

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Versorgung von Kindern krebskranker Eltern in Kliniken und Praxen im Großraum Hamburg: Bedarfsanalyse und Optimierungsansätze

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Felix Christian Walther
aus Herdecke

Hamburg 2013

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 17.07.2014**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. G. Romer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. A. Karow

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
ANHANGSVERZEICHNIS	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
1. EINLEITUNG	1
1.1 EINFÜHRUNG	1
1.2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	2
1.2.1 <i>Hintergrund der Arbeit</i>	2
1.2.1.1 Krebsverbreitung in Deutschland	2
1.2.1.2 Psychosoziale Hilfen für Krebspatienten in Hamburg.....	3
1.2.2 <i>Auswirkungen einer elterlichen Krebserkrankung auf das Kind</i>	3
1.2.2.1 Entwicklungspsychologischer Referenzrahmen	4
1.2.2.2 Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern	6
1.2.2.2.1 Selbsteinschätzung des Kindes und der Eltern.....	8
1.2.2.2.2 Risikogruppen.....	8
1.2.2.2.3 Familiäre Faktoren.....	10
1.2.2.2.4 Einfluss der Krankheitsparameter.....	13
1.2.2.3 Auswirkungen auf die Familienstruktur	14
1.2.2.4 Bewältigungsstrategien der Kinder	15
1.2.2.5 Zusammenfassung der Risiko- und Schutzfaktoren	17
1.2.2.6 Langzeitfolgen	18
1.2.2.7 Erkennen von hilfsbedürftigen Kindern.....	19
1.2.3 <i>Hilfsangebote für Kinder krebskranker Eltern</i>	20
1.2.3.1 Familieninterventionen	20
1.2.3.1.1 Hoke (1997) „Short-term psychoeducational intervention“	21
1.2.3.1.2 Kirsch et al. (2003) „Making the Most of the Moment“	22
1.2.3.1.3 Lewis et al. (2006) „The Enhancing Connections Program“	22
1.2.3.1.4 Thastum et al. (2006) „Focused Short-term Preventive Counselling Project“	22
1.2.3.1.5 Schmitt et al. (2007) „Turku model“	22
1.2.3.1.6 Romer et al. (2007) „The Hamburg COSIP Intervention“	23
1.2.3.1.7 Russell und Rauch (2010) „PACT Program“	24
1.2.3.2 Jugendgruppeninterventionen.....	25
1.2.3.2.1 Call (1990) „School-based groups“	25
1.2.3.2.2 Greening (1992) „The ‚Bear Essentials‘ Program“	26
1.2.3.2.3 Taylor-Brown et al. (1993) „Kids Can Cope“	26
1.2.3.2.4 Heiney und Lesesne (1996) „QUEST-program“	26
1.2.3.2.5 Bedway und Smith (1997) „For Kids Only“	27
1.3 HILFSANGEBOTE IM GROßRAUM HAMBURG.....	27
1.3.1 <i>Betreuung durch die Stiftung phönix</i>	28
1.3.2 <i>Hilfestellung durch Frau Dr. Miriam Haagen</i>	28
1.3.3 <i>Beratungsstelle des Universitätsklinikums-Eppendorf</i>	28
1.4 PROBLEMSTELLUNG.....	29
1.4.1 <i>Fragestellungen</i>	29
2. MATERIAL UND METHODEN	34
2.1 DATENERHEBUNG MITTELS FRAGEBÖGEN AN ÄRZTE IM GROßRAUM HAMBURG	34
2.1.1 <i>Ablauf</i>	34
2.1.2 <i>Aufbau der Fragebögen</i>	34
2.1.3 <i>Ausschlusskriterien</i>	36
2.1.4 <i>Rücklauf-, Ausschluss- und Drop-out-Quote</i>	37
2.1.5 <i>Unabhängige Variablen</i>	37
2.1.6 <i>Abhängige Variablen</i>	38
2.1.7 <i>Ermittlung des Versorgungsbedarfs</i>	38
2.1.8 <i>Ermittlung von Optimierungsansätzen</i>	38
2.2 BEFRAGUNG VON ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN MITTELS INTERVIEW	38
2.2.1 <i>Ablauf</i>	38

2.2.2 Aufbau der Interviews	39
3. ERGEBNISSE	40
3.1 TEILNEHMERBESCHREIBUNG DER FRAGEBOGENERHEBUNG	40
3.2 ERGEBNISSE AUS DER FRAGEBOGENERHEBUNG	41
3.2.1 Datenbeschreibung.....	42
3.2.1.1 Häufigkeiten von Familien mit krebserkrankten Eltern.....	42
3.2.1.2 Problemeinschätzungen und Beratungsbedarf	46
3.2.1.3 Umgang mit minderjährigen Kindern krebserkrankter Patienten	50
3.2.1.4 Patientenwunsch nach Hilfen für ihre minderjährigen Kinder	53
3.2.1.5 Erschwerende Faktoren zur Einbeziehung der Kinder.....	54
3.2.1.6 Weiterführende Maßnahmen psychosozialer Versorgung.....	59
3.2.1.7 Qualifikation im Bereich Psychoonkologie.....	61
3.2.1.8 Wunsch nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten.....	62
3.2.2 Auswertung der T-Tests.....	64
3.2.2.1 Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzte	64
3.2.2.2 Unterschiede zwischen Urologie und Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie	64
3.2.2.3 Unterschiede zwischen Gynäkologie und Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin	66
3.2.2.4 Unterschiede zwischen Kliniken und Praxen	68
3.2.2.5 Unterschiede zwischen jüngeren (bis 50 Jahre) und älteren Ärzten (über 50 Jahre)	68
3.3 TEILNEHMERBESCHREIBUNG DER INTERVIEWS	69
3.4 ERGEBNISSE DER INTERVIEWS.....	69
3.4.1 Ergebnisse aus der Befragung der Fachärzte.....	69
3.4.2 Ergebnisse aus der Befragung der Therapeuten	72
4. DISKUSSION	74
4.1 UNTERSCHIEDLICHE EINSCHÄTZUNGEN IN DER ÄRZTESCHAFT	74
4.2 EINSCHRÄNKUNGEN.....	77
4.3 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS UND WEITERE FORSCHUNG	78
4.3.1 Optimierungsansätze.....	79
4.3.2 Weiterführende Forschung	82
5. ZUSAMMENFASSUNG - ABSTRACT.....	83
6. ANHANG	85
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	114
8. DANKSAGUNG.....	122
9. LEBENS LAUF	123
10. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausschluss	36
Abbildung 2:	Allgemeine Teilnehmerbeschreibung der Fragebogenerhebung.....	40
Abbildung 3:	Geschlechterverteilung nach Fachprofessionen	41
Abbildung 4:	Anzahl jeweils betreuter erwachsener Krebspatienten pro Jahr.....	42
Abbildung 5:	Anteil der Krebspatienten im Alter von 18 bis 55 Jahren	43
Abbildung 6:	Anteil der Krebspatienten mit minderjährigen Kindern.....	44
Abbildung 7:	Anamnese nach minderjährigen Kindern	45
Abbildung 8:	Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Problemen bei Kindern krebskranker Eltern	46
Abbildung 9:	Geschätzter Anteil der Familien mit Problemen bei Kindern krebskranker Eltern	47
Abbildung 10:	Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Beratungsbedarf bei betroffenen Familien	48
Abbildung 11:	Geschätzter Anteil der betroffenen Familien mit Beratungsbedarf.....	49
Abbildung 12:	Beratung der Patienten über Mitteilung der Diagnose an minderjährige Kinder	50
Abbildung 13:	Angebot an minderjährige Kinder als Angehörige an Gespräch teilzunehmen	51
Abbildung 14:	Angebot separater Aufklärungsgespräche für minderjährige Kinder als Angehörige	51
Abbildung 15:	Wunsch nach professioneller Unterstützung zur Einbeziehung minderjähriger Kinder als Angehörige.....	52
Abbildung 16:	Von Ärzten wahrgenommener Anteil der Krebspatienten mit Hilfewunsch für ihre minderjährigen Kinder.....	53
Abbildung 17:	Gespräche mit/über minderjährige Kinder nicht vorgesehen.....	55
Abbildung 18:	Keine Zeit für Gespräche mit/über minderjährige Kinder	55
Abbildung 19:	Kein richtiger Moment für Gespräche mit/über minderjährige Kinder	56
Abbildung 20:	Mitarbeiter sind für Gespräche mit/über minderjährige Kinder nicht ausgebildet.....	56
Abbildung 21:	Gespräche mit/über minderjährige Kinder sollten stationär (bei Praxis)/ambulant (bei Klinik) stattfinden	57
Abbildung 22:	Empfehlung keiner weiterführenden Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung betroffener Kinder	59
Abbildung 23:	Von Ärzten empfohlene weiterführende Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung betroffener Kinder	60
Abbildung 24:	Qualifikation im Bereich Psychoonkologie bei Ärzten oder Mitarbeitern.....	61
Abbildung 25:	Wunsch nach Weiterbildungsangeboten	62
Abbildung 26:	Wunsch nach Unterstützungsangeboten durch Fachleute	63

Anhangsverzeichnis

Anhang 1:	Fragebogen zur Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern	85
Anhang 2:	Rücklauf-, Ausschluss- und Drop-out-Quote.....	87
Anhang 3:	Teilnehmerbeschreibung der Fragebogenerhebung	87
Anhang 4:	Anzahl jeweils betreuter erwachsener Krebspatienten pro Jahr	87
Anhang 5:	Anamnese nach minderjährigen Kindern.....	88
Anhang 6:	Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Problemen bei Kindern krebskranker Eltern	88
Anhang 7:	Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Beratungsbedarf bei betroffenen Familien	88
Anhang 8:	Umgang mit minderjährigen Kindern der Krebspatienten.....	88
Anhang 9:	Erschwerende Faktoren für Gespräche mit/über betroffene Kinder	89
Anhang 10:	Von Ärzten empfohlene weiterführende Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung betroffener Kinder	90
Anhang 11:	Empfehlung von Kinderpsychologen als weiterführende Maßnahme	91
Anhang 12:	Empfehlung der Krebsberatungsstelle als weiterführende Maßnahme.....	91
Anhang 13:	Empfehlung von Hausärzten als weiterführende Maßnahme	92
Anhang 14:	Empfehlung von Selbsthilfegruppen als weiterführende Maßnahme	92
Anhang 15:	Empfehlung von Pfarrern/Seelsorgern als weiterführende Maßnahme	93
Anhang 16:	Empfehlung von der Beratung durch die eigene Stelle als weiterführende Maßnahme.....	93
Anhang 17:	Empfehlung von Erziehungsberatungsstellen/Familientherapien als weiterführende Maßnahme	94
Anhang 18:	Empfehlung von Psychoonkologen als weiterführende Maßnahme.....	94
Anhang 19:	Empfehlung von Kinderärzten als weiterführende Maßnahme	95
Anhang 20:	Empfehlung des Sozialen Dienstes als weiterführende Maßnahme	95
Anhang 21:	Empfehlung des Jugendamts als weiterführende Maßnahme	96
Anhang 22:	Qualifikation im Bereich Psychoonkologie bei Ärzten oder Mitarbeitern	96
Anhang 23:	Wunsch nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten	96
Anhang 24:	Statistiken der Geschlechtergruppen.....	97
Anhang 25:	T-Tests der Geschlechtergruppen	98
Anhang 26:	Statistiken nach Fachprofessionen	99
Anhang 27:	T-Tests zwischen Urologie und Allgemeinmedizin.....	100
Anhang 28:	T-Tests zwischen Urologie und Innere Medizin.....	100
Anhang 29:	T-Tests zwischen Urologie und Gynäkologie.....	101
Anhang 30:	T-Tests zwischen Gynäkologie und Allgemeinmedizin	102
Anhang 31:	T-Tests zwischen Gynäkologie und Innere Medizin	103
Anhang 32:	Statistiken der Kliniken und Praxen.....	104
Anhang 33:	T-Tests zwischen Kliniken und Praxen	105
Anhang 34:	Statistiken der Altersgruppen.....	106
Anhang 35:	T-Tests der Altersgruppen	107
Anhang 36:	Interview mit Ärzten	108
Anhang 37:	Interview mit Therapeuten	112

Abkürzungsverzeichnis

COSIP	Children of Somatically Ill Parents (deutsch: Kinder körperlich kranker Eltern)
Ø	Mittelwert
Ø _{Allg.}	Mittelwert der Allgemeinmedizin
Ø _{ältere}	Mittelwert der Ärzte über 50 Jahre
Ø _{Gyn.}	Mittelwert der Gynäkologie
Ø _{Innere}	Mittelwert der Inneren Medizin
Ø _{jüngere}	Mittelwert der Ärzte bis 50 Jahre
PACT	Parenting At a Challenging Time (deutsch: Kindererziehung in einer herausfordernden Zeit)
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1. Einleitung

1.1 Einführung

Krebs ist jetzt schon in Deutschland die zweithäufigste Todesursache und wird in Zukunft weiter zunehmen. Dabei haben sich in den letzten Jahrzehnten die Neuerkrankungsraten stetig gesteigert. Auch zukünftig ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung mit einer weiteren Zunahme zu rechnen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012; Statistisches Bundesamt, 2013). Gleichzeitig verschiebt sich die reproduktive Lebensphase in ein immer höheres Lebensalter (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2012). So ist damit zu rechnen, dass immer mehr minderjährige Kinder mit einer elterlichen Krebserkrankung konfrontiert werden. Dabei sind heute schon in Deutschland jährlich bis zu 200.000 Kinder von einer neu diagnostizierten Krebserkrankung eines Elternteils betroffen (Deutsche Krebshilfe, 2009). Die Auswirkungen einer solch lebensbedrohlichen Erkrankung auf die Betroffenen selbst, ihre Partner und ihre Kinder sind in den letzten Jahren ausgiebig erforscht worden (Andrykowski et al., 2003; Pitceathly und Maguire, 2003) und haben zu psychoonkologischen Betreuungsangeboten für Krebspatienten geführt (Kash et al., 2005). Obwohl Studien die psychologische Belastung der Kinder in Verhaltensänderungen und emotionalen Auswirkungen, besonders Angst und Depression, nachweisen konnten (Romer et al., 2002a; Visser et al., 2004), sind spezielle, strukturierte Hilfsangebote für Kinder krebskranker Eltern aber immer noch selten.

Am Beispiel des Großraums Hamburgs (ca. 1,8 Millionen Einwohner) soll der Bedarf zur Versorgung von Kindern krebskranker Eltern untersucht und so die Notwendigkeit spezieller Betreuungsangebote für betroffene Kinder gezeigt werden. Dabei sollen Unterschiede in der Bedarfseinschätzung von onkologischen Ärzten herausgearbeitet werden, die helfen, zukünftig individualisierte Versorgungsmöglichkeiten anbieten zu können. Darüberhinaus sollen konkrete Verbesserungsansätze die Ausarbeitung entsprechender Hilfen anstoßen. Ziel ist es damit letztendlich, die Versorgung von Kindern krebskranker Eltern zu verbessern, um so bei diesen Probleme aufgrund der elterlichen Erkrankung präventiv vermindern oder verhindern zu können.

Durch Befragungen von Ärzten an allen onkologischen Schnittstellen im Großraum Hamburg werden mittels Fragebögen quantitativ der Versorgungsbedarf und Verbesserungswünsche erhoben. Dabei sollen Unterschiede nach Geschlecht, Fachprofession, Alter und Klinik- oder Praxiserfahrung des Arztes aufgezeigt werden. Des Weiteren sollen durch einzelne Interviews mit onkologischen Ärzten und Psychotherapeuten, welche die Kinder krebskranker Eltern

betreuen, qualitativ der Bedarf zur Versorgung der Kinder eingeschätzt und konkrete Verbesserungsvorschläge aufgezeigt werden.

Eine solche Bedarfsanalyse durch die onkologischen Ärzte hat es bisher noch nicht gegeben. Dabei hat sich herausgestellt, dass Krebspatienten eine über die medizinischen Belange hinausgehende, vertrauensvolle Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt aufbauen und so durch seine Anleitung am besten für psychologische Hilfen ihrer Kinder erreicht werden können (Romer et al., 2007). Eine flächendeckende Versorgung von minderjährigen Kindern krebskranker Eltern kann deshalb nur in Zusammenarbeit mit den onkologischen Ärzten etabliert werden. Ihrer Einschätzung sollte daher auch entsprechende Beachtung geschenkt werden.

Im Folgenden sollen nun zunächst die Hintergründe dieser Arbeit und die Auswirkungen der elterlichen Krebserkrankung auf die Kinder näher beschrieben werden. Anschließend werden bisher bekannte Interventionsangebote und die in Hamburg vorhandenen Versorgungsangebote für Kinder krebskranker Eltern kurz vorgestellt. Im Anschluss folgt die Bedarfsanalyse mit der Erarbeitung möglicher Optimierungsansätze.

1.2 Theoretische Grundlagen

1.2.1 Hintergrund der Arbeit

Krebs ist weit mehr als nur ein Randphänomen und betrifft immer mehr Menschen im Laufe ihres Lebens. Dies hat zwar dazu geführt, dass mittlerweile diverse Unterstützungsangebote für betroffene Patienten angeboten werden, aber spezielle Versorgungsangebote für evtl. vorhandene minderjährige Kinder dieser Patienten bilden immer noch die Ausnahme.

1.2.1.1 Krebsverbreitung in Deutschland

In Deutschland sind im Jahr 2008 613,0 Männer und 532,7 Frauen pro 100.000 Personen an Krebs erkrankt. Von 1980 bis 2006 hat sich die Zahl der Neuerkrankungen bei Frauen um 35% und bei Männern sogar um 80% gesteigert (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012). Auch in Zukunft ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung mit einem weiteren Anstieg zu rechnen. Krebs ist in Deutschland nach Herz-Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache. In den letzten 30 Jahren hat sich der Anteil an Todesfällen um fast 25% gesteigert (Statistisches Bundesamt, 2013).

