18-21 Jahre) beschrieben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein großer Teil der Kinder krebskranker Eltern aus Sicht des erkrankten Elternteils substanziiell belastet ist. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Ausbau präventiver psychosozialer Unterstützungsangebote sinnvoll und notwendig.

## Schlagwörter

Veränderungen der Befindlichkeit – Verhaltensänderungen – Kinder krebskranker Eltern – epidemiologische Studie

Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. med. Georg Romer), 2.) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie (Prof. Dr. med. Dr. phil. Uwe Koch-Gromus), 3.) Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl), 4.) Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters (Prof. Dr. med. Kai von Klitzing), 5.) Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Prof. Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler), 6.) Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin (Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog), 7.) Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prof. Dr. med. Franz Resch), 8.) Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg am Städtischen Klinikum Magdeburg (Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner).

<sup>2</sup> Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hamburgischen Krebsregisters (Leitung: Dr. Stefan Hentschel) und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Schleswig-Holsteinischen Krebsregisters (Leitung: Prof. Dr. Alexander Katalinic) für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Durchführung der Studie.

## 1 Hintergrund

### 1.1 Belastungen bei Kindern krebskranker Eltern

Eine Krebserkrankung kann nicht nur für die Patienten selbst (Härter et al., 2000; Singer et al., 2007), sondern auch für deren Partner und weitere Angehörige (Bergelt, Koch, Petersen, 2008; Pitceathly u. Maguire, 2003) eine substanzielle psychische Belastung darstellen. Minderjährige Kinder krebskranker Eltern haben im Vergleich zu Referenzgruppen ohne krebskranken Elternteil ein erhöhtes Risiko internalisierende Symptome wie Ängste und Depressivität zu entwickeln (Osborn, 2007; Visser et al., 2005; Thastum et al., 2009). Aufgrund steigender Krebs-Inzidenzraten auch in den Altersgruppen unter 60 Jahren (Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister, 2010) ist damit zu rechnen, dass die Zahl der (mit betroffenen Kinder in Zukunft zunehmen wird.

Bislang gibt es vergleichsweise wenige Studien zum Thema „Kinder krebskranker Eltern“, die fast alle aus dem englischen Sprachraum stammen. Eine internationale Übersichtsarbeit (Visser, Huizinga, van der Graaf, Hoekstra, Hoekstra-Weebers, 2004) identifiziert 52 Studien zum Einfluss einer elterlichen Krebserkrankung auf Familie und Kinder, davon 14 mit einem quantitativen Forschungsansatz (sieben mit  $n < 50$ , vier mit  $n > 50$  und  $n < 100$ ), 18 mit qualitativem Ansatz (davon zwei mit  $n > 50$ ) und 13 mit einem gemischt-methodischen Ansatz. Ein systematisches Review, das nur Studien mit Referenzgruppen oder Prädiktoranalysen einschloss, identifiziert 23 relevante Studien aus USA, UK, Kanada und den Niederlanden (Osborn, 2007). Während die meisten Studien vor allem psychische Belastung, Symptome und Auffälligkeiten bei Kindern untersuchen, wurden in den letzten Jahren auch Studien publiziert, die sowohl negative als auch positive Auswirkungen der elterlichen Krebserkrankung berichten oder auf das Konzept „post-traumatic growth“ fokussieren (Huizinga et al., 2011).

### 1.2 Psychosoziale Versorgung von Kindern krebskranker Eltern

In psychoonkologischen Leitlinien ist der Einbezug von Angehörigen explizit verankert (Deutsche Krebsgesellschaft e. V., 2004), minderjährige Kinder von Krebspatienten werden jedoch in der psychosozialen Versorgung bislang nur unzureichend berücksichtigt (Diareme et al., 2007; Romer, 2007; Möller, Krattenmacher, Romer, 2011). Neue kindzentrierte Interventionskonzepte sind zumeist präventiv ausgerichtet und zielen darauf, betroffene Kinder und deren Eltern bei der Bewältigung der elterlichen Erkrankung zu unterstützen (Romer u. Haagen, 2007; Romer, Kühne, Bergelt, Möller, 2011; Kühne et al., 2011). Insgesamt befindet sich die konzeptuelle Entwicklung und Implementierung psychosozialer Versorgungsangebote zum Thema „Kinder krebskranker Eltern“ in Deutschland noch in den Anfängen. Die bisher existenten spezifischen Angebote für Kinder krebskranker Eltern sind häufig Modellvorhaben und im Hinblick auf ihren strukturellen und konzeptionellen Kontext

sehr heterogen, Experten berichten zudem verschiedene Faktoren, die Zugang und Inanspruchnahme für die Betroffenen erschweren (Ernst et al., 2011).

### 1.3 Zielsetzung der Untersuchung

Für die Inanspruchnahme eines psychosozialen Unterstützungsangebotes für minderjährige Kinder krebskranker Eltern kommt den Eltern eine zentrale Rolle zu, da die Inanspruchnahme von der elterlichen Einschätzung der kindlichen Belastung und des Unterstützungsbedarfs abhängt. Die vorliegende Studie hatte daher das Ziel, die elterliche Einschätzung von (positiven wie negativen) Veränderungen in Befinden und Verhalten ihrer Kinder systematisch zu untersuchen.