In Hamburg lag 2011 das Durchschnittsalter der Mutter bei Geburt ihres Kindes bei 31,5 Jahren, bei ihrem vierten oder weiteren Kind sogar bei 33,5 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2011). Damit ist das Durchschnittsalter der Mutter, wenn das Kind das 18. Lebensjahr

vollendet hat, 49,5 bzw. 51,5 Jahre. Obwohl das größte Erkrankungsrisiko im hohen Lebensalter liegt, hat eine 40-jährige Frau bereits ein Risiko von 1,9% (eine von 52) in den nächsten zehn Jahren an Krebs zu erkranken, eine 50-jährige Frau sogar 6,4% (eine von 16). Zwischen dem 25. und 54. Lebensjahr sind Frauen, statistisch gesehen, häufiger von einer Krebserkrankung betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Männer bei Krebsneuerkrankungen stark an (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012). Hiervon ausgehend, lässt sich also festhalten, dass Kinder, deren Eltern bei der Geburt überdurchschnittlich alt sind, auch stärker gefährdet sind, dass zumindest ein Elternteil während ihrer Jugend an Krebs erkrankt. Sind die Eltern in etwa gleich alt, ist bis zum 54. Lebensjahr die Gefahr einer mütterlichen Krebserkrankung wahrscheinlicher. Bei Vätern, die bei der Geburt ihres Kindes schon älter als 55 Jahre sind, gibt es ein erhöhtes Risiko einer Krebserkrankung väterlicherseits. Insgesamt schätzt die Deutsche Krebshilfe (2009), dass jährlich bis zu 200.000 minderjährige Kinder von einer neu diagnostizierten Krebserkrankung eines Elternteils betroffen sind.

1.2.1.2 Psychosoziale Hilfen für Krebspatienten in Hamburg

Für Krebspatienten selbst gibt es in Hamburg eine Vielzahl von Anlaufstellen. Der erste Kontakt wird meist schon im Krankenhaus durch den hauseigenen Sozialdienst hergestellt. Er hilft in der Organisation der medizinischen Versorgung und bietet Informationen zu Beratungsmöglichkeiten. Neben Krankenhausseelsorgern bieten viele onkologische Stationen auch einen psychologischen Dienst an, der den Betroffenen bei der Bewältigung der Krankheit helfen kann. Außerhalb des Krankenhauses gibt es den Krebsberatungsdienst der „Hamburger Krebsgesellschaft e. V.“, der sowohl Kurse als auch telefonische Beratung ermöglicht. Weitere Beratungsstellen bieten der „AWO Landesverband Hamburg e. V.“, die „Stiftung phönix“, „Hilfe nach Krebs Hamburg e. V.“, „Beratungsstelle Charon“ und „BreastHealth Bewusst handeln gegen Brustkrebs e. V.“ an. Seit einigen Jahren gibt es auch zunehmend Selbsthilfegruppen in den einzelnen Stadtteilen, in denen sich Betroffene untereinander austauschen können (Freie und Hansestadt Hamburg, 2007).

Obwohl viele dieser Beratungsstellen auch eine zusätzliche Betreuung naher Angehöriger anbieten, richten sich die Angebote primär an den Krebspatienten selbst. Gerade eine adäquate Versorgung möglicher Kinder des Betroffenen können diese nicht leisten.

1.2.2 Auswirkungen einer elterlichen Krebserkrankung auf das Kind

Die Folgen einer elterlichen Krebsdiagnose mit anschließender Behandlung und eventuellem Verlust des Elternteils wirken sich auf das Familienleben weitreichend aus: Es kommt zu

physischen und emotionalen Veränderungen als auch zu Verhaltensänderungen der Eltern und zu einer insgesamt veränderten Familiensituation (Lewis, 1996). Kinder zeigen ebenfalls Veränderungen ihres physischen und emotionalen Zustands sowohl in ihrem Verhalten als auch in ihrer Schulleistung (Visser et al., 2004). Die zusätzliche Belastung der Eltern durch die Krebserkrankung erschwert es ihnen, ihrer Elternrolle mit gleicher Sorgfalt wie vor der Erkrankung auch weiterhin gerecht zu werden. Dennoch ist es den Eltern ein zentrales Anliegen, dass ihre Kinder bestmöglich während der Erkrankung begleitet werden (Helseth und Ulfsaet, 2005).

1.2.2.1 Entwicklungspsychologischer Referenzrahmen

Das Alter ist ein wichtiger Parameter zur Einschätzung der geistigen Entwicklung des Kindes. Nach Piaget (1983) kann zwischen einem präoperationalem Stadium (ca. 2-7 Jahre), konkreten Operationen (ca. 7-11 Jahre) und formalen Operationen (über 11 Jahre) unterschieden werden. Das präoperationale Stadium ist durch kindliches, magisches Denken gekennzeichnet. Im Stadium der konkreten Operationen beginnt das Kind Zusammenhänge zu erkennen und zwischen sich und der Umwelt zu unterscheiden. Mit dem Erreichen des Stadiums der formalen Operationen können abstrakte Konzepte erkannt und verstanden werden. Um das kindliche Verständnis von der elterlichen Krebserkrankung einschätzen zu können, muss v. a. zwischen den Krankheitskonzepten in der Kindesentwicklung und dem kindlichen zwischenmenschlichen Verständnis unterschieden werden (Armsden und Lewis, 1993): Die kindlichen Krankheitskonzepte ändern sich dabei mit den Stadien der geistigen Entwicklung. So empfinden Kindergartenkinder im durch magisches Denken geprägtem präoperationalem Stadium Krankheit als magisch oder als Folge von Missachtung von Regeln. Kinder der vierten Klasse im Stadium der konkreten Operationen glauben, die übermäßige Anwesenheit von Keimen verursache die Krankheit. Erst mit ca. zwölf Jahren, wenn abstraktes Denken im Stadium der formalen Operationen möglich wird, können die komplexen und multiplen Gründe der Krankheit richtig erkannt und verstanden werden (Perrin und Gerrity, 1981). Bei jüngeren Kindern lässt ihr zwischenmenschliches Verständnis es oft nicht zu, die Gefühlszustände ihrer Eltern von ihren eigenen zu differenzieren. Ältere Kinder hingegen können die negativen Emotionen des erkrankten Elternteils mit seiner Krankheit in Verbindung bringen und von ihren eigenen Gefühlen abgrenzen.

Das Alter des Kindes spielt auch bei den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung eine Rolle. Kommt es schon während der Schwangerschaft bei der Mutter zu einer Krebsdiagnose, können möglicherweise nötige Maßnahmen wie Chemo- oder Strahlentherapie mit Rücksicht

auf den Fötus nicht erfolgen. Dieser Konflikt zwischen dem Wunsch der Mutter zu überleben und dem Recht des Kindes auf Unversehrtheit kann zu Vorwürfen der Mutter gegenüber ihrem Kind und einer „Überlebensschuld“ des Kindes führen (Riedesser und Schulte-Markwort, 1999). Im Säuglingsalter (0-12 Monate) werden durch die Krebserkrankung notwendige Trennungen für stationäre Behandlungen des erkrankten Elternteils vom Kind als existenzielle Bedrohung wahrgenommen, da ein Säugling eine sichere Wiederkehr des Elternteils noch nicht verstehen kann. Ebenso wird durch die Belastung der Eltern der Aufbau der Eltern-Kind-Bindung erschwert. Handelt es sich bei dem erkrankten Elternteil um die primäre Bindungsperson, also meist die Mutter, sind diese Effekte besonders gravierend (Romer und Haagen, 2007). In der Kleinkindzeit (1-3 Jahre) ist das Kind auf eine enge Bindung zu der Mutter angewiesen, um seine Umwelt angstfrei entdecken zu können. Ist die Mutter zu dieser Zeit überwiegend ängstlich, z. B. durch eine Krebserkrankung, so kann sich diese Ängstlichkeit auf das Kind übertragen (Riedesser, 2005). Trennungen in dieser Zeit werden vom Kleinkind möglicherweise subjektiv als Bestrafung durch Verlassenwerden wahrgenommen. Verändern sich aufgrund der Erkrankung im Familienalltag vertraute Alltagsrituale, die dem Kind bisher Sicherheit und Orientierung gegeben haben, kann es zu Entwicklungsrückschritten kommen. Bereits erworbene Kompetenzen scheinen vorübergehend wieder verloren zu sein (Romer und Haagen, 2007). Körperlich sichtbare Veränderungen des erkrankten Elternteils, besonders durch die Nebenwirkungen der operativen, Strahlen- oder Chemotherapie, wie Amputationen oder Haarausfall, führen bei Kleinkindern häufig zu Verstümmelungsängsten, die über die medizinische Wirklichkeit weit hinausgehen (Romer et al., 2002b). Im Vorschulalter (3-5 Jahre) kann das magische Denken des Kindes zu schuldhaften Kausalitätsvorstellungen führen, z. B. durch Wut gegenüber dem Elternteil oder durch Missachtung von Regeln für die Krankheit verantwortlich zu sein (Perrin und Gerrity, 1981). Ferner kann in diesem Alter der ernste Gesichtsausdruck der Eltern fälschlicherweise als Signal interpretiert werden, dass Spaß bzw. Lachen oder Verspieltheit unerwünscht seien (Lewandowski, 1992). Schulkinder (6-11 Jahre) können schon konkret über die Folgen und Belastungen der elterlichen Erkrankung reflektieren. Diese Wahrnehmung kann dazu führen, dass Kinder in diesem Alter ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse zurückstellen und als unwichtig betrachten (Lewandowski, 1992). Auch körperliche Veränderungen des erkrankten Elternteils werden in dieser Altersstufe sensibel wahrgenommen und können das Bild von der eigenen körperlichen Entwicklung nachhaltig irritieren (Rost, 1992; zit. n. Romer und Haagen, 2007). Bei Schulkindern äußern sich auch die emotionalen Belastungen häufig in somatischen Beschwerden wie Kopf-

Bauchschmerzen oder Einnässen (Romer et al., 2002b). Jugendliche (12-17 Jahre) übernehmen in der Regel, wie es auch von ihnen gefordert wird, mehr Verantwortung sowohl für den erkrankten Elternteil als auch für die ganze Familie. Dies führt dazu, dass die für dieses Alter natürlichen Autonomiewünsche als schuldbeladen empfunden und damit eingeschränkt werden (Lewis et al., 1985; zit. n. Romer und Haagen, 2007; Riedesser und Schulte-Markwort, 1999). Insgesamt konnten Visser et al. (2004) in einer Analyse mehrerer Studien bei Jugendlichen krebskranker Eltern mehr emotionale Probleme nachweisen als bei Schulkindern.

1.2.2.2 Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern

Durch Gespräche mit betroffenen Kindern konnten Christ et al. (1993) Anzeichen von Depressionen, tiefe Traurigkeit, Ängstlichkeit, Wut, Schuldgefühle und Angst, um sowohl den kranken als auch den gesunden Elternteil bzw. die Familie als Ganzes und ihre eigene Zukunft erkennen. Die jüngeren Kinder fürchten oft den Untergang ihrer Welt und einen kompletten Verlust ihres normalen Lebens. Sie sind meist ängstlich, traurig, zerstreut und können häufig ihre Emotionen nicht kontrollieren. Gerade jüngere Kinder begegnen der Angst vor dem Tod des erkrankten Elternteils mit abwechselnden Gefühlen, die einerseits ein mögliches Sterben verleugnen und andererseits sich des möglichen Todes bewusst sind (Christ et al., 1993). Ältere Kinder neigen zunächst eher dazu, ihr Leid zu verstecken, und wirken dadurch belastet. Jugendliche können in der Regel offen über die Krankheit und ihre Umstände reden, finden aber selten Zugang zu ihren Gefühlen und versuchen sich emotional möglichst von der elterlichen Erkrankung loszulösen. Manche flüchten sich daher geradezu in ihre alltäglichen Aktivitäten und verstärken die natürliche, jugendliche Loslösung von der Familie (Christ et al., 1994). Gerade ältere Kinder und Jugendliche zeigen im Vergleich zu ihren Altersgenossen vermehrt Depressionsanzeichen, Angstzustände und ein geringeres Selbstwertgefühl (Siegel et al., 1992).

Die Auswirkungen der elterlichen Krebserkrankung zeigen sich häufig auch in typischen Verhaltensänderungen des Kindes. Jüngere Kinder sorgen sich um Änderungen ihres bisher bekannten Alltags und fürchten, in Zukunft eine große Verantwortung in der Familie übernehmen zu müssen. Diese wird manchmal sogar dermaßen unrealistisch überschätzt, dass sie für ein Kind nicht zu erfüllen ist. Aus diesem Stress resultieren oft Schlafstörungen, körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten und häufige Konflikte mit Eltern, Geschwistern und Freunden oder ein Rückzug des Kindes (Christ et al., 1993). Jugendliche können mit dem Stress in der Regel so zurechtkommen, dass es nur selten

zu gravierenden Verhaltensänderungen kommt. Gibt es Probleme, wie aggressives oder kriminelles Verhalten, Drogenmissbrauch oder übermäßige sexuelle Freizügigkeit, dann haben meistens die einzelnen Jugendlichen selbst oder in ihrer Familie früher schon psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten erlebt. Nicht selten kommt es aber zu temporären Depressionen mit dem dafür typischen Verhalten wie Rückzug und Fokussierung auf das Negative (Christ et al., 1994). Eine schlechte Funktionsweise der Familie kann als häufigster Grund für Verhaltensprobleme gesehen werden (Watson et al., 2006). Huizinga et al. (2011) fanden heraus, dass das Alter des Jugendlichen der beste Prädiktor für Verhaltensauffälligkeiten ist. Sie vermuten, dass Heranwachsende eher Verhaltensprobleme aufweisen, da sie den Stress und die Sorgen der Eltern im Gegensatz zu jüngeren Kindern mehr mitbekommen. Verhaltensauffälligkeiten, gerade bei Jugendlichen, sollten immer auch Anlass zur professionellen Betreuung sein.

Die Symptome der Erkrankung selbst, aber auch die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der operativen, Chemo- und Strahlentherapie sind die primär sichtbaren Folgen der Krankheit für angehörige Kinder. Besonders häufiges Übereben, Blutungen, körperliche Entstellungen, geistiger Abbau und Haarausfall des krebserkrankten Elternteils belasten diese Kinder und Jugendlichen zusätzlich. Häufig wird anhand der Symptome die Schwere der Krankheit wahrgenommen. Therapienebenwirkungen werden oft missverständlich als Verschlechterung empfunden und daher als schädlich gesehen. Analog dazu rufen palliative Maßnahmen, die lediglich die Symptome verbessern, häufig falsche Hoffnungen der Kinder hervor (Christ et al., 1993). Ein Rezidiv der Krebserkrankung wird mit Stresssymptomen und internalisierenden Problemen der Kinder assoziiert (Huizinga et al., 2011).

Oftmals empfinden Kinder auch Schuldgefühle, zumindest eine Mitverantwortung der Krankheit, durch ihr eigenes Verhalten, da sie die Ursachen der Erkrankung nicht überblicken können (Christ et al., 1993). Jugendliche fühlen sich weniger für den Krebs verantwortlich, empfinden aber Schuldgefühle, dass sie auch kritisch über den erkrankten Elternteil denken und das Verlangen haben, sich von der Familie zu lösen (Christ et al., 1994). Den Kindern und Jugendlichen fällt es schwer, in der Schule konzentriert zu bleiben und sie sorgen sich, weiterhin ihre Leistungen bringen zu können. Dies wird durch mögliche Kritik der Lehrer noch verstärkt (Christ et al., 1993). Können die Eltern ihrer Funktion nicht mehr im vollen Umfang nachkommen, begünstigt dies bei Jugendlichen brustkrebskranker Mütter auch eine geringere Selbstachtung (Lewis und Hammond, 1996).

1.2.2.2.1 Selbsteinschätzung des Kindes und der Eltern

Besonders auffällig ist der Unterschied zwischen eigenen Angaben der Heranwachsenden und denen ihrer Eltern. Jugendliche berichten von erheblich mehr Problemen mit der Situation, als ihre Eltern wahrnehmen. Im Gegensatz zu ihren heranwachsenden Kindern sehen Eltern nur wenige oder keine Anzeichen für mehr emotionalen Stress oder Verhaltensauffälligkeiten (Welch et al., 1996). Besonders ausgeprägt zeigt sich dies in der väterlichen Einschätzung. Nach Visser et al. (2005) gibt es eine große Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Jugendlichen über ihre Probleme und der des Vaters, während die Einschätzung der Mutter mit der Sichtweise des Kindes vergleichbar ist. Hier zeigt sich also auch eine unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den Elternteilen. Väter erkennen weniger Probleme als die Mütter, die Jugendlichen selbst oder sogar deren Lehrer und können diese auch nicht vorhersehen (Watson et al., 2006).

Jüngere Kinder hingegen geben in ihrer Selbsteinschätzung keine Anzeichen für ein signifikant erhöhtes Stresslevel an und stimmen daher mit ihren Eltern überein. Ihre überaus positive Einschätzung legt aber die Vermutung nahe, dass sie sich selbst besser präsentieren, um ihr Leid zu kaschieren (Welch et al., 1996). Ihre Angaben sollten daher immer mit Vorsicht gesehen werden.

Generell sollten sowohl die Eltern als auch das Kind nach ihren Einschätzungen befragt werden, um mögliche Kommunikationsprobleme aufzudecken und den Bedarf an professioneller Hilfe richtig einschätzen zu können. Die Eltern, besonders die Väter, sollten auf das Problem des Unterschätzens hingewiesen und dadurch zusätzlich für die Problematik sensibilisiert werden.

1.2.2.2.2 Risikogruppen

Zusammenhänge zwischen den Auswirkungen der elterlichen Krebserkrankung und den kindlichen Parametern, wie Alter oder Geschlecht, sind in vielen Studien untersucht worden, konnten bisher aber keine einheitlichen Ergebnisse liefern. Während manche bei betroffenen Mädchen mehr Probleme als bei Jungen erkannten (Huizinga et al., 2005b; Visser et al., 2007), konnten andere keine unterschiedlichen Auswirkungen je nach Geschlecht des Kindes nachweisen (Visser et al., 2006; Watson et al., 2006). Ähnlich verhält es sich mit dem Alter des Kindes: Visser et al. (2006) konnten bei den jeweils ältesten Schulkindern der Familien mehr internalisierende Probleme erkennen als bei ihren jüngeren Geschwistern. Hingegen konnten Watson et al. (2006) keine Unterschiede in der Auswirkung der elterlichen Erkrankung je nach Alter des Kindes feststellen. Es ist also schwierig, einzelne Faktoren für

eine Begünstigung der kindlichen Probleme herauszufiltern. Vielmehr scheinen bestimmte Konstellationen der einzelnen Parameter das Risiko für Probleme bei den Kindern zu erhöhen. Dabei konnten bisher folgende Risikogruppen identifiziert werden:

Jugendliche Mädchen zeigen bei elterlicher Krebserkrankung die meisten Symptome (Compas et al., 1994; Huizinga et al., 2011; Welch et al., 1996). Dies mag daran liegen, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen eine größere zwischenmenschliche Fürsorglichkeit wahrnehmen und stärker bei Problemen ihnen wichtiger Personen mitfühlen (Gore et al., 1993). Auch die von Jugendlichen als sehr belastend und stressig angegebene zusätzliche Verantwortung im Haushalt und in der Familie trifft aufgrund der traditionellen Frauenrolle besonders die Mädchen (Christ et al., 1994). Dieser Umstand wird als größter Stressfaktor für Mädchen gesehen und lässt eine Erkrankung der Mutter als noch problematischer erscheinen. Mädchen mit kranker Mutter geben in der Selbsteinschätzung an, mehr Probleme zu haben als die mit einer väterlichen Erkrankung (Grant und Compas, 1995; Welch et al., 1996). Bei einer Brustkrebserkrankung der Mutter kommt zusätzlich die Sorge, später selber an Brustkrebs zu erkranken (Spira und Kenemore, 2000). Da das eigene pubertäre Brustwachstum zur gleichen Zeit des malignen Wachstums der mütterlichen Brust stattfindet, kann auch die eigene sexuelle Entwicklung gestört werden (Pott et al., 2005). Alles in allem lassen sich jugendliche Mädchen als die größte Risikogruppe identifizieren, und ihnen sollte daher immer ein besonderes Augenmerk gewidmet sein.

Während jugendliche Mädchen ein besonders hohes Stressmaximum früh nach der Diagnose der Krebserkrankung ihrer Mutter angeben, welches mit der Zeit abfällt, kommt es bei Jungen generell und bei Mädchen mit kranken Vätern zu einem geringeren anfänglichem Stresslevel, welches aber über die Zeit konstant bleibt (Welch et al., 1996). Daher sollten gerade heranwachsenden Mädchen bei Erkrankung der Mutter besonders zeitnah zur Diagnose Hilfsmöglichkeiten angeboten werden.

Auch präpubertäre Jungen haben ein großes Risiko, bei elterlicher Krebserkrankung emotionale Probleme zu entwickeln (Visser et al., 2005). Betroffene Eltern berichten häufig von mehr Problemen als bei Altersgenossen (Welch et al., 1996). Hierbei ist aber zu beachten, dass, wie schon erwähnt, die betroffenen Jungen selber kein erhöhtes Stressempfinden angeben. Aufgrund der eindeutigen Wahrnehmung der Eltern sollten sie auf jeden Fall aber auch als Risikogruppe betrachtet werden.

Darüberhinaus konnten auch ein geringes Selbstwertgefühl des Kindes und wenig soziale Unterstützung durch beispielsweise Klassenkameraden als erschwerende Faktoren zur

Anpassung an die neue Situation identifiziert werden (Nelson und While, 2002). Entsprechend zeigten auch die Gefühle Einsamkeit, Hilflosigkeit (bei Mädchen) und Unsicherheit bei betroffenen Jugendlichen positive Korrelationen mit dem Vorhandensein von Problemen (Gazendam-Donofrio et al., 2011). Generelle Schüchternheit und ein ängstliches bzw. besorgtes Wesen wurden als guter Prädiktor für internalisierende Probleme bei Kindern krebskranker Eltern erkannt (Visser et al., 2007). Dabei begünstigt eine schlechte Beziehung zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern eine geringere Selbstachtung und größere Ängstlichkeit des Heranwachsenden (Lewis und Darby, 2004), die zu emotionalen Problemen führen können. Auch die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der elterlichen Erkrankung durch die Kinder selbst hat emotionale Auswirkungen auf diese: So zeigten Töchter, welche die elterliche Krankheit ernster einschätzten, häufiger Intrusionen, Verdrängungsbemühungen und insgesamt mehr Leid (Huizinga et al., 2005b). Auch Compas et al. (1994) konnten bei schlimmerer Wahrnehmung der elterlichen Krebserkrankung vermehrt Angst- bzw. Depressions- und Stresssymptome bei Jugendlichen nachweisen.

1.2.2.2.3 Familiäre Faktoren

Die Beschaffenheit und Funktion einer Familie, insbesondere ihre Kommunikation und der Zusammenhalt, lassen Rückschlüsse zu, wie sie als Ganzes stressige Situationen, wie die plötzliche Krebserkrankung eines Elternteils, meistert. Damit lässt sich bei günstigen familiären Voraussetzungen die Belastung der Kinder und Jugendlichen möglichst gering halten und ihre Bewältigung bestmöglich unterstützen. Es hat sich gezeigt, dass eine gute Funktionsweise der Familie und ein starkes familiäres Umfeld helfen, Probleme bei betroffenen Kindern zu vermeiden oder zu verringern (Krattenmacher et al., 2012).

Walsh (1996) sieht Kompetenz, Zuversicht und den Zusammenhalt der Familie, die sich aus gemeinsamen Ansichten und des bisher Erlebten ergeben haben, als Kernkomponenten der familiären Problembewältigung. Auch Schmitt et al. (2008b) halten den familiären Zusammenhalt für einen zuverlässigen Parameter, um Rückschlüsse auf die Strapazierfähigkeit einer Familie und ihre Möglichkeiten, schwierige Situationen zu bewältigen, ziehen zu können. Bereits Eheprobleme der Eltern können so zu emotionalen Problemen des Kindes führen (Huizinga et al., 2011). Eine insgesamt gute Anpassungsfähigkeit der Familie hilft sowohl den Kindern als auch dem erkrankten Elternteil, besser mit der Erkrankung zurechtzukommen (Howes et al., 1995). Bei Familien mit schlechter Funktionsweise (Thastum et al., 2009) und geringem familiären Zusammenhalt zeigen sich mehr externalisierende Probleme bei den Kindern und Jugendlichen krebskranker Eltern (Watson et al., 2006). Gute intrafamiliäre Beziehungen scheinen Probleme bei

betroffenen Jugendlichen zu minimieren (Gazendam-Donofrio et al., 2007). Auch Lindqvist et al. (2007) konnten belegen, dass eine gute Funktionsweise der Familie mit offener Kommunikation, der Fähigkeit zur flexiblen Problemlösung und angebrachter emotionaler Beteiligung aller Familienmitglieder betroffenen Jugendlichen den Umgang mit der Situation erleichtert und hilft, Probleme bei ihnen zu vermeiden. Dabei kommt es besonders auf die Qualität des familiären Umgangs an: Eine offene Kommunikation mit dem gesunden Elternteil hilft gerade Mädchen Stresssymptome zu vermeiden, hingegen führt mehr problematische Kommunikation mit sowohl dem kranken als auch dem gesunden Elternteil zur mehr Belastungen bei den Kindern (Huizinga et al., 2005a). Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten generell Anzeichen, die für eine schlechte Familienfunktion und ein schwaches familiäres Umfeld sprechen, insbesondere eine mangelhafte Kommunikation und ein unzureichender familiärer Zusammenhalt, alarmieren und Hilfen zur Verbesserung angeboten werden.

Auch ein warmer und unterstützender Umgang der Eltern mit ihren Kindern hilft ein internalisierendes Verhalten dieser zu vermeiden (Vannatta et al., 2010). Ebenso konnten Sigal et al. (2003) eine schlechteres Erziehungsverhalten von krebserkrankten Müttern mit mehr externalisierenden Problemen bei ihren Kindern in Verbindung bringen. Außerdem scheint mit wachsender Anzahl von bisher durchgemachten negativen Lebensereignissen der Familie das Risiko für Auffälligkeiten bei den Kindern zu steigen (Visser et al., 2007). Weitere Familienumstände und deren Einfluss auf die Ausprägung kindlicher Probleme bei einer Krebserkrankung der Eltern konnten Visser et al. (2006) belegen: Je jünger der erkrankte Elternteil ist, desto mehr Probleme zeigen sich bei Kindern und desto mehr externalisierende Auffälligkeiten lassen sich bei Jugendlichen erkennen. Bei kleineren Familien oder mit alleinerziehendem Elternteil zeigen Schulkinder mehr emotionale und Verhaltensauffälligkeiten als Kinder größerer Familien oder mit zwei Elternteilen. Dies gilt allerdings nicht für Jugendliche.

Unabhängig welcher Elternteil von der Krebserkrankung betroffen ist, scheint der seelische Zustand der Mutter besonders entscheidend für ein funktionierendes Familienleben zu sein. Es hat sich herausgestellt, dass Kinder generell besser mit der Mutter als mit dem Vater kommunizieren (Kennedy und Lloyd-Williams, 2009b). Entsprechend hat eine Depression der Mutter negative Auswirkungen auf die gesamte Familienfunktion (Schmitt et al., 2008b) und begünstigt dadurch Probleme bei den Kindern. Eine mütterliche Depression oder depressive Gemütslage konnte als Risikofaktor für internalisierende Probleme bei Kindern, v. a. bei Mädchen, brustkrebskranker Mütter identifiziert werden (Sigal et al., 2003; Watson et al.,

2006). Besonders alleinerziehende Mütter mit Brustkrebs sind dabei verstärkt von Depressionen betroffen (Lewis et al., 1996). Aber Schmitt et al. (2008a) konnten auch generell bei 35% der kranken Mütter, jeweils bei 28% der gesunden Mütter oder kranken Väter und immerhin noch bei 13% der gesunden Väter eine Depression nachweisen. Es ist also keinesfalls ein Randphänomen. Oftmals führen Depressionen der Eltern auch zu Depressionen des Kindes und sollten deshalb als Warnsignal angesehen werden (Beardslee et al., 1998; Schmitt et al., 2008a). Thastum et al. (2009) sehen in der elterlichen Depression einen guten Prädiktor für internalisierende Probleme bei betroffenen Kindern und Jugendlichen. Auch vermehrte Verhaltensauffälligkeiten konnten bei Jugendlichen von krebserkrankten Eltern mit depressiver Stimmungslage beobachtet werden (Lewis und Darby, 2004). Dabei wurde die mütterliche Depression als hauptsächlicher Grund identifiziert. Es ist daher unbedingt notwendig, Kinder depressiver Eltern näher zu beobachten und die elterliche Depression schnellstmöglich zu behandeln.

Aber nicht nur ein depressiver Zustand der Eltern, sondern generell die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser scheint sich auf ihre Kinder auszuwirken. Visser et al. (2006) konnten folgende Zusammenhänge belegen: Physische Einschränkungen des erkrankten Elternteils führen zu mehr emotionalen und Verhaltensproblemen bei Jugendlichen, aber nicht bei Kindern. Hingegen hat ein verminderter mentaler Zustand des erkrankten Elternteils sowohl bei Jugendlichen als auch bei Kindern externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten erhöht. Körperliche Einschränkungen des gesunden Elternteils begünstigen Verhaltensprobleme bei Kindern, und eine schlechtere geistige Verfassung dieser Bezugsperson konnte mit sowohl emotionalen als auch Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen in Verbindung gebracht werden. Auch Watson et al. (2006) konnten bei selbst empfundenen physischen Einschränkungen von brustkrebskranken Müttern mehr Probleme bei ihren Kindern erkennen. Faktoren, wie Zeit seit der Diagnose oder Durchführung einer Chemotherapie, hatten dabei allerdings keine Auswirkungen. Gleichzeitig scheinen brustkrebskranke Mütter, die psychisch verstärkt unter der Krankheit leiden, das Risiko für Probleme bei ihren Kindern zu erhöhen (Howes et al., 1995).

Die Bewältigung aller Beteiligten kann positiv durch weitestgehende Erhaltung der bisherigen Normalität unterstützt werden. Dies darf aber nicht dazu führen, dass eine offene und ausgiebige Kommunikation innerhalb der Familie nicht möglich ist. Information und Kommunikation müssen als Schlüsselfaktoren in der Familie für eine erfolgreiche Bewältigung gesehen werden. Oftmals gibt es Vorbehalte zwischen Eltern und Kindern, sich gegenseitig nicht zusätzlichen belasten zu wollen, indem sie über die Erkrankung offen reden.

Eine schlechte Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen ist der beste familiäre Prädiktor für internalisierende und externalisierende Probleme bei den Kindern (Huizinga et al., 2011). Häufig wissen die Eltern um die Wichtigkeit der Kommunikation mit ihren Kindern, finden dies allerdings schwierig und wünschen sich daher Hilfe (Kennedy und Lloyd-Williams, 2009b). Kennedy und Lloyd-Williams (2009a) fanden heraus, dass der vorgelebte Umgang der Eltern mit der Krankheit vom Kind adaptiert wird. So erschwert eine schlechte Anpassung der Eltern auch die der Kinder (Nelson und While, 2002). Pflegen die Eltern einen offenen und kommunikativen Umgang mit der Erkrankung, so stehen dem Kind dadurch mehr Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung, als wenn eher geschwiegen wird. Wird über das Thema Tod nicht gesprochen, so neigen die Kinder dazu, die Möglichkeit des Sterbens des kranken Elternteils zu bestreiten oder zu verdrängen (Becker und Margolin, 1967). Die Kommunikation sollte sich dabei nicht nur auf die Fakten beschränken, sondern auch darüber hinausgehen und Themen wie Gefühle, Beistand und Ängste beinhalten (Kennedy und Lloyd-Williams, 2009b). Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie als großer Risikofaktor gesehen werden. Hilfen sollten darauf abzielen, den offenen Umgang mit der Situation in den Familien zu fördern und den Eltern bei ihren anfänglichen Schwierigkeiten zu helfen.

Zusammenfassend lassen sich also ein fehlender Familienzusammenhalt, eine elterliche Depression (v. a. der Mutter), alleinerziehende krebskranke Elternteile (besonders brustkrebskranke Mütter) und eine mangelhafte Familienkommunikation als familiäre Risikofaktoren für Probleme bei Kindern krebskranker Eltern identifizieren. Hier sollten entsprechende Hilfsangebote ansetzen, um präventiv Probleme bei betroffenen Kindern zu verhindern.

1.2.2.2.4 Einfluss der Krankheitsparameter

Generell ist der Einfluss der Parameter der elterlichen Erkrankung auf die Auswirkungen bei ihren Kindern gering. Lediglich das Stadium bzw. die Schwere des Krebses scheinen die Anpassung der Kinder zu betreffen (Krattenmacher et al., 2012). Hierbei konnten Visser et al. (2006) folgende Zusammenhänge belegen: Bei intensiverer Behandlung der elterlichen Krebserkrankung zeigen Kinder mehr internalisierende Probleme. Hingegen hat das Auftreten eines Rezidivs mehr emotionale Auffälligkeiten bei Jugendlichen begünstigt. Kommt es bei der Therapie zusätzlich zu Komplikationen wie Infektionen zeigen Heranwachsende vermehrt emotionale und Verhaltensprobleme. In einer früheren Studie konnte bereits eine intensivere Behandlung des erkrankten Elternteils mit mehr Problemen bei jugendlichen Mädchen und ein Rezidiv mit häufigeren Auffälligkeiten bei heranwachsenden Jungen in Verbindung

gebracht werden (Visser et al., 2005). Andere Studien hingegen konnten keinen Zusammenhang zwischen Behandlungsaspekten wie Dauer und Intensität (Huizinga et al., 2010) oder der Durchführung einer Chemotherapie (Watson et al., 2006) und Auffälligkeiten bei Jugendlichen nachweisen. Dies unterstützt die Erkenntnis von Compas et al. (1996), dass v. a. die individuelle, kindliche Wahrnehmung von Stress mit der Erfahrung der elterlichen Krebserkrankung für Symptome ausschlaggebend zu sein scheint. Diese kann, muss aber nicht immer, mit den Behandlungsaspekten korrelieren. So zeigten Sigal et al. (2003) sogar, dass Mütter bei fortgeschrittenen Brustkrebsstadien zunächst dazu neigen, häufiger Sorgen um ihre Gesundheit zu verdrängen, und dadurch sowohl ein besseres Erziehungsverhalten aufrechterhalten als auch weniger externalisierende Probleme bei ihren Kindern hervorrufen als Mütter mit besserer Prognose. Mit der Zeit gelingt es allerdings den Müttern in anfänglichen Brustkrebsstadien, die Sorgen um ihre Gesundheit zu vergessen und mit ihren Kindern zur Normalität zurückzukehren. Für Mütter mit schlechterer Prognose ist dies allerdings kaum möglich und führt langfristig zu weiteren Belastungen der Kinder.

Anderen Krankheitsparametern, wie Zeit seit der Diagnose (Visser et al., 2006; Watson et al., 2006) und Art der Krebserkrankung (Lindqvist et al., 2007), kann kein eindeutiger Einfluss auf die Anpassung von Kindern krebskranker Eltern nachgewiesen werden.

1.2.2.3 Auswirkungen auf die Familienstruktur

Mit der elterlichen Krebsdiagnose ändert sich schnell das gesamte Familienleben. Die Familie als Ganzes befindet sich auf einmal in einer völlig neuen Situation, deren Bewältigung eine Anpassung der bisherigen Rollenverteilung der Familienmitglieder notwendig macht. Rost (1992) zit. n. Romer und Haagen (2007) erkannte fünf typische Reaktionsmuster der Familie auf eine schwere Erkrankung der Eltern: Verstärkter familiärer Zusammenhalt, Isolation gegenüber der sozialen Umwelt, geringere Flexibilität, Tendenz zur Konfliktvermeidung und Parentifizierung der Kinder. Oftmals ist hierbei eine tiefere emotionale Verbundenheit der Kinder zu ihren Eltern notwendig, die gerade für Jugendliche im Gegensatz zur ihrer natürlichen Loslösung steht (Christ et al., 1994).