## 2 Methodik

### 2.1 Erhebungsstrategie und Stichprobe

Im Rahmen des multizentrischen Verbundprojektes „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ wurde im Teilprojekt „Versorgungsanalyse“ in Kooperation mit dem Hamburgischen und dem Schleswig-Holsteinischen Krebsregister eine epidemiologische Befragung von Patientinnen und Patienten zur psychosozialen Situation von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil durchgeführt. Die Befragung über das Hamburgische Krebsregister erfolgte von August bis Oktober 2010, die Befragung über das Schleswig-Holsteinische Krebsregister erfolgte von Juni bis August 2011. Es galten folgende *Einschlusskriterien*:

- ausdrückliche Einwilligung der Patienten in die Meldung an das Krebsregister (Befragung über das Hamburgische Krebsregister; §2 Absatz 1 HmbKrebsRG) bzw. schriftliche Zustimmung der Patienten, an Forschungsvorhaben mitzuwirken (Befragung über das Schleswig-Holsteinische Krebsregister; §4 Absatz 4 LKRG Schleswig-Holstein),
- Diagnosestellung vor weniger als sechs Jahren (bis einschließlich 5;11 Jahre),
- Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung zwischen 25;0 und 55;11 Jahren und
- Tumordiagnose (ICD-10-Codes): C00-C14 (Lippe, Mundhöhle, Rachen); C18-C21 (unterer Verdauungstrakt); C30-C32 (oberer Respirationstrakt); C40-C41 (Knochen und Gelenkknorpel); C43 (malignes Melanom); C45-C49 (Mesotheliales Gewebe, Binde- und Weichteilgewebe); C50 (Mamma); C51-C58 (weibliche Genitalorgane); C60-C63 (männliche Genitalorgane); C64-C68 (Harnorgane); C73-C75 (Schilddrüse und andere endokrine Organe); C81-C96 (Lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe).

Patientinnen und Patienten, die an einer Tumordiagnose mit hoher Mortalitätsrate erkrankt waren (ICD-10-Codes C15-C17, oberer Verdauungstrakt; C22-C26,

andere Verdauungsorgane; C33-C39, unterer Respirationstrakt/Thorax; C69-C72, Augen, Gehirn, sonstige Teile des ZNS) wurden aus ethischen Erwägungen nicht befragt.

An insgesamt 8.144 Patientinnen und Patienten wurde ein Fragebogen versandt. Davon waren  $n = 969$  Personen (11,9 %) unbekannt verzogen,  $n = 118$  (1,5 %) verstorben,  $n = 126$  (1,6 %) verweigerten die Teilnahme,  $n = 76$  (0,9 %) sandten unvollständige Unterlagen zurück (fehlende Einverständniserklärung/ fehlender Fragebogen),  $n = 28$  Fälle (0,3 %) konnten wegen fehlender Angaben zur Anzahl oder zum Alter von Kindern nicht eingeschlossen werden, und  $n = 16$  Fälle (0,2 %) mussten aus sonstigen Gründen ausgeschlossen werden.  $n = 3.411$  Personen haben aus unbekannten Gründen auch nach Versand eines Erinnerungsschreiben vier Wochen nach dem Fragebogenversand nicht geantwortet (Non-Responder, 42,3 %).

Von den 3.370 Personen, für die ein auswertbarer Datensatz vorliegt, hatten 1.809 Personen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens ein minderjähriges oder jungerwachses Kind (Einschlusskriterium: Alter des Kindes bei Diagnosestellung maximal 21 Jahre). Diese Personen haben Angaben zu insgesamt 2.581 Kindern gemacht. Die Auswertungen beziehen sich auf die Teilstichprobe von 1.809 Patienten und deren 2.581 Kindern.

## 2.2 Erhobene Variablen

Soziodemografische Variablen und einige erkrankungs- und behandlungsbezogene Merkmale der Patienten (Datum der Erstdiagnose, medizinische Behandlungen) wurden im Patientenfragebogen erfragt, weitere erkrankungsbezogene Variablen (Tumordiagnose, Tumorstadium etc.) wurden aus den Daten der Krebsregister gewonnen.

Im Fragebogen gab es die Möglichkeit, für maximal drei Kinder Angaben zu deren Befinden zu machen. Befragte mit mehr als drei Kindern wurden gebeten, drei ihrer Kinder auszuwählen. Am Ende des jeweiligen Kinderfragebogens sollte anhand eines Items mit geschlossenen Antwortkategorien die seelische Belastung des jeweiligen Kindes im Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Abschluss der Behandlung eingeschätzt werden (Antwortkategorien: „gar nicht“ bis „sehr stark“). Zusätzlich wurden sie in einem offenen Antwortformat gebeten, falls zutreffend, positive und negative Veränderungen des Kindes seit der elterlichen Krebserkrankung zu beschreiben. Das Item lautete: „Gab es seit Ihrer Krebsdiagnosestellung irgendwelche Veränderungen in Befindlichkeit oder Verhalten dieses Kindes? Mehrfachantworten möglich.“ Als Antwortmöglichkeiten wurde vorgegeben:

- Ja, positive Veränderungen, und zwar: [Freitext]
- Ja, negative Veränderungen, und zwar: [Freitext]
- Nein, keine Veränderungen seit der Krebsdiagnosestellung bei diesem Kind.

### 2.3 Auswertungsstrategie

Die Freitext-Angaben der Befragten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (nach Mayring, 2008). Dabei wurden zunächst anhand einer Teilstichprobe des vorhandenen Materials induktiv Kategorien gebildet und ein Kodierleitfaden mit Ankerbeispielen erstellt. Anschließend wurde das gesamte Material von zwei Mitarbeiterinnen anhand des Kodierschemas ausgewertet. Für nicht übereinstimmende Einschätzungen (15 %) wurde nach Diskussion ein Konsens herbeigeführt. Die quantitative Datenanalyse erfolgte vor allem anhand deskriptiver Statistik mit der Statistiksoftware SPSS 15.0, für Subgruppenvergleiche wurden Chi<sup>2</sup>-Tests, T-Tests und Varianzanalysen durchgeführt.

## 3 Ergebnisse

Von den 1.809 Befragten, die zum Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens ein Kind im Alter von maximal 21 Jahren hatten, haben N = 693 (38,3 %) Angaben zu positiven und negativen Veränderungen bei ihrem Kind/ihren Kindern gemacht. Die Eltern machen für N = 991 Kinder (38,4 % von allen Kindern) quantitative Angaben zu Veränderungen, für 93,9 % dieser Kinder (n = 931) macht das Elternteil auch eine qualitative Angabe zur Art der Veränderung (positiv vs. negativ). Dabei ist der Anteil der befragten Mütter, die Angaben zur Veränderung bei ihrem Kind/ihren Kindern machen mit 44,5 % signifikant höher als bei den befragten Vätern (21,3 %,  $p(\chi^2) < .001$ ).

### 3.1 Stichprobe

Drei Viertel der Befragten sind weiblich, das mittlere Alter liegt zum Befragungszeitpunkt bei 49 Jahren (SD = 6 Jahre). Die Hälfte der Befragten hat zwei Kinder, 28 % haben ein Kind. Die Erstdiagnose der Krebserkrankung liegt im Median 44 Monate zurück. Personen, die Angaben zu positiven oder negativen Veränderungen bei ihrem Kind/ihren Kindern machen, sind jünger, sind häufiger Frauen, leben häufiger in Trennung oder sind geschieden, haben häufiger eine höhere Schulbildung und sind seltener in Vollzeit erwerbstätig (jeweils  $p \leq .001$ ). Hinsichtlich der Anzahl der Kinder und des Einkommens unterscheiden sie sich nicht von denen, die keine Angaben zu Veränderungen bei ihren Kindern machen (Tab. 1).

Die N = 2.581 Kinder der Befragten sind im Mittel 16,3 Jahre alt, es handelt sich je zur Hälfte um Söhne und Töchter. Insgesamt werden für 370 Kinder (14,3 % von allen) positive Veränderungen berichtet, für 435 Kinder (16,9 % von allen) werden negative Veränderungen berichtet und für 186 Kinder (7,2 % von allen) werden sowohl positive als auch negative Veränderungen berichtet. Für 40,4 % der Töchter, aber nur für 36,5 % der Söhne werden von den Eltern Veränderungen berichtet ( $p(\chi^2) = .041$ ). Im Hinblick auf die Richtung der Veränderung (positiv vs. negativ) gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Töchtern und Söhnen.

Tabelle 1: Soziodemografische und erkrankungsbezogene Merkmale der Befragten (N = 1.809)

	Gesamt (N = 1.809)	Angaben zu pos. oder neg. Veränderungen		p <sup>1</sup>
		nein (n = 1.116)	ja (n = 693)	
Alter in Jahren (M, SD)	48.9 (6.2) (range: 28-62)			
Geschlecht (%) weiblich	73.5	55.5	44.5	
männlich	26.5	78.8	21.3	< .001
Anzahl Kinder (%) ein Kind	28.4	61.5	38.5	
zwei Kinder	50.4	62.0	38.0	
drei Kinder	16.3	64.3	35.7	
vier oder mehr Kinder	4.9	51.7	48.3	.200
Familienstand (%) ledig (nie verheiratet)	5.2	70.2	29.8	
verheiratet	76.0	62.8	37.2	
in Trennung lebend/geschieden	16.6	54.5	45.5	
verwitwet	2.2	64.1	35.9	.017
Erwerbstätigk. (%) Vollzeit	33.7	72.1	27.9	
Teilzeit	40.2	57.5	42.5	< .001
Schulbesuch (%) bis zu 9 Jahre	28.7	69.1	30.9	
10 Jahre	37.8	58.5	41.5	
mehr als 10 Jahre	33.5	60.1	39.9	.001
Haushaltsnettoeinkommen (%) < 1.000 €	5.1	60.9	39.1	
1.000-3.000 €	46.8	61.0	39.0	
3.000-5.000 €	36.3	62.2	37.8	
> 5.000 €	11.8	59.0	41.0	.875
Lokalisation d. Tumors (%) Bösartige Neubild. des/der				
Brust	53.0	52.9	47.1	
männlichen Genitalorgane	10.2	85.3	14.7	
Verdauungsorgane	7.7	59.7	40.3	
Haut	6.9	83.9	16.1	
lymphat./blutbildenden Gewebes	7.2	64.1	35.9	
weiblichen Genitalorgane	7.1	62.5	37.5	
Sonstiges	8.0	69.7	30.3	< .001
Diagnosestellung (%) vor bis zu 2 Jahren	16.6	56.0	44.0	
vor 3 bis 4 Jahren	39.2	61.8	38.2	
vor 5 bis 6 Jahren	34.4	62.2	37.8	
vor mehr als 6 Jahren <sup>2</sup>	9.8	68.9	31.1	.065
UICC-Tumorstadium (%) Stadium I	31.6	62.7	37.3	
Stadium II	23.4	50.9	49.1	
Stadium III	11.5	52.4	47.6	
Stadium IV	4.0	48.6	51.4	
keine Angabe	29.5	74.2	25.8	< .001
Erhaltene Behandlungen (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie) (%)				
eine Behandlungsart	26.1	76.1	23.9	
zwei Behandlungsarten	33.1	61.7	38.3	
drei Behandlungsarten	40.9	51.3	48.7	< .001

<sup>1</sup> T-Test (Variable Alter) bzw. Chi-Quadrat-Statistik<sup>2</sup> Zwischen der Datenbankabfrage der Krebsregister (Einschlusskriterium: Diagnosestellung vor bis zu sechs Jahren) und Beantwortung der Fragebögen lag aus logistischen Gründen ein Zeitraum von mehreren Monaten. Daher liegt zum Befragungszeitpunkt für einen Teil der Befragten die Diagnosestellung länger als sechs Jahre zurück.



Bei Diagnosestellung waren 15,1 % der Kinder unter 6 Jahre alt, 18,1 % waren 6 bis 11 Jahre alt und 34,7 % waren 12 bis 17 Jahre alt. Je älter die Kinder sind, desto häufiger werden positive und desto seltener werden negative Veränderungen berichtet. So handelt es sich bei Kindern bis 5 Jahren, bei denen eine Veränderung berichtet wird, in 60,3 % der Fälle um eine negative Veränderung, während dies nur bei 19,4 % der jungen Erwachsenen (18-21 Jahre) der Fall ist. Dagegen handelt es sich bei Veränderungen bei jungen Erwachsenen in 59,4 % der Fälle um eine positive Veränderung, jedoch nur bei 24,1 % der Fälle bei Kindern bis 5 Jahre ( $p(\chi^2) < .001$ ; Tab. 2).