Der mit der Zeit zunehmende Ausfall des erkrankten Elternteils führt sowohl zur Mehrbelastung der anderen Familienmitglieder als auch zum Verzicht auf viele frühere Annehmlichkeiten und persönliche Belange. Gerade Jugendliche müssen oft ihre Freizeit zurückstellen, um mehr Aufgaben im Haushalt zu übernehmen sowie ihrem kranken Elternteil zu helfen und ggf. mehr Verantwortung für ihre Geschwister zu übernehmen. Dies wird von den meisten Jugendlichen als besonders anstrengend und stressig empfunden (Christ et al.,

1994). Kann der erkrankte Elternteil nicht mehr arbeiten, kommt es durch den Wegfall eines Einkommens und durch zusätzliche Kosten als Folge der Krebserkrankung möglicherweise zu finanziellen Einschnitten, die für die Kinder und Jugendlichen Verzicht auf materielle Wünsche bedeutet.

1.2.2.4 Bewältigungsstrategien der Kinder

Compas et al. (1996) unterscheiden zwischen der wenig verwendeten, aber effektiven problem-fokussierten und der häufig angewendeten, aber ineffektiven emotion-fokussierten Bewältigungsstrategie. Während die problemorientierte Strategie darauf abzielt den eigentlichen Stressfaktor zu ändern und zu lindern, konzentriert sich die emotion-fokussierte Bewältigung darauf, die negativen Gefühlen und das empfundene Leid zu verarbeiten und oftmals zu verdrängen. Da Kinder und Jugendliche den Eindruck haben, keinen Einfluss auf die elterliche Krebserkrankung und deren Umstände zu haben, sehen sie meistens nur die Möglichkeiten, über die emotionale Bewältigung die Situation zu meistern. Mit zunehmendem Alter wird diese Form der Bewältigung immer stärker genutzt. Gerade dieser Weg ist aber häufig nicht sehr effektiv, da er eher im Verdrängen liegt und in Wahrheit mehr als weniger Depressions- und Angstsymptome begünstigt (Compas et al., 1996). Krattenmacher et. al (2013) hingegen konnten keinen Zusammenhang zwischen Alter und Bewältigungsstrategie erkennen, sahen aber ebenfalls einen besseren mentalen Zustand der Jugendlichen bei Anwendung einer problem-fokussierten Strategie und unterschiedliche Ergebnisse bei emotionaler Bewältigung. Außerdem zeigten sie, dass Jugendliche krebskranker Eltern generell beide Strategien anwenden und nicht vorrangig die emotionale Bewältigung nutzen. Allerdings konnten andere Studien die klare Überlegenheit der problem-fokussierten Bewältigung, besonders wenn die Emotionen dabei unterdrückt oder vernachlässigt werden, nicht immer bestätigen (Baker und Berenbaum, 2007). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoller, das Bewältigungsverhalten eher in ein annäherungs-orientiertes (z. B. aktive Problemlösung und Suche nach sozialer Unterstützung) und ein vermeidungs-orientiertes Verhalten (z. B. Ablenkung, Verdrängung, Wunschträumen und sozialer Rückzug) zu unterscheiden. Dabei zeigen Jugendliche, die eine annäherungs-orientierte Bewältigung verfolgen, einen besseren mentalen Zustand als bei Anwendung eines vermeidungs-orientierten Verhaltens (Krattenmacher et al., 2013). Trotzdem nutzten bei Krattenmacher et al. (2013) fast 50% der Jugendlichen eine vermeidungs-orientierte Bewältigung, die jeder Dritte von ihnen sogar selbst als effizient betrachtet hat. Skinner et al. (2003) sehen die multiplen Effekte individueller Bewältigungsstrategien dagegen in beiden

Ansätzen zu wenig berücksichtigt und schlagen ein hierarchisches System von Verhaltensmustern, wie z. B. das Suchen von Nähe als Kategorien für zukünftige Forschung vor.

Geschlechtsspezifisch sind Frauen und Mädchen eher dazu geneigt, emotionale Bewältigungsstrategien zu verfolgen (Baker und Berenbaum, 2007). Jugendliche Mädchen haben in der Regel weniger effektive Bewältigungsstrategien als Jungen, indem sie sich auf ihre inneren Stressgefühle und Sorgen konzentrieren, anstatt aktiv Lösungen zu suchen (Nolen-Hoeksema, 2001). Diese passive Bewältigungsstrategie erhöht das Risiko, mit der Zeit depressionsähnliche Symptome zu entwickeln (Nolen-Hoeksema et al., 1999). Überraschenderweise konnten Krattenmacher et al. (2013) in einer neueren Studien aber keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bewältigungsverhalten von Kindern krebserkrankter Eltern feststellen. Daher kann nicht mehr angenommen werden, dass Jungen generell mit der elterlichen Krebserkrankung besser zurechtkommen als Mädchen.

Häufig kommt es zu einem Konflikt zwischen früheren Freizeitaktivitäten und der neuen Familiensituation. Die Erwartung, sich um den kranken Elternteil zu kümmern, finanzielle Einschränkungen aufgrund der Erkrankung und weniger Zeit der Eltern, die Kinder zu ihren Aktivitäten begleiten zu können, führen zu einem veränderten Alltagsleben der Kinder mit weniger Freizeitaktivitäten und eingeschränktem Kontakt zu Freunden. Gerade aber die Konstanz ihres bisherigen Alltagslebens und der Austausch mit ihren Freunden hilft den Kindern, besser mit dieser Situation zurechtkommen und sollte daher in dieser schwierigen Zeit unbedingt aufrechterhalten werden (Christ et al., 1993). Auch sollte die individuelle Bewältigung nicht durch Vorschriften der Eltern, wie nicht über die Krankheit mit Freunden zu sprechen, eingeschränkt werden.

Für Jugendliche spielen detaillierte Informationen über die elterliche Erkrankung eine Schlüsselrolle in ihrer Bewältigung. Oftmals versuchen sie durch verschiedene Quellen wie Eltern, Ärzte, Lehrer, Bücher und Internet möglichst viel zu erfahren. Es ist wichtig sie dabei zu unterstützen und auf einen realistischen Informationsgehalt zu achten. Selbst wenn die Prognose sich als schlecht herausstellt, hilft es ihnen, Klarheit zu haben und mit der Situation zurechtkommen (Christ et al., 1994).

Spezifische Sorgen von jüngeren Kindern, z. B. wer ihnen denn jetzt bei den Hausaufgaben helfe, werden von den Eltern in der Situation häufig als unwichtig gesehen und dementsprechend wenig beachtet. Sie sollten aber genauso wie abstraktere Sorgen der Jugendlichen über Änderungen in der Familie ausgiebig mit den Eltern besprochen werden,

um so ein enges Kommunikationsverhältnis aufzubauen, das allen Beteiligten bei der Bewältigung hilft (Christ et al., 1994).

1.2.2.5 Zusammenfassung der Risiko- und Schutzfaktoren

Zur besseren Prävention von Problemen bei Kindern und Jugendlichen krebskranker Eltern sollten bisher bekannte Risiko- und Schutzfaktoren besondere Beachtung finden. Einerseits können so frühzeitige Änderungen in der Umwelt des Kindes das Risiko für Probleme deutlich verringern, andererseits können Kinder mit hohem Risiko gezielt betreut und die begrenzten Hilfsressourcen so effektiver genutzt werden. Obwohl viele Einflüsse in dieser Arbeit schon früher erwähnt worden sind, sollen sie nachfolgend noch einmal zusammengefasst werden.

Auf das Kind bezogene Faktoren wie Alter oder Geschlecht konnten in vielen verschiedenen Studien kein beständiger Einfluss oder nur in wenigen qualitativ akzeptablen Untersuchungen Auswirkungen auf mögliche Probleme bei Kindern krebskranker Eltern nachgewiesen werden (Krattenmacher et al., 2012). Daher lassen sich hier keine wirklich aussagekräftigen Risiko- und Schutzfaktoren identifizieren. Vielmehr scheint es Interaktionen zwischen dem kindlichem Alter und Geschlecht oder dem Geschlecht des Kindes und des erkrankten Elternteils zu geben: Jugendliche Mädchen und präpubertäre Jungen können tendenziell als gefährdeter gelten (Visser et al., 2005; Welch et al., 1996). Außerdem sollte heranwachsenden Mädchen bei der mütterlichen Erkrankung ein besonderes Augenmerk gelten (Grant und Compas, 1995; Welch et al., 1996).

Familiäre Faktoren, besonders die Funktionsweise der Familie (Thastum et al., 2009), die familiäre Umgebung des Kindes und die Stimmungslage der Eltern, konnten eindeutig als wichtige Risiko- und Schutzfaktoren für Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern identifiziert werden (Krattenmacher et al., 2012). Insbesondere umfassende und offene Kommunikation (Huizinga et al., 2011; Lindqvist et al., 2007), familiäre Fähigkeiten zur flexiblen Problemlösung und eine angebrachte emotionale Beteiligung untereinander (Lindqvist et al., 2007) konnten als positive Familienfunktionen Probleme bei Kindern verringern. Auch ein starker familiärer Zusammenhalt (Watson et al., 2006) mit guten intrafamiliären Beziehungen (Gazendam-Donofrio et al., 2007) und ein warmer und unterstützender Umgang der Eltern mit ihren Kindern (Vannatta et al., 2010) helfen Auffälligkeiten der Kinder zu minimieren. Depressionen der Eltern (Beardslee et al., 1998; Schmitt et al., 2008a; Thastum et al., 2009), v. a. der Mutter (Lewis und Darby, 2004; Schmitt et al., 2008b; Sigal et al., 2003; Watson et al., 2006), konnten eindeutig mit höheren

Symptomwerten bei ihren Kindern in Verbindung gebracht werden. Dabei konnte erkrankten, alleinerziehenden Müttern ein besonders hohes Risiko für Depressionen nachgewiesen werden (Lewis et al., 1996). Ebenso gelang es, einen Zusammenhang zwischen einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität, also sowohl physische Einschränkungen als auch eine schlechtere geistige Verfassung, der Eltern mit mehr Problemen bei ihren Kindern zu belegen (Visser et al., 2006; Watson et al., 2006).

Viele Studien, die den Einfluss medizinischer Parameter der elterlichen Erkrankung wie Typ des Krebses, Dauer, Stadium und Prognose untersucht haben, konnten meistens keine oder nur geringe Auswirkungen dieser Faktoren auf die psychische Belastung der Kinder nachweisen. Lediglich weiter fortgeschrittene Krebsstadien zeigten eine erschwerte Anpassung der Kinder mit häufigeren Stresssymptomen (Krattenmacher et al., 2012). So konnten bei Kindern von Eltern in einem fortgeschrittenen Krebsstadium zwar kurzfristig weniger aber langfristig mehr Auffälligkeiten beobachtet werden als bei einem frühen Stadium der elterlichen Krebserkrankung (Sigal et al., 2003). Auch das Auftreten eines Rezidivs konnte mit mehr Problemen bei den Kindern in Verbindung gebracht werden (Huizinga et al., 2005b; Visser et al., 2006; Visser et al., 2005).

Bei Untersuchungen der kindlichen Bewältigungsstrategien konnte ein Zusammenhang von der Anwendung einer problem-fokussierten (Compas et al., 1996) und einer annäherungsorientierten Strategie mit weniger Stresssymptomen belegt werden (Krattenmacher et al., 2013). Während die emotion-fokussierte Bewältigung in verschiedenen Studien unterschiedlich bewertet wurde (Baker und Berenbaum, 2007; Compas et al., 1996; Krattenmacher et al., 2013), konnte ein vermeidungs-orientiertes Verhalten mit mehr Problemen verbunden werden (Krattenmacher et al., 2013).

1.2.2.6 Langzeitfolgen

Erwachsene, die als Kinder eine Krebserkrankung eines Elternteils erlebt haben, sind von dieser Erfahrung geprägt. Wong et al. (2009) fanden heraus, dass 44% glauben posttraumatisch an dieser Erfahrung gewachsen zu sein. Sie beschreiben eine größere Würdigkeit des Lebens, stärkere persönliche Beziehungen und die Bereitschaft, im Leben neue Wege zu gehen. Überraschenderweise glauben sie nicht, schwierige Situationen in der Zukunft besser meistern zu können.

Gleichzeitig berichten 59% von eher ungünstigen Auswirkungen auf ihr Leben und beklagen besonders Verlustängste, Sorge um die eigene körperliche Gesundheit, einen

pessimistischeren Lebensausblick und negative Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen.

1.2.2.7 Erkennen von hilfsbedürftigen Kindern

Während einige Studien mehr Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme bei Jugendlichen krebskranker Eltern als bei ihren Altersgenossen zeigen (Birenbaum et al., 1999; Compas et al., 1994; Siegel et al., 1992; Welch et al., 1996), können andere wiederum keine größeren Besonderheiten bei betroffenen Kindern erkennen (Howes et al., 1995; Huizinga et al., 2003). Da die elterliche Krebsdiagnose nicht von allen Kindern als großer Stressfaktor wahrgenommen wird, macht es auch keinen Sinn, jedes Kind durch psychosoziale Angebote zu betreuen (Welch et al., 1996). Hoke (2001) fand sogar eine bessere Kompetenz bei einigen älteren Kindern und Jugendlichen brustkrebskranker Mütter in sozialen und akademischen Aktivitäten als bei ihren Altersgenossen. Es lässt sich also nicht allgemein davon ausgehen, dass Kinder krebskranker Eltern aufgrund der Erkrankung Probleme entwickeln, die professioneller Hilfe bedürfen. Vielmehr ist es wichtig, diejenigen, die psychologische Betreuung benötigen, auch erkennen zu können. Huizinga et al. (2011) konnten bei 20% der Jungen und 30% der Mädchen klinisch relevante Stresssymptome erkennen, die ein professionelles psychologisches Eingreifen erfordern.

Um hilfsbedürftige Kinder krebskranker Eltern identifizieren zu können, sollten in jedem Einzelfall individuell die Risiko- und Schutzfaktoren (siehe 1.2.2.5 (S. 17f.)) ermittelt werden. Hierbei gilt es besonders, nähere Informationen über das Familienleben, den mentalen Zustand der Eltern und die Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes in Erfahrung zu bringen. Überwiegen dabei die Risikofaktoren, sollte zumindest für die anfängliche Zeit über professionelle Unterstützung nachgedacht werden, um präventiv Auffälligkeiten bei den Kindern verhindern oder minimieren zu können. Lassen sich hingegen schon emotionale Probleme oder Verhaltensänderungen bei den betroffenen Kindern feststellen, so sollten umgehend Hilfsangebote aufgesucht werden.

Diese Selektion kann allerdings nur in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten, also der Eltern, Kinder, Ärzte und Therapeuten erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die nötige Sensibilität für diese Thematik bei allen vorhanden ist. Hier gibt es aber bisher noch Nachholbedarf. Dabei kann eine angemessene Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren nur im Gespräch mit den Eltern und den Kindern vom Arzt oder besser noch vom Therapeuten erfolgen. Auch schon evtl. vorhandene Probleme können nur im Gespräch mit sowohl den Eltern als auch den Kindern sicher identifiziert werden. Ziel muss es daher sein, alle Familien mit elterlicher

Krebserkrankung zeitnah zur Diagnose in einem Erstgespräch nach Hilfsbedürftigkeit der Kinder selektieren zu können.

1.2.3 Hilfsangebote für Kinder krebskranker Eltern

Früher wurde den Kindern der Krebspatienten von professioneller Seite nicht allzu große Beachtung geschenkt. Nach und nach hat sich aber gegenüber diesem Thema eine zunehmende Sensibilität entwickelt. Viele Institute haben aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Jahren eine eigene Strategie entwickelt, ob und wie sie die Kinder betreuen. Dies führt aber zu vielen unterschiedlichen Qualitäten der Betreuung. Eine Befragung von Mitarbeitern von 29 Institutionen in Deutschland, die Hilfsangebote für Kinder krebskranker Eltern anbieten, ergab, dass gerade einmal 42% ein spezifisches Konzept zur Versorgung anwenden. Davon sind 14% sogar selbst entwickelt worden (Ernst et al., 2011). Deshalb ist es notwendig, strukturierte, allgemein anwendbare Unterstützungskonzepte zu entwickeln, um überall eine optimale Betreuung der Kinder gewährleisten zu können. Bisher gibt es aber nur wenige strukturierte Unterstützungsangebote für Kinder krebskranker Eltern, die sich hauptsächlich in zwei Kategorien unterteilen lassen. Zum einen gibt es die Familienintervention, die durch Einzel- und Gruppensitzungen der Familienmitglieder die Kommunikation verbessern und gegenseitig Sensibilität und Verständnis für die Probleme und Situation des anderen schaffen soll. Sie zielt also primär darauf ab, die familiären Risikofaktoren zu minimieren. Der zweite Ansatz ist eine Intervention innerhalb einer Kinder- und Jugendgruppe von mehreren Betroffenen. Hier steht der Austausch untereinander und speziell die Sorgen und Probleme der Kinder im Vordergrund. Die Jugendlichen selber wünschen sich bei zukünftigen Interventionsprogrammen eine Verbindung dieser beiden Ansätze: Zunächst sollen innerhalb der ersten vier Monate nach der elterlichen Krebsdiagnose in Jugendgruppen gemischten Geschlechts individuelle Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, um dann anschließend in Familiensitzungen eine offener Kommunikation und gegenseitiges Verständnis zu fördern (Davey et al., 2005).

1.2.3.1 Familieninterventionen

Der große Einfluss familiärer Faktoren auf die psychischen Belastungen der Kinder konnte bereits gezeigt werden (Krattenmacher et al., 2012). Daher empfiehlt es sich besonders bei diesen präventiv durch eine Familienintervention anzusetzen. Niemelä et al. (2010) konnten sechs strukturierte familienbasierte Konzepte finden: Zwei Ansätze halten Sitzungen mit der ganzen Familie ab (Schmitt et al., 2007; Thastum et al., 2006), zwei von ihnen konzentrieren sich auf brustkrebskranke Mütter und finden nur mit ihnen statt (Davis Kirsch et al., 2003;

Lewis et al., 2006) und zwei Konzepte nutzen in verschiedenen Sitzungen unterschiedliche Konstellationen (Hoke, 1997; Romer et al., 2007). Zentrales Element ist die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie. Die drei europäischen Konzepte sind Teil des EU-weiten COSIP („Children of Somatically Ill Parents“) Projekts und wollen den Familien den Umgang mit der Krankheit erleichtern, indem sie aktive Bewältigungsstrategien vermitteln, das kindliche Verständnis über die Krankheit verbessern und Schuldgefühle mindern (Romer et al., 2007; Schmitt et al., 2007; Thastum et al., 2006).

Darüberhinaus ist in den letzten Jahren auch am Massachusetts General Hospital in Boston ein erfolgreiches, strukturiertes Interventionskonzept mit familiärem Ansatz etabliert worden (Russell und Rauch, 2010), welches sich in der Praxis bereits bewährt hat.

Bei allen hier vorgestellten Familieninterventionen können, soweit Daten vorhanden sind, durchweg positive Effekte nicht nur bei den Kindern sondern bei allen Familienmitgliedern festgestellt werden. Daher kann die Familienintervention generell als erfolgreiche Strategie gewertet werden. Um einen Überblick über die verschiedenen Konzepte zu erhalten, sind sie nachfolgend kurz vorgestellt:

1.2.3.1.1 Hoke (1997) „Short-term psychoeducational intervention“

Insgesamt finden ungefähr sechs Sitzungen mit unterschiedlichen Familienmitgliedern über einen kurzen Zeitraum statt. Zunächst gibt es ein Treffen zwischen Therapeut und den Eltern, um ihre Bedenken über die Kinder zu erfahren. In den folgenden Meetings kommt es zu Einzelgesprächen mit jedem Kind über seine individuellen Sorgen und Fragen. Danach plant der Therapeut in einer weiteren Sitzung mit den Eltern die gemeinsame Familiensitzung. In dieser hilft er den Eltern, die Sorgen der Kinder anzusprechen und teilt ihnen entsprechende psychologische Erkenntnisse mit. Insgesamt soll die Familiensitzung eine offenere Kommunikation durch einen Austausch von Bedenken und die Klärung von Fragen fördern. Danach kommt es erneut zu einer Sitzung mit den Eltern, um das Familiengespräch zu evaluieren und zukünftige Herausforderungen zu besprechen. Bei Problemen sind die Eltern angewiesen, den Therapeuten jederzeit zu kontaktieren und unabhängig davon wird nach sechs Monaten in einem letzten Gespräch die Intervention an sich evaluiert.

Diese Intervention hilft den Eltern, ihre eigene Reaktion auf die Krankheit und die Bedenken und Sorgen ihre Kinder zu erkennen und zu verstehen (Hoke, 1997).

1.2.3.1.2 Kirsch et al. (2003) „Making the Most of the Moment“

Die Unterstützung bezieht sich ausschließlich auf brustkrebskranke Mütter. Ziel ist es, die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung während der Behandlungsphase der mütterlichen Erkrankung zu verbessern. Es finden fünf Sitzungen mit der Mutter statt, die sie für den richtigen Umgang mit ihren Kindern schulen soll. Die Mutter arbeitet dann ihrerseits auch mit Hilfe von Arbeitsbüchern, Handouts und Aufgaben mit ihren Kindern.

Nach diesem Programm konnten Eltern eine Verbesserung des kindlichen und ihres eigenen Umgangs mit der Krebserkrankung feststellen und ihre Elternrolle innerhalb der Familie wieder besser wahrnehmen (Davis Kirsch et al., 2003).

1.2.3.1.3 Lewis et al. (2006) „The Enhancing Connections Program“

Auch dieses Angebot ist speziell für brustkrebskranke Mütter entwickelt worden. Es finden alle zwei Wochen insgesamt fünf Sitzungen mit der Mutter statt. Mit didaktischen Texten und Übungen soll sie lernen, mit ihren Emotionen umzugehen und ihrem Kind helfen, die Situation zu verstehen und zu bewältigen. Ihr wird eine interaktive Broschüre über Brustkrebs gegeben, die sie mit dem Kind gemeinsam lesen soll. Des Weiteren gibt es ein Arbeitsbuch für die Mutter mit didaktischen Texten und Aufgaben, die Mutter und Kind gemeinsam bearbeiten sollen. Das Kind erhält ein „My Story“ Heft, um eigene Gedanken festzuhalten. Dies wird als Stressbewältigung in schriftlicher und bildlicher Form gesehen. Über einen Pager kann bei Bedarf täglich ein Therapeut kontaktiert werden.

Insgesamt konnte eine positive Wirkung auf die Mutter selbst und ihre Kinder festgestellt werden (Lewis et al., 2006).

1.2.3.1.4 Thastum et al. (2006) „Focused Short-term Preventive Counselling Project“

Dieses Angebot besteht aus fünf bis sechs Sitzungen mit variablen Familienkonstellationen. In der Regel findet die erste Sitzung mit den Eltern statt, um den Ablauf der Intervention zu besprechen und genaue Ziele festzulegen. Diese sollen sich auf die größten Probleme konzentrieren.

Sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern konnte eine Normalisierung der Gefühle und insgesamt ein verbessertes Familienleben erreicht werden (Thastum et al., 2006).

1.2.3.1.5 Schmitt et al. (2007) „Turku model“

Dieses auf das Kind fokussierte Interventionsprogramm soll eher die Familie als Ganzes und die Patienten primär als Eltern sehen. Es besteht aus fünf bis sechs Sitzungen, aufgeteilt in ein bis zwei Familiensitzungen, ein bis zwei Elternsitzungen, eine Geschwistersitzung und eine

mit jedem Kind allein. Eine optionale abschließende Sitzung wird individuell entschieden. Die Familien dürfen selbst auswählen, wann und ob sie mit einer Familien- oder Elternsitzung starten wollen. Die Ziele dieses Programms sind, eine therapeutische Bindung herzustellen, die Eltern in ihrer Rolle zu unterstützen, Kommunikation zu fördern und Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der Kinder zu wecken.

1.2.3.1.6 Romer et al. (2007) „The Hamburg COSIP Intervention“

Das Hamburger Interventionsprogramm wurde für Kinder somatisch kranker Eltern auf Basis des COSIP-Konzepts („Children of somatically ill parents“) (Romer und Haagen, 2007) entwickelt. Es ist sowohl für ambulante Patienten verfügbar als auch in Zusammenarbeit mit den medizinischen Facheinrichtungen in die elterlichen Therapien integriert worden. Speziell für Kinder krebskranker Eltern wurde aus den bisherigen Erfahrungen des COSIP-Programms ein manualisiertes Interventionskonzept für eine kindzentrierte, medizinische Familienberatung entwickelt (Romer et al., 2011). Dabei sollen zehn konkrete Ziele sowohl beim Kind selbst (1-5) als auch bei den Eltern (6,7) und in der Familie (8-10) erreicht werden:

1. Verbesserung des kindlichen Verständnisses über die elterliche Erkrankung
2. Legitimation der individuellen Gefühle und Bedürfnisse des Kindes
3. Förderung aktiver Bewältigungsstrategien beim Kind
4. Integration ambivalenter Gefühle des Kindes gegenüber dem kranken Elternteil
5. Einleitung einer bewussten vorausschauenden Trauerbewältigung des Kindes (bei Bedarf)
6. Förderung der elterlichen Selbstwahrnehmungskompetenz in der Kindererziehung
7. Verbesserung der emotionalen Verfügbarkeit des gesunden Elternteils für das Kind
8. Etablierung einer offenen Familienkommunikation über die elterliche Erkrankung
9. Ermöglichen eines flexiblen Handlings divergenter Bedürfnisse der individuellen Familienmitglieder
10. Verhindern dysfunktioneller Parentifizierung des Kindes (z. B. für das Alter des Kindes ungeeignete elterliche Verantwortung auf das Kind zu übertragen)

Zunächst findet eine standardisierte Initialphase statt: Die erste Sitzung wird mit den Eltern abgehalten, um eine vertrauensvolle Verbindung zwischen ihnen und dem Therapeuten herzustellen, ihre Sorgen und ihren Umgang mit der Krankheit und ihren Kindern zu erfahren. Im nächsten Schritt kommt es zu Einzelsitzungen mit jedem Kind, das älter als drei Jahre ist,

um seine Erkenntnisse über die elterliche Erkrankung, die damit verbundenen Sorgen und seine Bewältigungsstrategie herauszufinden. Danach kann optional eine Familiensitzung erfolgen, wenn besonders das gegenseitige Verständnis oder die Familienkommunikation als Problem identifiziert wurde.

Nach diesem einleitenden Standardverfahren kann nun ein auf die Familie individualisiertes Konzept angewandt werden, welches sich auf ein bis zwei der konkreten Ziele, bei dem die größten Probleme gesehen werden, konzentrieren sollte. Entsprechend des gewählten Fokus können Zeit, Art und Anzahl der Sitzungen optimal gewählt werden. In der Regel handelt es sich dabei um drei bis acht Sitzungen innerhalb von drei bis sechs Monaten unabhängig vom Therapieerfolg oder Versterben des Elternteils.

In einer Evaluation konnte das ursprüngliche COSIP-Programm sowohl bei betroffenen Kindern als auch bei den Eltern, die überwiegend bis sehr zufriedenen hinsichtlich der Ergebnis- und Prozessqualität waren, bereits überzeugen. Dabei wurden die antizipierende Trauerarbeit und aktivere Bewältigungsstrategien bei den Kindern und die Stärkung des elterlichen Kompetenzerlebens als wichtigste Ziele identifiziert (Paschen et al., 2007). Das spezialisierte Manual für die Versorgung von Kindern krebskranker Eltern wird derzeit an Zentren in Hamburg, Berlin, Leipzig, Heidelberg und Magdeburg klinisch erprobt und weiterentwickelt. Wenn auch mit ähnlich positiven Ergebnissen gerechnet werden kann, steht eine wissenschaftliche Evaluation noch aus.

1.2.3.1.7 Russell und Rauch (2010) „PACT Program“

Das PACT („Parenting At a Challenging Time“) Programm wurde 1997 am Massachusetts General Hospital Cancer Center in Boston gegründet, um Eltern mit Krebserkrankungen im richtigen Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen. Durch eine enge Zusammenarbeit mit dem onkologischen Zentrum können Patienten mit minderjährigen Kindern direkt vom medizinischen Personal überwiesen werden. Aber auch eine eigenständige Kontaktaufnahme ist möglich. Meistens finden zwischen zwei bis zehn Sitzungen mit dem Patienten und, wenn erforderlich, auch mit dem Ehepartner, den Kindern oder anderen Familienangehörigen statt. Auf Wunsch der Eltern sind bei neuen Sorgen, im Falle eines Rezidivs oder bei Versterben des Elternteils weitere Sitzungen möglich. Dabei können die Beratungstermine flexibel an die Therapie und Wünsche des Patienten angepasst werden: Sie können sowohl während der stationären Behandlung oder ambulant als auch während Chemotherapie- oder Dialyseinfusionen und auch telefonisch abgehalten werden. Generell sollen hauptsächlich die Kommunikation mit dem Kind, das Verhalten des Kindes und die familiären

Bewältigungsmöglichkeiten thematisiert werden. Sehen die Therapeuten weiteren Bedarf, werden den Familien eine weiterführende psychologische Behandlung empfohlen.

Bei wöchentlichen Treffen aller Therapeuten und Vertretern der Onkologie werden schwierige Fälle diskutiert und die Hilfen für die Familien koordiniert. Dabei wird in angebrachten Fällen eine umfassende Zusammenarbeit mit der Onkologie, den Ärzten und den Chirurgen angestrebt, die sich u. a. über weitere Aufklärung und Beratung der betroffenen Familien erstreckt.

1.2.3.2 Jugendgruppeninterventionen

Ein anderer Ansatz zur Unterstützung Kinder krebskranker Eltern ist die Gruppenintervention mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen. Die größten Vorteile der Jugendgruppeninterventionen bestehen in der Möglichkeit der Kinder sich untereinander auszutauschen, zu sehen, nicht allein betroffen zu sein, und nicht isoliert, sondern in einer Gemeinschaft zu sein. Durch gleichzeitige Betreuung mehrerer Betroffener ist sie zudem kosteneffektiver. Auch diese Art der Intervention hat, sofern Daten über die Auswirkungen vorhanden sind, durchweg positive Ergebnisse erzielt.

Bisher gibt es Studien über fünf strukturierte Jugendgruppeninterventionen aus Nordamerika, die nachfolgend auch kurz vorgestellt werden sollen:

1.2.3.2.1 Call (1990) „School-based groups“

Dieses Programm soll innerhalb der Schule zu normalen Unterrichtszeiten für alle Betroffenen der sechsten bis zur zwölften Klasse einmal wöchentlich für 50 Minuten zehn Wochen lang durchgeführt werden. Durch die Integration dieses Angebots in den Schulalltag unterstützt es die Normalisierung des Alltags der Kinder und ermöglicht eine Teilnahme der Betroffenen ohne großen organisatorischen Aufwand. Die Gruppengröße liegt zwischen fünf und elf Kindern. Ziel der Gruppensitzungen ist es, Informationen über die elterliche Erkrankung und ihre Behandlung zu vermitteln, die Kinder zu ermutigen, Gefühle zu zeigen und auch negative Gefühle zuzulassen, sie zu überzeugen, ihre Freizeitaktivitäten beizubehalten und ihnen zu helfen, individuelle Bewältigungsstrategien zu finden.

Den Kindern gefiel besonders, dass sie ihre Gefühle und Erlebnisse in der Gruppe austauschen konnten. Dadurch sahen sie Verbesserungen in ihren Emotionen und ihrem Verhalten (Call, 1990).

1.2.3.2.2 Greening (1992) „The ‚Bear Essentials‘ Program“

Bei getrennten, simultanen Treffen der betroffenen Kinder zwischen vier und acht Jahren und ihren Eltern sollen sowohl die Kinder als auch die Eltern unterstützt werden. Jede Sitzung findet zu einem Thema statt und beinhaltet entsprechende Aktivitäten, wie beispielsweise Krankenhausbesuche und das Kennenlernen medizinischer Geräte. Insgesamt soll das Programm den Familien helfen, zu verstehen, wie Kinder Krankheit, Trennung und Verlust wahrnehmen, die Sorgen aller Familienmitglieder zu besprechen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Nach Meinung der Eltern hat die Intervention den Kindern sehr geholfen, sie selbst empfanden die elterlichen Treffen allerdings als unnötig (Greening, 1992).

1.2.3.2.3 Taylor-Brown et al. (1993) „Kids Can Cope“

Diese Intervention beinhaltet sechs wöchentliche Sitzungen nach der Schule für Kinder zwischen 5 und 18 Jahren und einen Informationsabend für die Eltern in der letzten Woche. Die Gruppen bestehen aus vier bis acht Kindern möglichst gleichen Alters bzw. gleichen Entwicklungsstands. Die erste Sitzung wird genutzt, um Vertrauen aufzubauen und das kindliche Verständnis der Krebserkrankung einzuschätzen. Beim zweiten Treffen werden physische Aspekte der Erkrankung und ihrer Behandlung besprochen und Gefühle bzw. Ängste darüber ausgetauscht. Die dritte und vierte Sitzung konzentrieren sich auf den Austausch und Umgang der im Rahmen der elterlichen Erkrankung erfahrenen Erlebnisse und Gefühle der Kinder untereinander. Zum Abschluss werden in der fünften und sechsten Sitzung Bewältigungsmöglichkeiten besprochen und eine „Pizza Party“ zum Schluss zelebriert.

1.2.3.2.4 Heiney und Lesesne (1996) „QUEST-program“

Hierbei handelt es sich um ein halbjährliches, zweistündiges Abendprogramm, das sich an Kinder zwischen 5 und 18 Jahren sowohl krebskranker Eltern als auch krebskranker Großeltern richtet. Zunächst findet ein 30 bis 45 minütiges Gespräch mit den Eltern statt, um zu klären, wie viel das Kind über die elterliche Diagnose weiß, ob die Eltern Verhaltens- oder emotionale Auffälligkeiten seither beobachten konnten, wie sie dem Kind bei der Bewältigung helfen und wie die Einstellung des Kindes gegenüber dem Programm ist. Außerdem werden die Eltern zu einer offenen Kommunikation ermutigt und in den Ablauf der Intervention eingewiesen. Die eigentlichen Sitzungen mit den Kindern beinhalten Aktivitäten zum Kennenlernen, Besichtigungen des Krankenhauses und den Austausch von Gedanken

und Gefühlen. Die Eltern werden regelmäßig über den Fortschritt und die Teilnahme des Kindes informiert.

Die Kinder schätzten dieses Programm als positives Erlebnis und ihnen gefielen besonders die Krankenhaustouren, die ihnen zeigten, wo ihre Eltern behandelt werden und wo sie vor Ort Fragen stellen konnten (Heiney und Lesesne, 1996).

1.2.3.2.5 Bedway und Smith (1997) „For Kids Only“

Diese Intervention ist als Workshop für einen Tag aufgebaut. Nach einer ersten Vorstellungsrunde sollen die Kinder aus Ton eine Skulptur bauen, die sie mit dem Krebs verbinden. Es folgen grundlegende Informationen über die Krebskrankheit und ihre medizinische Behandlung durch den Therapeuten. In Teamarbeit sollen die Kinder dann Quizfragen zum Krebs beantworten. Im Anschluss findet eine Tour durch eine onkologische Station und die radiologische Onkologie statt. Im nächsten Schritt wird den Kindern Zeit gegeben, ihre Gefühle und Gedanken in einem Tagebuch festzuhalten. Anschließend sprechen die Therapeuten über Gefühle, die mit einer Krebserkrankung eines geliebten Menschen verbunden sind, und führen das Malen von Bildern als möglichen Ausdruck dieser Gefühle ein. Symbolisch sollen die Kinder nun eine heilende Creme aus einer Feuchtigkeitscreme und Farbstoffen herstellen und ihrem kranken Elternteil schenken. Zum Schluss wird der Tag noch einmal zusammengefasst und den Eltern die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen.

1.3 Hilfsangebote im Großraum Hamburg

Zurzeit gibt es in Hamburg drei spezielle Unterstützungsangebote für Kinder krebskranker Eltern:

1. Die Stiftung phönix ist eine aus Spenden finanzierte Anlaufstelle für Familien mit krebskranken Kindern, mit erkrankten Eltern und Familien, die krebskranke Angehörige verloren haben. Sie bietet eine psychotherapeutische Betreuung durch ein psychosoziales, familienorientiertes Behandlungskonzept während und über die akute Krankheitsphase hinaus.
2. Weitere Hilfe bietet die Kinderärztin und Psychotherapeutin Frau Dr. Miriam Haagen in ihrer Praxis an. Sie hat sich besonders auf Kinder krebskranker Eltern spezialisiert.
3. Des Weiteren ist noch die Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern am Universitätsklinikum-Eppendorf (UKE) zu nennen. Sie basiert auf dem schon vorgestellten COSIP-Konzept (siehe 1.2.3.1.6 (S. 23f.)). Ihre Integration in die Therapien von den

angrenzenden onkologischen Zentren des Uniklinikums unterscheidet sie erheblich von den anderen Angeboten.