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Kinder<sup>1</sup> der Befragten (N = 2.581)

	Veränderung berichtet			p <sup>2</sup>	Art der berichteten Veränderung (n = 991)			p <sup>2</sup>
	Gesamt	ja	nein		positiv	negativ	beides	
	2581	991	1302		370	435	186	
<b>Alter</b> in Jahren (M, SD)	16.3 (6.0)	16.2 (5.6)	16.3 (6.2)	.507	17.9 (5.6)	14.9 (5.6)	15.6 (5.1)	< .001
<b>Alter<sup>3</sup> in Kategorien (%)</b>								
0 bis 5 Jahre	15.1	36.2	63.8		24.1	60.3	15.6	
6 bis 11 Jahre	28.1	41.7	58.3		26.8	48.0	25.2	
12 bis 17 Jahre	34.7	38.8	61.2		40.2	41.7	18.1	
18 bis 21 Jahre	19.3	36.1	63.9	.158	59.4	29.4	11.1	< .001
<b>Geschlecht (%)</b>								
weiblich	49.5	40.4	59.6		36.8	44.2	19.0	
männlich	50.5	36.5	63.5	.041	37.9	43.6	18.5	.939
<b>Geschwisterstatus (%)</b> :								
Einzelkind	16.4	46.8	53.2		37.4	47.5	15.2	
Geschwisterkind	83.6	36.7	63.3	< .001	37.3	43.0	19.7	.294
<b>Seelische Belastung<sup>4</sup> (%)</b> :								
gar keine bis mittlere Belastung	50.3	24.6	75.4		41.6	41.2	17.2	
starke bzw. sehr starke Belastung	49.7	52.9	47.1	< .001	36.4	44.5	19.1	.320

<sup>1</sup> Bei Diagnosestellung maximal 21 Jahre alt

<sup>2</sup> ANOVA (Variable Alter) bzw. Chi-Quadrat-Statistik

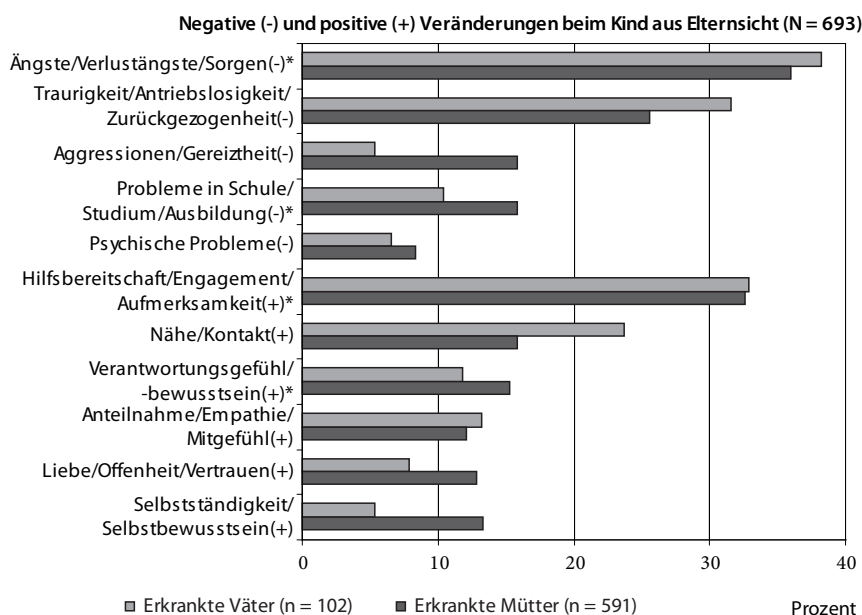
<sup>3</sup> Bei Diagnosestellung

<sup>4</sup> Im Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Ende der Krebsbehandlung, retrospektive Einschätzung des Elternteils

Das Geschlecht des Elternteils spielt für den Bericht von Veränderungen beim Kind ebenfalls eine Rolle: Mütter berichten signifikant häufiger von Veränderungen bei Töchtern als bei Söhnen (43,4 % vs. 38,2 %;  $p(\chi^2) = .020$ ), während Väter etwa gleich häufig Veränderungen bei Töchtern und Söhnen angeben (19,9 % vs. 20,6 %,  $p(\chi^2) = .824$ ).

### 3.2 Negative Veränderungen

Für 596 Kinder (23,1 % aller Kinder) werden von den befragten Eltern qualitative Angaben zu negativen Veränderungen in Befinden oder Verhalten gemacht. Die am häufigsten genannten negativen Veränderungen beziehen sich auf (Verlust-)Ängste und Sorgen der Kinder (36 % der Kinder mit negativen Veränderungen), auf Traurigkeit, Antriebslosigkeit und Zurückgezogenheit (26 %), Aggressionen und Gereiztheit (14 %) und Probleme in Schule/Ausbildung/Studium (11 %; Tab. 3). Während als negative Veränderungen beim Kind Ängste und Sorgen von einem etwa gleichen Anteil von Müttern und Vätern berichtet wird, berichten erkrankte Väter tendenziell häufiger von Traurigkeit und Zurückgezogenheit bei ihrem Kind als Mütter. Mütter beobachten tendenziell häufiger Probleme in Schule und Ausbildung und signifikant häufiger Aggressionen bei ihren Kindern als Väter (15,8 % vs. 5,3 %,  $p(\chi^2) = .015$ ; Abb. 1).