1.3.1 Betreuung durch die Stiftung phönix

Seit über 26 Jahren berät die Stiftung phönix Familien mit Krebserkrankungen in Hamburg. Dabei macht der Anteil von Familien mit krebserkrankten Eltern mit ca. 66% bis 75% die größte Gruppe aus. Das Team besteht aus zwei Kinder- und zwei Erwachsenentherapeuten. Innerhalb der ersten zwei Wochen findet ein Erstgespräch mit den Eltern manchmal auch mit dem hilfesuchenden Jugendlichen statt, um die Angebote der Stiftung zu erklären und die Zuständigkeit abzuklären. In einem Teamgespräch wird dann von allen Therapeuten das weitere Vorgehen individuell entschieden. Meistens wird eine parallele Betreuung der Eltern und der Kinder ab fünf Jahren in getrennten Sitzungen vorgenommen. Diese können bei Bedarf aber auch zusammengeführt werden. Ebenso wird auch die Anzahl der Sitzungen individuell festgesetzt: Die Betreuung kann sich von ein bis zwei Terminen zur Abklärung konkreter Fragen, aber auch über einen längeren Zeitraum erstrecken. Zusätzlich werden auch je nach Bedarf Elternseminare und Kindergruppen angeboten.

1.3.2 Hilfestellung durch Frau Dr. Miriam Haagen

Frau Dr. Haagen ist Psychotherapeutin und Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. In ihrer Praxis bietet sie auch psychotherapeutische Hilfe für Familien mit Krebserkrankungen an. In mindestens 50% der Fälle handelt es sich um eine Betreuung von Familien mit elterlicher Krebserkrankung. Dabei verfährt sie nach dem COSIP-Konzept, welches sie ursprünglich mitentwickelt hat. Zusätzlich bietet sie wöchentlich eine telefonische Sprechstunde für Betroffene an und veranstaltet Weiterbildungen für Haus- und Kinderärzte, um eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

1.3.3 Beratungsstelle des Universitätsklinikums-Eppendorf

Die Beratungsstelle am UKE ist eines der fünf Zentren, die das auf Kinder krebserkrankter Eltern weiterentwickelte Interventionsmanual auf Basis des COSIP-Programms klinisch erproben und verbessern. Betroffene Familien können sowohl ambulant als auch direkt durch die Zusammenarbeit mit den onkologischen Zentren des Uniklinikums während der medizinischen Therapie betreut werden. Somit können ungleich mehr Familien erreicht werden und von diesem Programm profitieren. Dabei werden ein bis zwei der zehn festgelegten Ziele (siehe 1.2.3.1.6 (S. 23f.)) als größtes Problem identifiziert und gezielt verbessert. Dies lässt eine effiziente, gut zugängliche und schnelle Hilfe zu.

1.4 Problemstellung

Die Häufigkeit von Kindern krebserkrankter Eltern mit auch zukünftig steigender Tendenz (siehe 1.2.1.1 (S. 2f.)) und die teilweise gravierenden Auswirkungen einer elterlichen Krebserkrankung auf die minderjährigen Kinder (siehe 1.2.2 (S. 3ff.)) konnten in dieser Arbeit bereits gezeigt werden. Dagegen sind die strukturierten Hilfsangebote für betroffene Kinder insgesamt noch überschaubar (siehe 1.2.3 (S. 20ff.)) und insbesondere für den Großraum Hamburg völlig unzureichend (siehe 1.3 (S. 27f.)). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Probleme der betroffenen Kinder und Jugendlichen größtenteils von ihrer Umwelt gar nicht wahrgenommen werden. Sogar die Eltern als unmittelbare Umgebung der Kinder bemerken die Auswirkungen der Krebserkrankung nur unzureichend bis gar nicht. Außerdem scheinen die behandelnden Ärzte ihre Krebspatienten nicht als Eltern wahrzunehmen und können so ebenso keine Belastungen der Kinder erkennen oder darauf aufmerksam machen. Zur Verbesserung der Situation ist es deshalb in erster Linie notwendig, zukünftig mehr Sensibilität für die Probleme von betroffenen Kindern sowohl bei den krebserkrankten Eltern als auch bei den onkologischen Ärzten zu schaffen. Hierzu ist ein familienorientierter Ansatz unter Einbeziehung der Ärzte nötig. In dieser Arbeit soll daher für den Großraum Hamburg die aktuelle Einschätzung der onkologischen Ärzte über den Versorgungsbedarf betroffener Kinder geprüft und Unterschiede dabei herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse sollen helfen, individuelle Möglichkeiten zur Erhöhung der Sensibilität bei den Ärzten und damit auch bei den Eltern ausfindig zu machen und insgesamt die Versorgungslage zu verbessern.

1.4.1 Fragestellungen

Die bisherigen Erkenntnisse beziehen sich auf die Auswirkungen der elterlichen Krebserkrankung auf die Kinder und die Erarbeitung entsprechender Hilfsangebote. Wenig untersucht ist aber bisher, wie der Bedarf zur Versorgung von Kindern krebserkrankter Eltern durch die onkologischen Ärzte gesehen wird, die den erkrankten Elternteil medizinisch versorgen. Sie sind letztlich die entscheidende Schnittstelle, dass Versorgungsangebote die betroffenen Familien überhaupt erreichen können: Entsprechende Hilfsangebote für Kinder krebserkrankter Eltern werden am besten angenommen, wenn sie vom behandelnden Arzt selbst empfohlen werden (Romer et al., 2007). Aus diesem Grund soll beispielhaft am Großraum Hamburg die Bedarfseinschätzung der onkologischen Ärzte für die Versorgung Kinder krebserkrankter Eltern untersucht werden. Dabei sollen auch Unterschiede zwischen den Ärzteguppen herausgearbeitet werden.

F1: Sehen Ärztinnen mehr Bedarf für die psychosoziale Versorgung der Kinder krebskranker Patienten als Ärzte?

Generell wird Frauen eine bessere Fähigkeit zugesprochen, die Gefühle und Gedanken anderer Personen zu verstehen als Männer (Klein und Hodges, 2001). Auch Studien konnten bereits belegen, dass Frauen geschlechtsspezifisch empathischer sind als Männer (Batson et al., 1996; Mestre Escriva et al., 2009; Schieman und Gundy, 2000; Toussaint und Webb, 2005). Dabei scheinen die Unterschiede eher motivationsbedingt zu sein als in unterschiedlichen Fähigkeiten der Geschlechter zu liegen (Klein und Hodges, 2001). Es stellt sich also die Frage, ob Ärztinnen sich auch besser in ihre Krebspatienten einfühlen und sich mehr mit ihnen identifizieren können als Ärzte. Möglicherweise sind sie gewillter, mit dem Patienten über seine Sorgen auch über die medizinischen Belange hinaus zu sprechen und nehmen diesen damit ebenfalls mehr in seiner Funktion als Elternteil wahr. Damit könnten sie Probleme bei den Kindern vermuten und auch durch den Patienten als Elternteil selbst mitbekommen. Diese womöglich größere Sensibilität bei Ärztinnen könnte sich auch in einer größeren Bedarfseinschätzung zur Versorgungslage widerspiegeln. Teilweise sind Ärztinnen auch selber Mütter und können so wahrscheinlich die Auswirkungen auf die Kinder sensitiver einschätzen als ihren männlichen Kollegen, die selbst als Väter die Probleme bei den eigenen Kindern unterschätzen würden. Schließlich gibt es nach Visser et al. (2005) und Watson et al. (2006) zwischen Müttern und Vätern große Unterschiede in der Einschätzung möglicher Probleme aufgrund der elterlichen Krebserkrankung bei ihren Kindern: Während Mütter die Probleme ähnlich wie die Jugendlichen selbst beurteilt haben, konnten Väter diese oft gar nicht wahrnehmen.

F2_A: Unterscheiden sich die Einschätzungen der Urologen von denen der Allgemeinmediziner, Internisten und Gynäkologen im Hinblick auf den Bedarf psychosozialer Versorgung für Kinder krebskranker Patienten?

Die sensitivere Wahrnehmung der Mütter von Problemen bei ihren Kindern im Falle eines krebskranken Elternteils könnte sich auch in der Bedarfseinschätzung der onkologischen Ärzte zeigen: Ist die Mutter von der Krebserkrankung selbst betroffen, wäre es denkbar, dass sie durch den häufigen Kontakt mit ihren behandelnden Ärzten diese auch zunehmend über die Auswirkungen ihrer Krankheit auf die Kinder informieren und von den erkannten Problemen berichten könnte. Dies legt die Vermutung nahe, dass bei einer Krebserkrankung der Mutter mit einer größeren Sensibilisierung der behandelnden Ärzte für die Probleme der minderjährigen Kinder zu rechnen ist als bei einer Krebserkrankung des Vaters, der diese

Probleme bei seinen Kindern größtenteils selbst gar nicht wahrnimmt. Zusätzlich zeigen nach Grant und Compas (1995) Mädchen mit krebskranken Müttern mehr Probleme als bei einer väterlicher Krebserkrankung, sodass die Auswirkungen der Krankheit noch gravierender ausfallen können, wenn die Mutter betroffen ist.

Zwischen dem 25. und 54. Lebensjahr sind Frauen statistisch gesehen häufiger von einer Krebserkrankung betroffen als Männer (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012). Daher ist davon auszugehen, dass neben der Gynäkologie auch in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin mehr weibliche Krebspatienten mit minderjährigen Kindern behandelt werden als krebskranke Väter. Diese Fachprofessionen, die häufiger krebskranke Mütter als Väter behandeln, könnten daher mehr Bedarf für die Versorgung von Kindern krebskranker Eltern wahrnehmen als die Urologie, die mehrheitlich männliche Krebspatienten aufweist und damit mehr krebskranke Väter als Mütter behandelt.

F2_B: Unterscheiden sich die Einschätzungen der Gynäkologen von denen der Allgemeinmediziner und Internisten im Hinblick auf den Bedarf psychosozialer Versorgung für Kinder krebskranker Patienten?

Neben der Urologie wäre es auch denkbar, dass sich ebenfalls die Gynäkologie von der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin in der Bedarfseinschätzung absetzen kann: Schließlich werden in der Gynäkologie keine krebskranken Väter behandelt. Damit wirkt sich in dieser Profession auch nur der Einfluss der erkrankten Mütter auf die onkologische Ärzte aus. So könnten die Gynäkologen von der sensitiveren Wahrnehmung der kindlichen Probleme durch die Mütter profitieren und die Lage der Kinder insgesamt umfassender beurteilen. Die größere Sensibilisierung der Ärzte, die dadurch erwartet werden könnte, äußert sich möglicherweise in einer größeren Bedarfseinschätzung der Gynäkologen.

F3_A: Unterscheiden sich Krebspatienten der Urologie von denen der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Gynäkologie im Hinblick auf die Häufigkeit des Wunsches nach psychosozialen Hilfen für ihre Kinder?

Wenn Mütter im Gegensatz zu Vätern die Probleme ihrer Kinder aufgrund der elterlichen Krebserkrankung sensitiver wahrnehmen, liegt auch die Vermutung nahe, dass Mütter von sich aus häufiger die Ärzte nach Hilfsangeboten für ihre Kinder fragen als Väter. Zusätzlich sind Männer generell eher verschlossener als Frauen und fragen deshalb sowieso schon seltener nach Hilfen. Aus diesem Grund sollte auch untersucht werden, ob die Urologie als

einzigste Fachprofession, die wesentlich mehr krebskranke Väter als Mütter behandelt, einen selteneren Patientenwunsch nach Hilfsangeboten für die minderjährigen Kinder ihrer Krebspatienten aufweist als andere Fachbereiche.

F3_B: Unterscheiden sich Krebspatienten der Gynäkologie von denen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin im Hinblick auf die Häufigkeit des Wunsches nach psychosozialen Hilfen für ihre Kinder?

Ebenso lässt sich vermuten, dass die Krebspatientinnen der Gynäkologie sich häufiger Hilfsangebote für ihre Kinder wünschen als Krebspatienten der Allgemein- und Inneren Medizin, da durch den Anteil krebskranker Väter in diesen Fachprofessionen der Hilfewunsch insgesamt geringer ausfallen könnte als in der Gynäkologie, die keine krebskranken Väter behandelt.

F4: Unterscheiden sich Klinikärzte von niedergelassenen Ärzten im Hinblick auf ihre Einschätzung des Bedarfs für die psychosoziale Versorgung von Kindern krebskranker Patienten?

Innerhalb der ersten Monate nach der Diagnosestellung konnten Welch et al. (1996) in der Einschätzung der Eltern keine Probleme der minderjährigen Kinder erkennen. Im terminalen Stadium der Erkrankung hingegen konnten Siegel et al. (1992) in der Wahrnehmung der Eltern deutlich mehr Probleme bei ihren minderjährigen Kindern nachweisen. Dies lässt den Schluss zu, dass die Wahrnehmung der Eltern von dem Stadium der Krebserkrankung abhängen könnte: Ein fortgeschrittenes Krebsstadium führt möglicherweise dazu, dass Eltern mehr Probleme bei ihren Kindern aufgrund der Erkrankung erkennen. Die Kenntnis und Sorgen der Eltern um die Auswirkungen auf ihren Nachwuchs könnten auch durch den Patientenkontakt zunehmend die onkologischen Ärzte sensibilisieren. Klinikärzte und niedergelassene Ärzte behandeln Patienten in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung. Es stellt sich also die Frage, ob sich daher auch die Bedarfseinschätzungen zwischen niedergelassenen und Klinikärzten unterscheiden.

F5: Unterscheiden sich jüngere von älteren Ärzten im Hinblick auf ihre Einschätzung des Bedarfs für die psychosoziale Versorgung von Kindern krebskranker Patienten?

Insgesamt ist die Sensibilität für Probleme bei Kindern krebskranker Eltern erst in den letzten Jahrzehnten gewachsen und hat so zu mehr Forschung auf diesem Gebiet geführt. Daher lässt

sich vermuten, dass die Aus- und Weiterbildung der Ärzte sich dem aktuellen Forschungsstand angepasst hat und dadurch in den letzten Jahren die angehenden Ärzte zunehmend für diese Thematik sensibilisiert worden sind. Aus diesem Grund könnte jüngeren Ärzten diese Problematik bewusster sein als ihren älteren Kollegen und deshalb auch von ihnen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Insgesamt gibt es also Hinweise darauf, dass jüngere Ärzte den Versorgungsbedarf eventuell größer einschätzen.

2. Material und Methoden

In Zusammenarbeit mit der Berliner Charité wurde von der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums-Eppendorf im Jahr 2009 ein von der Deutschen Krebshilfe gefördertes Forschungsprojekt ins Leben gerufen, um die Bedarfs- und Versorgungssituation von Kindern krebskranker Eltern in Berlin und Hamburg zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen mit Bitte um Beantwortung an Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxen an allen Schnittstellen zu onkologischen Patienten im Großraum Hamburg bzw. Berlin geschickt und ausgewertet.

Zusätzliche Befragungen einiger Ärzte und Psychotherapeuten im April 2013 in Form eines Interviews sollten weitere Informationen über den Versorgungsbedarf und konkrete Verbesserungsvorschläge liefern.

2.1 Datenerhebung mittels Fragebögen an Ärzte im Großraum Hamburg

2.1.1 Ablauf

Im Jahr 2009 wurden 1760 Fragebögen an 159 Kliniken und 1601 Praxen, die mit onkologischen Patienten im Großraum Hamburg arbeiten, verschickt. In einem begleitenden Anschreiben wurde noch einmal kurz auf die Problematik psychischer Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern aufgrund der emotionalen Belastung aufmerksam gemacht und angeboten, betroffene Patienten in der Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern des Universitätsklinikums-Eppendorf über das Angebot zu informieren.

Insgesamt wurden 154 Fragebögen von 21 Kliniken und 133 Praxen zurückgeschickt.

2.1.2 Aufbau der Fragebögen

Es wurden zwei Fragebogenversionen mit insgesamt vierzehn Fragen über zwei DIN-A4 Seiten mit dem Titel „Fragebogen zur Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern“ (siehe Anhang 1 (S. 85f.)) erstellt. Sie sind selbst zusammengestellt und beruhen auf Erfahrungen, die durch das COSIP-Projekt und die zehnjährige Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern am Universitätsklinikum-Eppendorf gesammelt werden konnten. Während eine Version sich an Praxen richtet, ist die zweite für Klinikärzte konzipiert. Es handelt sich dabei lediglich um formale Unterschiede, inhaltlich sind beide Versionen gleich. Die für das Ausfüllen eines Fragebogens benötigte Zeit wurde mit fünf bis zehn Minuten angegeben.

Zunächst werden allgemeine Angaben zum ausfüllenden Arzt sowie seiner Einrichtung erfragt. Diese beinhalten Name der Klinik und Abteilung bzw. Praxis, Alter, Fachprofession, Berufserfahrung in Jahren und Funktion des Arztes.

Die ersten drei Items fragen nach der Anzahl der erwachsenen Krebspatienten pro Jahr, sowie wie viel Prozent von diesen in der Altersgruppe 18-55 Jahre sind und wie viel Prozent der Krebspatienten minderjährige Kinder haben. Die Anzahl kann sowohl als genaue Zahl als auch durch Wahl eines von sechs vorgegebenen Bereichen von null bis über 300 angegeben werden. Die Prozentangaben sind als ungefähre Wert einzutragen.

Item vier erkundet, ob in der Anamneseerhebung nach minderjährigen Kindern gefragt wird. Es kann zwischen „immer“, „meistens“, „manchmal“ und „nie“ gewählt werden.

Im weiteren Verlauf wird nach der Einschätzung von Problemen bei minderjährigen Kindern von krebskranken Eltern und dem Beratungsbedarf bei betroffenen Familien gefragt. Zur Auswahl stehen „ja“, „nein“ und „nicht beurteilbar“. Im Falle einer Bejahung sollen Prozentangaben angegeben werden, um den Anteil abschätzen zu können. „Nicht beurteilbar“ kann schriftlich begründet werden.

Punkt sieben fragt nach dem aktuellen Umgang mit betroffenen Kindern in der Praxis bzw. Klinik. Vier Unterpunkte sollen dazu mit „immer“, „meistens“, „manchmal“ oder „nie“ beantwortet werden: Beratung der Eltern, ob und wie sie die Diagnose den Kindern mitteilen sollen, Angebot eines Gesprächs mit Eltern und Kindern, Angebot eines separaten Aufklärungsgesprächs für die Kinder und den Wunsch seitens der Ärzte nach professioneller Hilfe zur Ausgestaltung einer besseren Einbeziehung der Kinder.

Item acht und neun fragen jeweils nach dem Anteil der Patienten, die zum einen für sich (Item 8) und für ihre Kinder (Item 9) nach psychoonkologischer Unterstützung fragen.

Frage zehn versucht Faktoren ausfindig zu machen, die eine bessere Betreuung der Kinder in der Praxis bzw. Klinik zur Zeit verhindern. Sie ist in fünf Unterpunkte unterteilt und umfasst: Gespräche mit oder über Kinder nicht vorgesehen, keine Zeit, kein richtiger Moment, dafür nicht ausgebildet und die Auffassung, dass Gespräche eher stationär (Praxisfragebogen) bzw. ambulant (Klinikfragebogen) stattfinden sollten. Es kann wieder zwischen „immer“, „meistens“, „manchmal“ und „nie“ gewählt werden. Die Antwortmöglichkeiten können auf die ersten vier Unterpunkte semantisch verwirrend wirken, da es sich um negativ formulierte Aussagen handelt, die ihrerseits wiederum bejaht bis abgelehnt werden können. Die Ablehnung einer solch negativ formulierten Aussage soll, wie im Sinne einer doppelten Verneinung, eine Bejahung des Umstands intendieren.

Item elf fragt nach den bisherigen Anlaufstellen der Ärzte zur Versorgung Kinder krebskranker Eltern. Es kann zwischen „Keine weiteren Maßnahmen“ und elf weiteren Kategorien, wie beispielsweise „Kinderpsychologe“ mit den Gewichtungen „häufig“, „selten“ und „nie“ gewählt werden. Sonstige und konkrete Anlaufstellen können schriftlich festgehalten werden. Wie bei den ersten vier Unterpunkten der Frage 10 kann auch bei der Gewichtung der Kategorie „Keine weiteren Maßnahmen“ eine ähnliche semantische Verwirrung entstehen. Hier soll eine Verneinung mit „nie“ intendieren, dass immer weitere Maßnahmen ergriffen werden. Im Punkt zwölf wird nach psychoonkologischen Qualifikationen des Arztes und der Mitarbeiter gefragt. Mögliche Qualifikationen können angegeben werden.

Die letzten beiden Items fragen nach dem Wunsch der Ärzte nach Weiterbildungsangeboten und mehr Unterstützung durch Fachleute. Bei Bejahung kann die konkrete Art der gewünschten Weiterbildung oder Unterstützung aufgeschrieben werden.

Zum Schluss der Fragebögen können noch kurze handschriftliche Anmerkungen oder Kommentare eingetragen werden.

2.1.3 Ausschlusskriterien

Von den 154 Antworten mussten 23 von der Auswertung ausgeschlossen werden: Insgesamt acht Ärzte gaben an, zu geringe Fallzahlen zu haben, um sich zu diesem Thema adäquat äußern zu können, sieben Fragebögen berichteten von einem anderen Patientenklientel und weitere acht erklärten, sie seien hauptsächlich nur für die Diagnosestellung zuständig (siehe Abbildung 1).

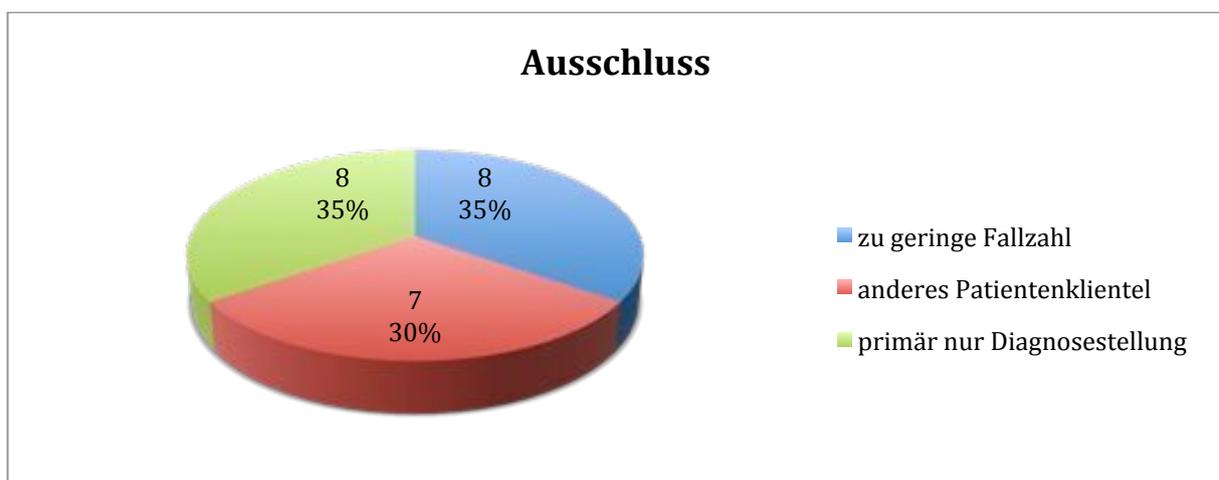


Abbildung 1: Ausschluss

2.1.4 Rücklauf-, Ausschluss- und Drop-out-Quote

Insgesamt liegt die Rücklaufquote bei 8,8% (n=154). Dabei haben Kliniken mit 13,2% (n=21) häufiger geantwortet als Praxen (8,3%; n=133). Mit 17,3% (n=38) weist die Innere Medizin die größte Rücklaufquote auf, gefolgt von der Urologie mit 12,2% (n=9), der Gynäkologie mit 9,6% (n=21) und schließlich der Allgemeinmedizin mit nur 4,9% (n=38). Die sonstigen Fachprofessionen liegen bei 9,2% (n=43).

Die allgemeine Ausschlussquote beträgt 14,9% (n=23). Sie ist mit 15,8% (n=21) bei Praxen größer als bei Kliniken mit 9,5% (n=2). Dabei hat die Innere Medizin mit 10,5% (n=4) den größten Ausschluss vor der Allgemeinmedizin mit 5,3% (n=2), der Gynäkologie mit 4,8% (n=1) und der Urologie mit 0,0% (n=0). Insgesamt haben die sonstigen Professionen aber mit 37,2% (n=16) einen weitaus größeren Ausschluss.

Die komplette Drop-out-Quote nach Rücklauf und Ausschluss liegt für alle Angeschriebenen bei 92,6% (n=1629). Praxen sind mit 93,0% (n=1489) häufiger herausgefallen als Kliniken mit 88,1% (n=140). Bei den Fachprofessionen weist die Allgemeinmedizin (95,4%; n=744) die höchste Drop-out-Quote auf, gefolgt von der Gynäkologie (90,8%; n=198), der Urologie (87,8%; n=65) und der Inneren Medizin mit nur 84,5% (n=186). Die sonstigen Professionen liegen bei 94,2% (n=441).

Alle Werte können im Anhang 2 (S. 87) nachgelesen werden.

2.1.5 Unabhängige Variablen

Neben den allgemeinen Variablen „Name“ der Praxis bzw. Klinik, „Geschlecht“, Alter („PersAlt“), Fachprofession („PersProf“), Berufserfahrung („PersErf“) und Funktion („PersFunkt“) unterscheidet eine Variable („Gruppe“) zwischen Klinik- und Praxisärzten.

Um die in den Fragestellungen formulierten Unterschiede in der Beurteilung von der Versorgungslage der Kinder ausfindig machen zu können, sind drei unabhängige Variablen wichtig: Die Gruppenvariable hilft, Unterschiede zwischen Klinik- und niedergelassenen Ärzten herauszufinden. Nach dem Alter der Befragten wurden diese in zwei Alterskategorien („KategAlter“) unterteilt. Eine Altersgruppe setzt sich aus Ärzten bis einschließlich zum vollendeten 50. Lebensjahr zusammen und eine umfasst alle Befragten, die älter als 50 Jahre sind. Die dritte Variable unterteilt die Teilnehmer in die einzelnen Fachprofessionen („KategProfession“). Dabei wird in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Urologie und Sonstige unterschieden.

2.1.6 Abhängige Variablen

Insgesamt werden 34 abhängige Variablen zur Einschätzung der Versorgungslage berechnet. Drei untersuchen die Anzahl der onkologischen Patienten und den Anteil möglicherweise betroffener Familien. Eine klärt über die Anamnesegewohnheit in der Frage, ob minderjährige Kinder vorhanden sind, auf. Je zwei Variablen geben an, ob und bei welchem Anteil der Familien Probleme bei den Kindern oder Beratungsbedarf aufgrund der elterlichen Krebserkrankung gesehen werden. Weitere vier beschreiben den aktuellen Umgang mit den minderjährigen Kindern der onkologischen Patienten. Der Anteil der Krebspatienten, der von sich aus nach psychoonkologischer Hilfe für sich selbst und seine Kinder fragt, wird in zwei abhängigen Variablen wiedergegeben. Weitere fünf prüfen erschwerende Faktoren, die eine bessere Einbeziehung der Kinder durch die Ärzte verhindern. Zwölf geben Auskunft über weitergehende Maßnahmen zur Versorgung der Kinder, die betroffenen Patienten durch ihre Ärzte empfohlen werden. Eine prüft, ob Qualifikationen im Bereich Psychoonkologie vorhanden sind und zwei weitere klären, ob Weiterbildungsangebote und Unterstützung durch Fachleute bei den Ärzten erwünscht ist.

2.1.7 Ermittlung des Versorgungsbedarfs

Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs erfolgt über die subjektive Einschätzung der Ärzte und den Wunsch der onkologischen Patienten nach Hilfen für ihre Kinder. Die subjektive Einschätzung der Ärzte lässt sich an der Problemeinschätzung, dem empfundenen Beratungsbedarf, der Häufigkeit von Empfehlungen weiterer Maßnahmen und den Wünschen nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten festmachen.

2.1.8 Ermittlung von Optimierungsansätzen

Verbesserungsmöglichkeiten der Versorgungssituation lassen sich sowohl aus der aktuellen Versorgungslage als auch über die Bereitschaft der Ärzte, Weiterbildungs- und Unterstützungsangebote anzunehmen, ableiten. Die aktuelle Versorgungslage lässt sich aus der Anamnesefrage nach Kindern, den aktuellen Umgang, den erschwerenden Faktoren zur besseren Einbeziehung, den weitergehenden Maßnahmen und den Qualifikationen im Bereich Psychoonkologie erkennen.

2.2 Befragung von Ärzten und Psychotherapeuten mittels Interview

2.2.1 Ablauf

Über telefonische und E-Mail-Anfragen wurden im April 2013 sechs Fachabteilungen aus Hamburger Kliniken, die an der Behandlung onkologischer Patienten maßgeblich beteiligt

sind, und zwei Beratungsstellen für Kinder krebskranker Eltern in Hamburg unter kurzer Vorstellung des Themas gebeten, einen Mitarbeiter zur Teilnahme an einer 15 bis 20-minütigen Befragung zur Verfügung zu stellen. Zwei Fachabteilungen und zwei Beratungsangebote erklärten sich schließlich zur Teilnahme bereit. Im Stil eines Interviews wurden dann Fachärzte der Klinikabteilungen und Psychotherapeuten der Beratungsangebote zur regionalen Versorgungslage von minderjährigen Kindern krebskranker Eltern befragt. Besonderes Augenmerk lag dabei auf der Einschätzung des Bedarfs im Großraum Hamburg und mögliche Verbesserungsvorschläge.

2.2.2 Aufbau der Interviews

Die Fragen an die Fachärzte orientieren sich an dem „Fragebogen zur Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern“ (siehe Anhänge 1 & 36 (S. 85f. & 108ff.)). Allerdings werden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Darüberhinaus wird konkret gefragt, ob Bedarf zur Verbesserung der Versorgung der Kinder gesehen wird und wie dieser aussehen könnte. Außerdem soll eruiert werden, für wie wichtig das Thema im Berufsalltag gehalten wird, ob und welche Unterschiede beim Versorgungs- und Beratungsbedarf der Familien und ihrer Kinder aufgrund verschiedener Patientenmerkmale (Geschlecht, alleinerziehender Elternteil, etc.) gesehen werden und welche Beratungsangebote aus Hamburg bekannt sind.

Die Befragung der Mitarbeiter von Beratungsangeboten beziehen sich darauf, wie Betroffene auf das Angebot aufmerksam werden, welchen Zuspruch sie erfahren und ob Bedarf für mehr Angebote in Hamburg gesehen wird. Zusätzlich wird auch hier nach konkreten Verbesserungsvorschlägen gefragt (siehe Anhang 37 (S. 112f.)).

3. Ergebnisse

3.1 Teilnehmerbeschreibung der Fragebogenerhebung

Nach Ausschluss beinhaltet der Datensatz insgesamt 131 ausgefüllte Fragebögen von 19 (14,5%) Kliniken und 112 (85,5%) Praxen. Die Altersspanne erstreckt sich von 33 bis 70 Jahren. 53,4% (n=70) der Teilnehmer sind bis einschließlich 50 Jahre alt, 40,5% (n=53) sind älter als 50 Jahre. 5,3% (n=7) der Ärzte haben eine Berufserfahrung von 6-10 Jahren, 40,5% (n=53) von 11-20 Jahren und 54,2% (n=71) geben mehr als 20 Jahre Erfahrung an. 48,9% (n=64) der Teilnehmer sind Männer und 36,6% (n=48) sind Frauen. Bei 14,5% (n=19) ist das Geschlecht nicht angegeben. Die größte Gruppe stellen mit 27,5% (n=36) Ärzte der Allgemeinmedizin dar, gefolgt von 26,0% (n=34) der Inneren Medizin, 15,3% (n=20) Gynäkologen und 6,9% (n=9) Urologen. Andere Fachprofessionen sind wegen ihrer geringen Anzahl unter Sonstige mit 20,6% (n=27) zusammengefasst. 3,8% (n=5) der Teilnehmer haben keine Angabe zu ihrer Profession gemacht. Der Großteil der Befragten ist mit 70,2% (n=92) Inhaber einer Praxis oder Direktor bzw. Leiter einer Klinik, gefolgt von 4,6% (n=6) Chefärzten, 3,1% (n=4) Oberärzten und 6,9% (n=9) sonstiger Funktionen. Einen Überblick über diese Daten kann man Abbildung 2 und Anhang 3 (S. 87) entnehmen.

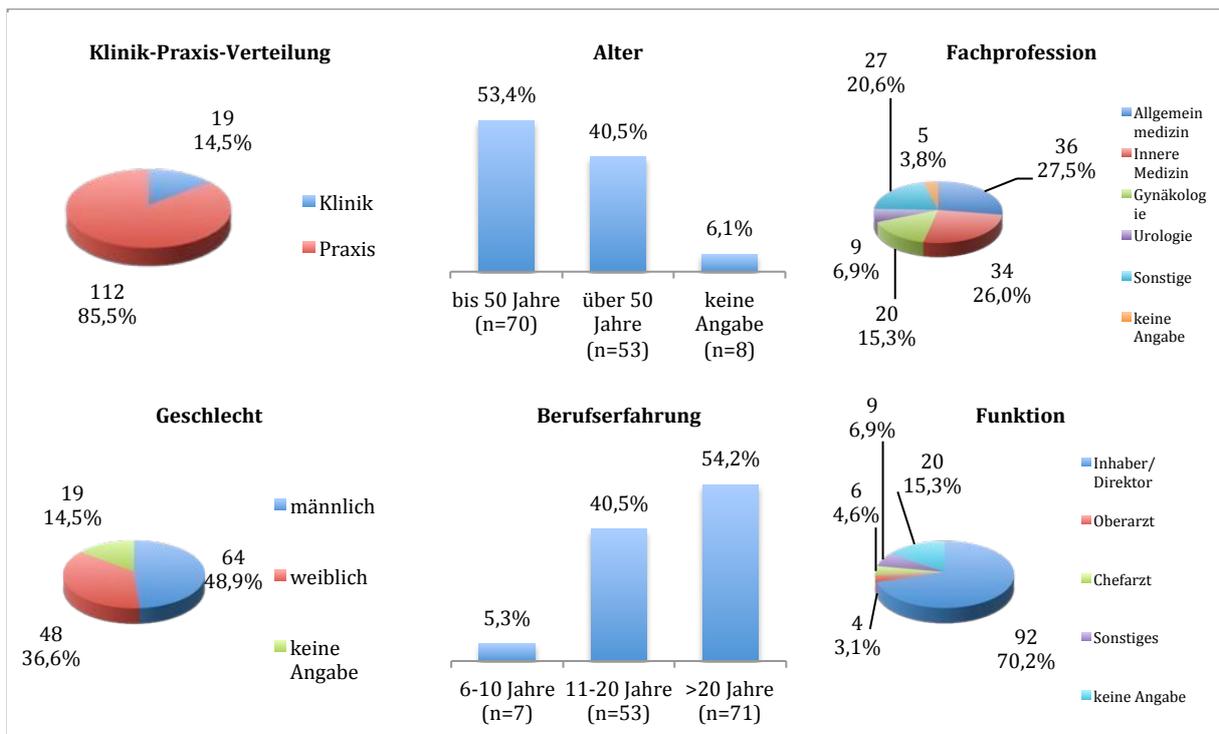


Abbildung 2: Allgemeine Teilnehmerbeschreibung der Fragebogenerhebung

Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Berufsprofessionen sieht wie folgt aus (siehe Abbildung 3 und Anhang 3 (S. 87)): Die Allgemeinmediziner bestehen zu 38,9% (n=14) aus

Männern, 41,7% (n=15) aus Frauen und 19,4% (n=7) unbekanntem Geschlecht. In der Gruppe der Inneren Medizin können 50,0% (n=17) als Männer und 38,2% (n=13) als Frauen erkannt werden. Bei 11,8% (n=4) der Ärzte ist das Geschlecht nicht erkennbar. In der Gruppe der Gynäkologen gibt es 30,0% (n=6) Männer, 55,0% (n=11) Frauen und 15,0% (n=3) unbekanntem Geschlecht. Bei den Urologen sind es 77,8% (n=7) Männer, 11,1% (n=1) Frauen und 11,1% (n=1) Unbekannte. In der Gruppe der Sonstige lassen sich 66,7% (n=18) Männer und 25,9% (n=7) Frauen ausfindig machen. Bei 7,4% (n=2) der Ärzte ist das Geschlecht nicht angegeben.