\*  $p(\chi^2) < .05$

**Abbildung 1:** Negative und positive Veränderungen beim Kind/bei den Kindern aus Sicht von an Krebs erkrankten Elternteilen (N = 693)

**Tabelle 3:** Negative Veränderungen in Befinden oder Verhalten von n = 596 Kindern krebskranker Eltern (Angaben des erkrankten Elternteils)

Negative Veränderungen mit Ankerbeispielen	n	%
<i>Ängste/Verlustängste/Sorgen</i>	216	36.2
„Hat Angst, wenn ich Arzttermine habe.“		
„Hat Angst, dass ich sterben könnte.“		
„Sorge nach genetischer Belastung bei ihr, Sorge um mich.“		
<i>Traurigkeit/Antriebslosigkeit/Zurückgezogenheit</i>	157	26.3
„In den ersten drei Jahren war sie oft traurig, hat in der Schule viel geweint.“		
„Oft in sich zurückgezogen.“		
<i>Aggressionen/Gereiztheit</i>	86	14.4
„Erhöhte Aggression.“		
„Mäkelt viel an meiner Vergesslichkeit herum und ist aufsässig, manchmal aggressiv.“		
<i>Schulprobleme/Probleme im Studium/in der Ausbildung</i>	66	11.1
„Sie hatte teilweise Schulschwierigkeiten.“		
„Zunächst Leistungsverlust in der Schule, später Studium abgebrochen.“		
<i>Psychische Probleme</i>	48	8.1
„Depressionen/Borderline.“		
„Psychosen/Angstzustände, Drogenkonsum.“		
<i>Unsicherheit</i>	43	7.2
„Hemmung frei über meine Erkrankung zu sprechen.“		
„Schüchtern, still bei neuen fremden Dingen oder Person (Umgang).“		
<i>Anhänglichkeit</i>	41	6.9
„Er klammert mal mehr mal weniger.“		
„Braucht nachts mütterliche Nähe“		
<i>Unkonzentriertheit/Nervosität</i>	31	5.2
„Schwierigkeiten sich zu konzentrieren.“		
„Unkonzentriert.“		
<i>Vermeidung/Verdrängung</i>	28	4.7
„Wollte nicht darüber reden.“		
„Verdrängt dieses Thema.“		
<i>Weitere körperliche Beschwerden</i>	26	4.4
„Magenbeschwerden, Migräne.“		
„Mit Beginn der Chemo hatte sie ständig irgendwelche Krankheiten.“		
<i>Probleme bzgl. Essverhalten</i>	23	3.9
„Permanente Gewichtszunahme (Übergewicht).“		
„Möchte nicht mehr essen.“		
<i>Probleme bzgl. Schlafverhalten</i>	16	2.7
„Massive Schlafstörungen.“		
„Nachtschreck.“		
<i>Sonstiges</i>	51	8.6
„Es gab zunehmend Schwierigkeiten.“		
„Fühlt sich zu leicht verantwortlich, zu hilfsbereit und pflichtbewusst.“		

### 3.3 Positive Veränderungen

Für 506 Kinder (19,6 % aller Kinder) werden von den erkrankten Eltern positive Veränderungen berichtet, am häufigsten erhöhte Hilfsbereitschaft, Engagement und Aufmerksamkeit (33 % der Kinder, für die positive Veränderungen berichtet werden), mehr Nähe und Kontakt (17 %), größeres Verantwortungsgefühl und Verantwortungsbewusstsein (15 %) und größere Anteilnahme und Empathie (12 %; Tab. 4). Mütter berichten eine Zunahme von Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein bei ihren Kindern signifikant häufiger als Väter (13,3 % vs. 5,3 %,  $p(\chi^2) = .049$ ), während Väter eine Zunahme von Nähe und Kontakt tendenziell häufiger als Mütter beobachten (23,7 % vs. 15,8 %,  $p(\chi^2) = .092$ ; Abb. 1).

### 3.4 Seelische Belastung der Kinder und Veränderungen in Befinden und Verhalten

Die Hälfte (49,7 %) aller Kinder werden vom erkrankten Elternteil zwischen Diagnosestellung und Behandlungsabschluss als seelisch stark oder sehr stark belastet eingeschätzt, dabei werden signifikant mehr Kinder von Müttern als stark oder sehr stark belastet eingeschätzt als von Vätern (53,2 % vs. 39,0 %,  $p(\chi^2) < .001$ ). Für diese Kinder werden signifikant häufiger Angaben zu positiven oder negativen Veränderungen gemacht als für Kinder, die als weniger belastet eingeschätzt werden (52,9 % vs. 24,6 % der Fälle,  $p(\chi^2) < .001$ ). Im Hinblick auf die Art der berichteten Veränderung (positiv vs. negativ vs. beides) gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen initial belasteten bzw. nicht belasteten Kindern ( $p(\chi^2) = .320$ , Tab. 2).

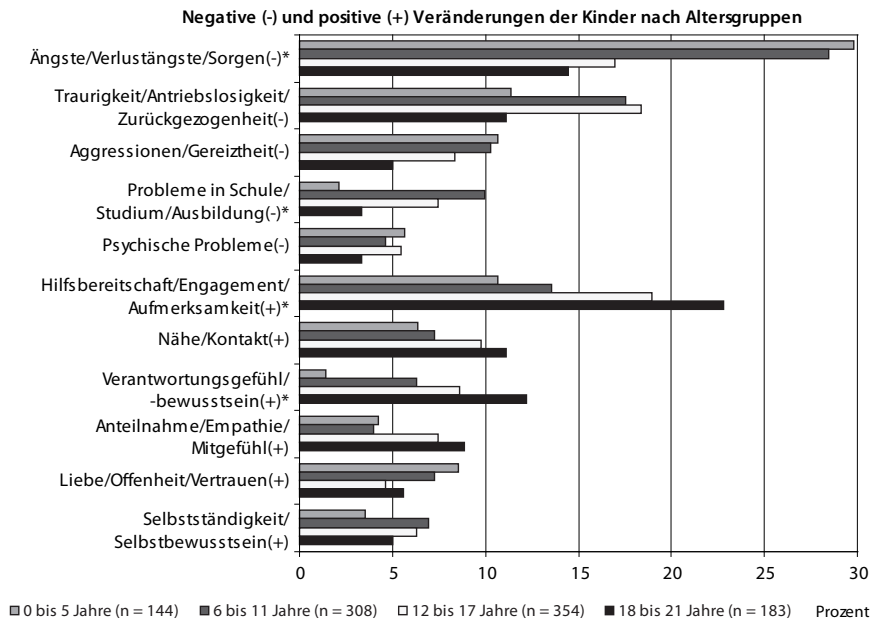
Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Diagnosestellung steigt die Anzahl der Kinder, die aus Elternsicht während Erkrankungs- und Behandlungsphase stark bzw. sehr stark belastet war, leicht (aber statistisch nicht signifikant) an: Wenn die Diagnosestellung bis zu zwei Jahre zurückliegt, schätzen die Eltern 45,7 % der Kinder als stark oder sehr stark belastet ein, wenn sie mehr als sechs Jahre zurückliegt, werden 51,4 % der Kinder als stark oder sehr stark belastet eingeschätzt (3-4 Jahre: 48,3 %, 5-6 Jahre: 52,7 %).

### 3.5 Veränderungen in unterschiedlichen Altersgruppen

Für Kinder bis zwölf Jahre werden signifikant häufiger Ängste, Verlustängste und Sorgen berichtet (ca. 30 %) als für ältere Kinder (14-17 %,  $p(\chi^2) < .001$ ), signifikant seltener wird für diese Kinder eine Zunahme von Hilfsbereitschaft, Engagement und Aufmerksamkeit berichtet (11-14 % vs. 19-23 % bei Kindern von 12 bis 21 Jahre;  $p(\chi^2) = .008$ ). Probleme in Schule/Studium/Ausbildung werden erwartungsgemäß signifikant häufiger bei Kindern von 6 bis 18 Jahre beobachtet (8-10 %) als bei jugerwachsenen Kinder von 18 bis 21 Jahre (3 %,  $p(\chi^2) = .004$ ). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinkt die berichtete Zunahme von Aggression und Gereiztheit und es steigen die berichtete Zunahme von Nähe und Kontaktsuche und von Verantwortungsgefühl und -bewusstsein ( $p(\chi^2) = .002$ ; Abb. 2).

**Tabelle 4:** Positive Veränderungen in Befinden oder Verhalten von n = 506 Kindern krebskranker Eltern (Angaben des erkrankten Elternteils)

Positive Veränderungen mit Ankerbeispielen	n	%
<i>Hilfsbereitschaft/Engagement/Aufmerksamkeit</i>	165	32.6
„Sehr hilfsbereit, immer für mich da gewesen, sich viel mehr um Essen machen gekümmert.“		
„Tiefe Liebe zu mir wurde deutlich samt konkreter Hilfe und Unterstützung in Notsituationen.“		
<i>Nähe/Kontakt</i>	86	17.0
„Mehr Gespräche, Zeit mit mir verbracht.“		
„Ist mehr telefonisch präsent.“		
<i>Verantwortungsgefühl/-bewusstsein</i>	75	14.8
„Pflichtbewusster.“		
„Übernahme von Verantwortung fürs eigene Leben.“		
<i>Anteilnahme/Empathie/Mitgefühl</i>	62	12.3
„Ist sensibler als früher.“		
„Mitgefühl wächst.“		
<i>Selbstständigkeit/Selbstbewusstsein</i>	61	12.1
„Selbstverantwortlichkeit zugenommen, hat am Tiefpunkt gelernt, für eigene Anliegen zu kämpfen. (Schule)“		
„Mehr Selbstbewusstsein.“		
<i>Liebe/Offenheit/Vertrauen</i>	61	12.1
„Zuneigung mir gegenüber.“		
„Mehr Vertrauen, füreinander da sein.“		
<i>Rücksicht</i>	33	6.5
„Noch umsichtigeres Umgehen miteinander.“		
„Mein Sohn ist rücksichtsvoller auf die Befindlichkeit seiner Mitmenschen geworden.“		
<i>Auseinandersetzung/Konflikt</i>	28	5.5
„Sie spricht offen über Gefühle und stellt Fragen über die Erkrankung.“		
„Kann Konflikte besser lösen.“		
<i>Reife</i>	24	4.7
„Ist schnell erwachsener geworden.“		
„Er ist erwachsener als andere.“		
<i>Nachdenklichkeit/Besorgnis</i>	23	4.5
„Besorgter um mich.“		
„Macht sich Gedanken.“		
<i>Anhänglichkeit</i>	17	3.4
„Hat kurze Zeit mit im Bett geschlafen.“		
„Sehr anhänglich.“		
<i>Dankbarkeit</i>	7	1.4
„Weiß die Mutter noch mehr zu schätzen und sieht, dass es auch sehr schlecht hätte ausgehen können.“		
„Ist dankbarer für alles.“		
<i>Sonstiges</i>	57	11.3
„Ausbildung im Gesundheitsdienst begonnen.“		
„Höhere Belastbarkeit.“		



\*  $p(\chi^2) < .01$

Abbildung 2: Positive und negative Veränderungen bei Kindern krebskranker Eltern (n = 991)

## 4 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung werden erstmals Ergebnisse einer epidemiologischen Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema „Kinder krebskranker Eltern“ berichtet. Dabei ist die Studie mit einer Stichprobengröße von 1.809 Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Tumordiagnosen, die zum Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens ein Kind bis 21 Jahre hatten und Angaben zu 2.581 Kindern, bislang einzigartig und trägt zu der in systematischen Reviews geforderten Evidenzbildung anhand quantitativer Studien mit großer Stichprobe bei (Visser et al., 2004). Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wird dadurch erhöht, dass es sich bei der hier untersuchten Stichprobe, anders als in den meisten anderen Studien des Themenfeldes, nicht um eine Inanspruchnahmepopulation von Patienten handelt, die in einem klinischen oder Beratungssetting rekrutiert wurden und entsprechend für sich selbst und/oder ihre Kinder bereits einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung definiert haben.

Der Anteil der Brustkrebspatientinnen liegt bei 53 %, der Anteil der erkrankten Mütter, die sich insgesamt an der Befragung beteiligt haben liegt bei 74 %. Damit sind Frauen in der untersuchten Stichprobe überrepräsentiert, allerdings liegt auch in der Ausgangsstichprobe aller angeschriebenen Personen der Frauenanteil bei 70 %. Vor dem Hintergrund der Inzidenzraten, die bei Frauen in den Altersgruppen unter 60 Jahren höher sind als bei Männern (Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister, 2010) ist dies plausibel. Die untersuchte Stichprobe bildet damit ab, dass in Familien mit krebskrankem Elternteil meist die Mütter erkrankt sind.

#### 4.1 Belastung der Kinder

Ungefähr die Hälfte der Kinder, die bei Diagnosestellung des Elternteils maximal 21 Jahre alt waren, wird vom betroffenen Elternteil retrospektiv für die Zeit der Erkrankung (Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Behandlungsabschluss) als stark oder sehr stark belastet eingeschätzt, unabhängig davon, wie lange die Diagnose des Elternteils zurückliegt. Unter Berücksichtigung der Stichprobenzusammensetzung, in der aus ethischen Gründen Patientinnen und Patienten mit Tumordiagnosen mit hohen Mortalitätsraten (z. B. Lungentumoren, Hirntumoren) und entsprechend potenziell höherer Belastung von Patienten und Angehörigen, nicht berücksichtigt wurden, ist davon auszugehen, dass der Anteil von ca. 50 % stark oder sehr stark belasteter Kinder in Bezug auf die Gesamtpopulation eher eine Unterschätzung der Prävalenz seelischer Belastung darstellt. Darüber hinaus ist auch davon auszugehen, dass die in der Methodik der Studie vorgegebene Beschränkung auf den Elternbericht zumindest für die Altersgruppe der adoleszenten Kinder eine Unterschätzung der Belastung der Kinder und Jugendlichen bedingt. Eine direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen würde mit hoher Wahrscheinlichkeit höhere Belastungsraten ergeben, da studienübergreifend insbesondere adoleszente Kinder im Selbstbericht mehr psychosoziale Symptome und Belastung berichten als von den Elternteilen angegeben wird (Osborn, 2007).

#### 4.2 Befindens- und Verhaltensänderungen

In vielen Studien zu den Auswirkungen einer elterlichen Krebserkrankung werden standardisierte Symptomchecklisten wie z. B. CBCL und YSR (Child Behaviour Checklist und Youth Self Report) eingesetzt und damit ein Fokus auf psychopathologische Auffälligkeiten gelegt (Osborn, 2007). In der hier berichteten Befragung wurde bewusst keine Symptomcheckliste vorgegeben, sondern in einem offenen Antwortformat explizit sowohl nach negativen als auch nach positiven Veränderungen gefragt. Ein verhältnismäßig großer Anteil der Befragten (38 %) nimmt diese Möglichkeit wahr, wobei Veränderungen interessanterweise nicht nur für Kinder berichtet werden, die als während der Erkrankung belastet eingeschätzt werden, sondern auch für ein Viertel der Kinder, die weniger belastet waren. Auch der Befund, dass für fast die Hälfte (47 %) der Kinder, die während der Erkrankung als seelisch belastet eingeschätzt

werden, keine Veränderungen berichtet werden, weist darauf hin, dass aus Elternsicht die seelische Belastung der Kinder während der Erkrankung nicht zwangsläufig zu manifesten Verhaltens- oder Befindlichkeitsänderungen führen muss.

Bei knapp einem Viertel aller Kinder (23 %) berichten die Eltern von negativen Veränderungen in Befinden und Verhalten, gleichzeitig wird für 20 % aller Kinder eine positive Veränderung berichtet. Im Hinblick auf die Richtung der von den Eltern beobachteten Veränderungen fällt auf, dass der Anteil der negativen Veränderungen in der Gruppe der Kleinkinder (bis fünf Jahre) am größten ist und in den älteren Altersgruppen kontinuierlich abnimmt. Für die beobachteten positiven Veränderungen ist dieses Verhältnis genau umgekehrt. Ob negative Veränderungen tatsächlich bei jüngeren Kindern häufiger vorkommen oder ob diese gerade bei jüngeren Kindern von den Eltern besonders stark wahrgenommen werden, kann nicht abschließend geklärt werden. Genauso ist es auch möglich, dass es sich in einem Teil der Fälle, bei denen die Eltern positive Veränderungen beobachten, um eine altersunangemessene Parentifizierung handelt. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive ist gut nachvollziehbar, dass insbesondere Kleinkinder, bei denen eine zentrale Bindungsperson erkrankt, zeitweise abwesend und selbst hochbelastet ist, mit Ängsten und negativen Verhaltenänderungen reagieren (Romer, 2007).

Die qualitativen Auswertungen der berichteten Veränderungen ergeben, dass Eltern auch in einem offenen Antwortformat sowohl internalisierende als auch externalisierende Symptome bei ihren Kindern berichten, wobei internalisierende Symptome häufiger genannt werden (Ängste: 36 %, Traurigkeit: 26 %) als externalisierende Symptome (Aggressionen: 14 %, Schulprobleme: 11 %). Dabei beobachten Mütter häufiger als Väter externalisierende und verhaltensbezogene negative Veränderungen (Aggressionen, Schulprobleme), während Väter häufiger von internalisierenden Symptomen bei ihren Kindern berichten (Ängste, Traurigkeit).

Der Befund, dass sich unter den am häufigsten genannten positiven Veränderungen eine Zunahme von Hilfsbereitschaft, Engagement und Aufmerksamkeit, eine Zunahme von Nähe und Kontakt und eine Zunahme von Verantwortungsgefühl und -bewusstsein berichtet werden, kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass Konzepte wie „benefit-finding“ und „post-traumatic growth“, die in der neueren psychoonkologischen Forschung bei Erwachsenen diskutiert werden (Park, Chmielewski, Blank, 2010; Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner, Arndt, 2011), auch für die Kinder von Krebskranken bedeutsam sein könnten. Mögliche positive Auswirkungen einer elterlichen Krebserkrankung wurden bislang nur in wenigen, qualitativ ausgerichteten, Studien untersucht (z. B. Kennedy u. Lloyd-Williams, 2009).

#### 4.3 Methodische Aspekte

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass im gewählten Forschungsdesign ausschließlich die Einschätzung des erkrankten Elternteils untersucht wurde. Damit bleibt offen, inwieweit der nicht-erkrankte Elternteil mög-



licherweise andere Beobachtungen und Einschätzungen zu seinen Kindern berichten würde. Aus Studien mit einem multiperspektivischen Untersuchungsansatz werden unterschiedliche Einschätzungen der Elternteile berichtet (Visser et al., 2005). Die Tatsache, dass kein Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt wurde, kann ebenfalls als Begrenzung der Aussagekraft der Ergebnisse interpretiert werden. Andererseits bietet die gewählte Befragungsstrategie erstmalig eine große Stichprobe mit Elterneinschätzungen zu Kindern aller Altersgruppen, die somit systematische Informationen auch für Kleinkinder ermöglicht, die in der bisherigen Forschung nicht angemessen vertreten sind (Osborn, 2007).

#### 4.4 Implikationen für die psychosoziale Versorgung

Für etwa die Hälfte aller Kinder sehen die Eltern während der Erkrankung eine starke oder sehr starke seelische Belastung, die sich bei etwa einem Viertel aller Kinder als negative Befindlichkeits- oder Verhaltensänderungen manifestiert. Vor diesem Hintergrund scheint ein Ausbau präventiver psychosozialer Unterstützungsangebote sinnvoll, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass einige vermutlich hochbelastete Patientengruppen, bei denen auch von einer höheren kurz- und langfristigen Belastung der Kinder auszugehen ist, hier nicht befragt werden konnten.

Da es sich bei den hier präsentierten Ergebnissen jeweils um die Sicht der Eltern handelt, und es weder einen Selbstbericht der Kinder noch ein klinisches Expertenurteil gibt, kann nicht abschließend geklärt werden, inwieweit Eltern die Belastung der Kinder gegebenenfalls unter- oder überschätzen. Unabhängig davon ist jedoch für die Inanspruchnahme kind- und familienzentrierter psychosozialer Angebote zunächst die elterliche Einschätzung entscheidend. Für den Fall einer elterlichen Überschätzung der kindlichen Belastung kann in der psychosozialen Versorgung eine Entlastung der Eltern über die Stärkung der Elternfunktion sinnvoll sein. Der Befund, dass von vielen Eltern langfristig auch positive Veränderungen bei ihren Kindern beobachtet werden, könnte zudem als möglicher entlastender Faktor in der Beratung betroffener Eltern dienen.

#### Literatur

- Bergelt, C., Koch, U., Petersen, C. (2008). Quality of Life in Partners of Patients with Cancer. *Quality of Life Research*, 17, 653-663.
- Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (2004). Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft: Entwicklung von Leitlinien für psychosoziale Krebsberatungsstellen. Leitlinien für ambulante Krebsberatungsstellen. Im Internet: [http://www.pso-ag.de/leitlinien\\_beratungsstellen\\_juni2004.pdf](http://www.pso-ag.de/leitlinien_beratungsstellen_juni2004.pdf); Stand: 2004; Zugriff: Juli 2011.
- Diareme, S., Tsiantis, J., Romer, G., Tsalamani, E., Anasontzi, S., Paliokosta, E., Kolaitis, G. (2007). Mental health support for children of parents with somatic illness: A review of theory and intervention concepts. *Families, Systems & Health*, 25, 98-118.

- Ernst, J. C., Beierlein, V., Romer, G., Möller, B., Koch, U., Bergelt, C. (2011). Psychosoziale Versorgung von Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil – Eine Bestandsaufnahme spezifischer Versorgungsangebote in Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 426-434.
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., Weis, J. (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39, 317-323.
- Huizinga, G. A., Visser, A., Zelders-Steyn, Y. E., Teule, J. A., Reijneveld, S. A., Roodbol, P. F. (2011). Psychological impact of having a parent with cancer. *European Journal of Cancer*, 47, S239-246.
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: Prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105, 1158-1165.
- Kennedy, V. L., Lloyd-Williams, M. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psychooncology*, 18, 886-892.
- Kühne, F., Möller, B., Bergelt, C., Krattenmacher, T., Hollerbach, J., Ernst, J. C., Romer, G. (2011). Minderjährige Kinder krebskranker Eltern – Psychosoziale Implikationen und Interventionsansätze. *Der Onkologe*, 17, 1149-1154.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardoff, I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 468-475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Möller, B., Krattenmacher, T., Romer, G. (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. Ein Überblick über Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 19, 69-82.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psychooncology*, 16, 101-126.
- Park, C. L., Chmielewski, J., Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psychooncology*, 19, 1139-1147.
- Pitceathly, C., Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.) (2010). *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends*. Berlin.
- Romer, G. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 870-890.
- Romer, G., Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Romer, G., Kühne, F., Bergelt, C., Möller, B. (2011). Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder krebskranker Eltern: Ein manualisiertes Interventionskonzept kindzentrierter medizinischer Familienberatung. *Psychotherapeut*, 56, 400-408.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Köhler, U., Krauss, O., Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 2071-2076.
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., Baldus, C., Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer: A multinational study. *Cancer*, 115, 4030-4039.

- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., van der Graaf W. T. A., Klip, E. C., Pras, E., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psychooncology*, 14, 746-758.
- Visser, A., Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T., Hoekstra, H. J., Hoekstra-Weebers, J. E. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30, 683-694.

**Korrespondenzanschrift:** PD Dr. Corinna Bergelt, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg; E-Mail: bergelt@uke.de

*Corinna Bergelt, Johanna Christine Ernst, Volker Beierlein, Laura Inhestern, Sarah Holes und Uwe Koch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; Birgit Möller und Georg Romer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*