Die Teilnehmer der Gynäkologie sind also zum größten Teil weiblich. In der Allgemeinmedizin ist es weitgehend ausgeglichen mit knapper Frauenmehrheit. In allen anderen Fachprofessionen, mit größter Ausprägung bei der Urologie, sind Männer erheblich stärker vertreten.

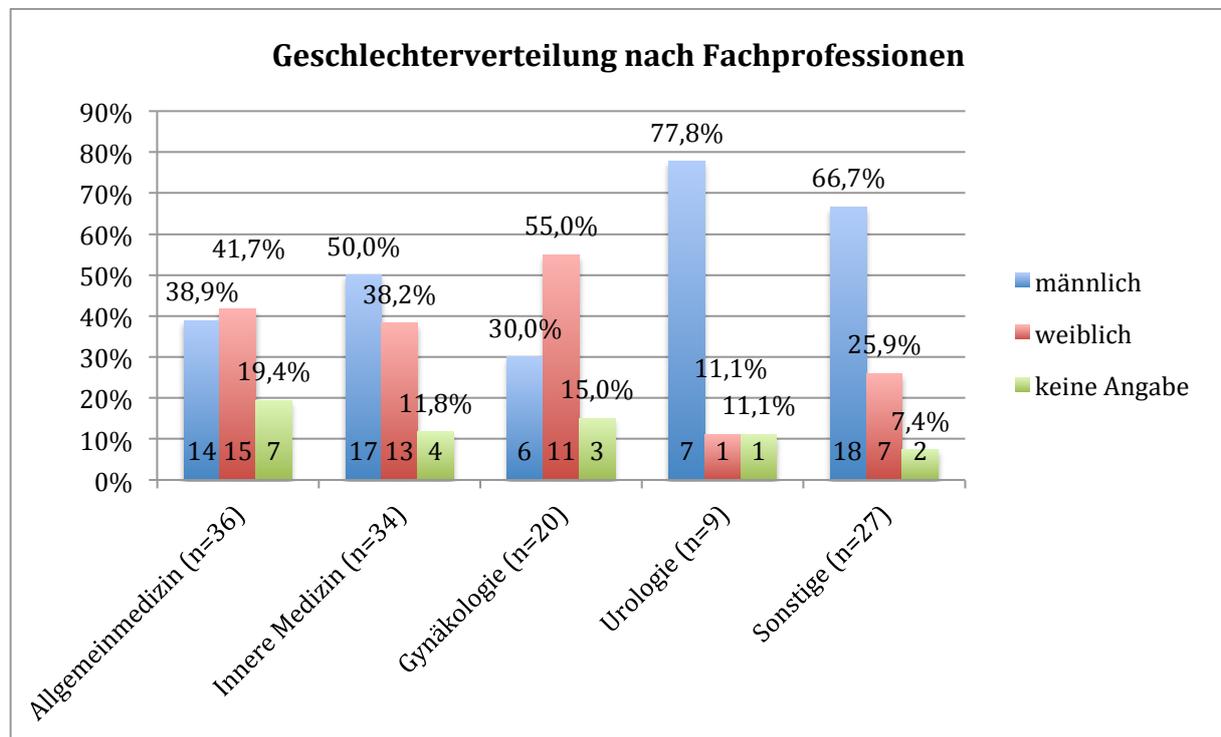


Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Fachprofessionen

3.2 Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung

Zunächst sollen deskriptiv die Ergebnisse dargestellt werden. Mit Hilfe beidseitiger Zweistichproben-T-Tests für unabhängige Stichproben sollen anschließend auf dem 95%-Konfidenzintervall ($p \leq 0,05$) signifikante Unterschiede zwischen den Ärzteguppen herausgefunden werden: Dabei sollen Ärztinnen mit Ärzten, die beiden Altersgruppen der Befragten, Klinik- und niedergelassene Ärzte und die Urologie und Gynäkologie jeweils mit

den anderen Fachprofessionen verglichen werden. Mit Hilfe des Levene-Tests wird vorab auf Varianzgleichheit getestet und bei Ungleichheit auf den Welch-Test ausgewichen.

3.2.1 Datenbeschreibung

3.2.1.1 Häufigkeiten von Familien mit krebserkrankten Eltern

Generell sollten primär die Ärztegruppen bei der Versorgung von Kindern krebserkrankter Eltern einbezogen werden, die mit vergleichsweise vielen Krebspatienten arbeiten. Klinikärzte geben zu 47,4% (n=9) an, mehr als 300 Krebspatienten pro Jahr zu behandeln. Im Gegensatz dazu sind in Praxen zu 51,8% (n=58) lediglich bis zu 50 Krebspatienten pro Jahr in Behandlung. Ebenfalls auffällig ist mit 55,6% (n=5) der Anteil von mehr als 300 Patienten mit Krebserkrankung pro Jahr in der Urologie, gefolgt von 25% (n=5) in der Gynäkologie. In der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin werden weitaus weniger Fälle von Krebs berichtet (siehe Abbildung 4 und Anhang 4 (S. 87)).

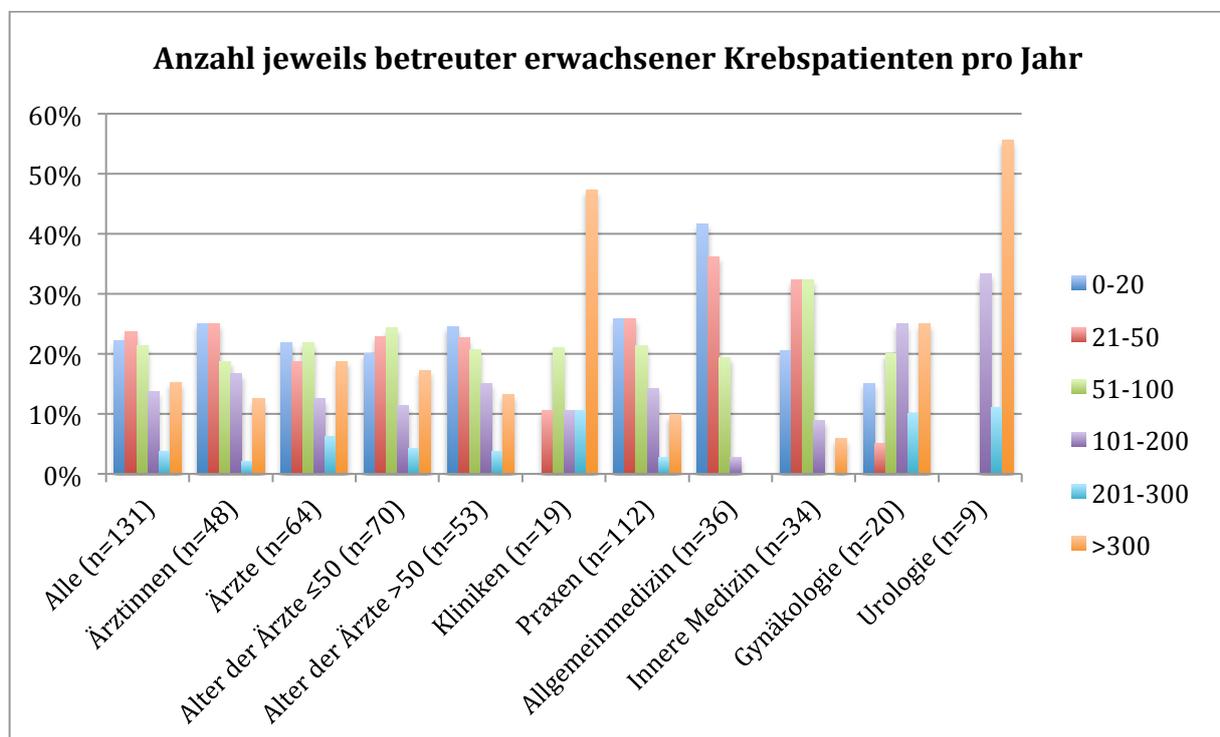


Abbildung 4: Anzahl jeweils betreuter erwachsener Krebspatienten pro Jahr

Um einen Überblick über die potenzielle Größe des Problems zu bekommen, ist es interessant den durchschnittlichen Anteil von Krebspatienten im Alter von 18 bis 55 Jahren zu betrachten. Der Großteil der Eltern von minderjährigen Kindern sollte in dieser Altersgruppe liegen. Beim Vergleich der durchschnittlichen Werte der einzelnen Gruppen fällt auf, dass während der Anteil bei allen Gruppen zwischen 25,4% (Allgemeinmedizin) und 34,4% (Ärztinnen) liegt, die Gynäkologie mit 44,4% auffallend viele Krebspatienten im kritischen Alter aufweist. Es werden also in der Gynäkologie im Unterschied zu den anderen Fachprofessionen erheblich mehr jüngere Krebspatienten behandelt, während die Allgemeinmedizin (25,4%), Innere Medizin (27,0%) und Urologie (26,7%) einen in etwa gleich großen Anteil von Krebspatienten im Alter von 18 bis 55 Jahren aufweisen. Obwohl man es vermuten könnte, zeigt sich kein älteres Patienten Klientel in der Urologie. Die Werte aller Gruppen sind in Abbildung 5 zusammengefasst.

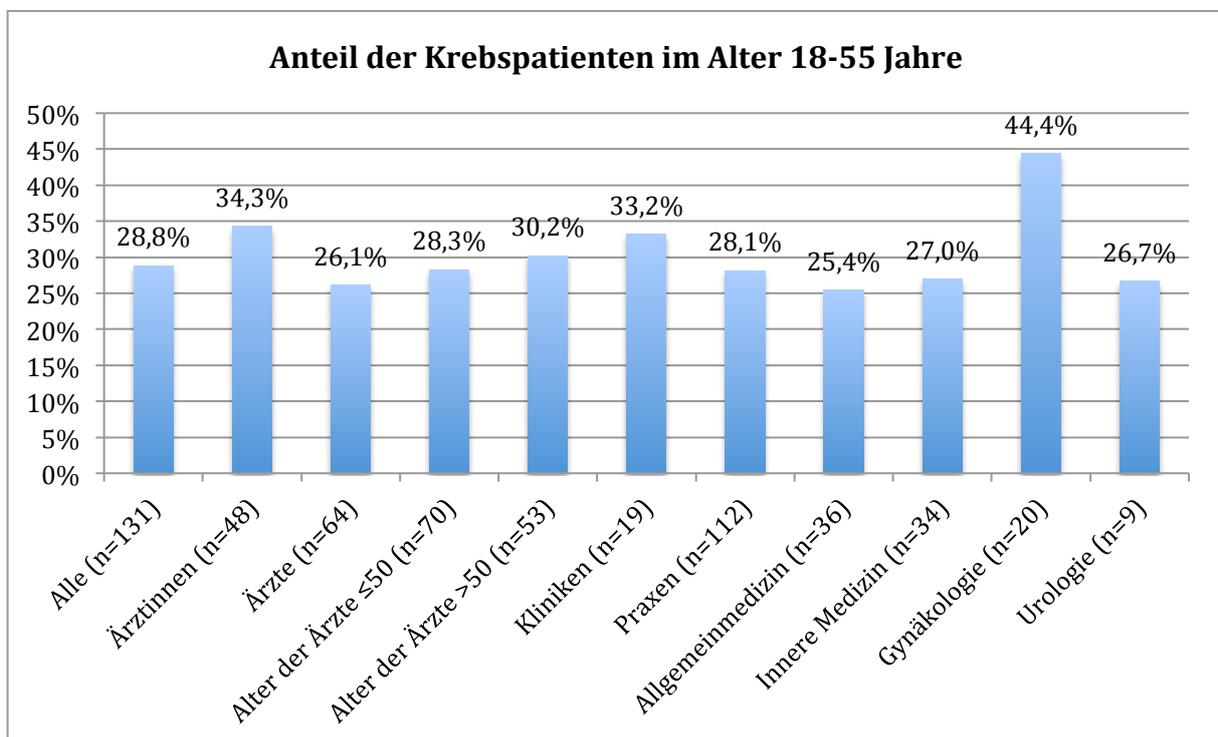


Abbildung 5: Anteil der Krebspatienten im Alter von 18 bis 55 Jahren

Im Vergleich dazu ist es interessant, den durchschnittlichen Anteil von Krebspatienten mit minderjährigen Kindern in den Gruppen zu betrachten: Alle Teilnehmer geben diesen mit 20,5% gut 8,3 Prozentpunkte niedriger an als den Patientenanteil im Alter zwischen 18 bis 55 Jahren. Mit 14,8% haben Ärzte, die älter als 50 Jahre sind, einen deutlich kleineren Anteil von Krebspatienten mit minderjährigen Kindern angegeben als jüngere Ärzte mit einem Patientenanteil von 24,5%. Mit 28,0% hat die Gynäkologie zwar immer noch den größten Anteil im Vergleich zu den anderen Gruppen, kann sich aber nur minimal von der Urologie mit 25,8% absetzen (siehe Abbildung 6). Überraschenderweise ist der Anteil der Krebspatienten mit minderjährigen Kindern in der Urologie größer als sowohl in der Allgemeinmedizin (19,1%) als auch in der Inneren Medizin (18,0%).

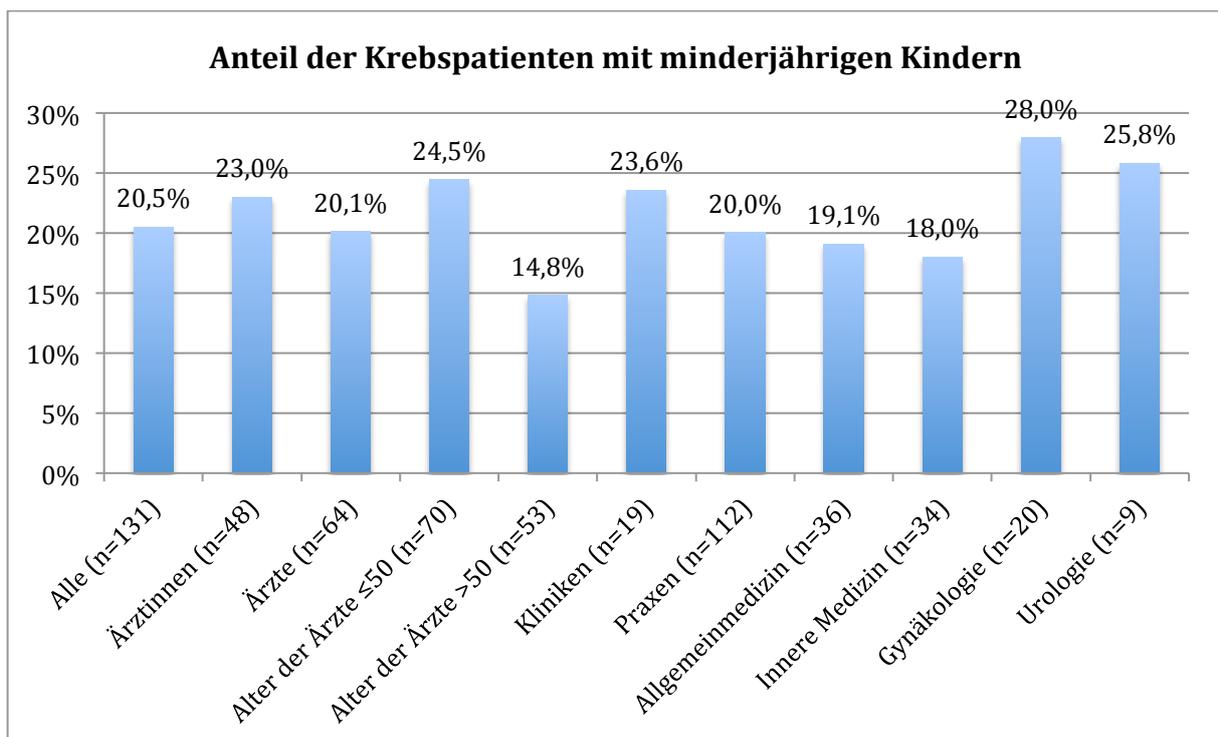


Abbildung 6: Anteil der Krebspatienten mit minderjährigen Kindern

Wie genau diese Zahlen sind, hängt natürlich davon ab, ob die Ärzte überhaupt nach dem Vorhandensein von Kindern fragen. Gerade einmal 44,3% (n=58) aller Teilnehmer fragen im Zuge der Anamnese immer nach minderjährigen Kindern, 6,9% (n=9) sogar nie. Mit 72,9% (n=35) klären Ärztinnen mit Abstand am häufigsten ab, ob Kinder bei ihren Krebspatienten vorhanden sind. Ihre männlichen Kollegen dagegen fragen nur zu 25,0% (n=16) immer und zu 34,4% (n=22) meistens nach Kindern. Auch zwischen Praxen und Kliniken gibt es Unterschiede im Anamneseverhalten bei Krebspatienten: In Praxen wird mit 46,4% (n=52) am häufigsten immer nach Kindern gefragt, während in Kliniken zu 47,4% (n=9) meistens gefragt wird. Entsprechende Unterschiede sind auch zwischen den Fachprofessionen zu beobachten: In der Gynäkologie wird zu 65,0% (n=13) immer nach Kindern gefragt, gefolgt von 47,1% (n=16) in der Inneren Medizin, 44,4% (n=16) in der Allgemeinmedizin und nur 22,2% (n=2) in der Urologie. Die meisten Urologen (44,4%; n=4) stellen diese Frage nur manchmal, ganze 22,2% (n=2) sogar nie. Alle Daten sind in Abbildung 7 und Anhang 5 (S. 88) zusammengefasst.

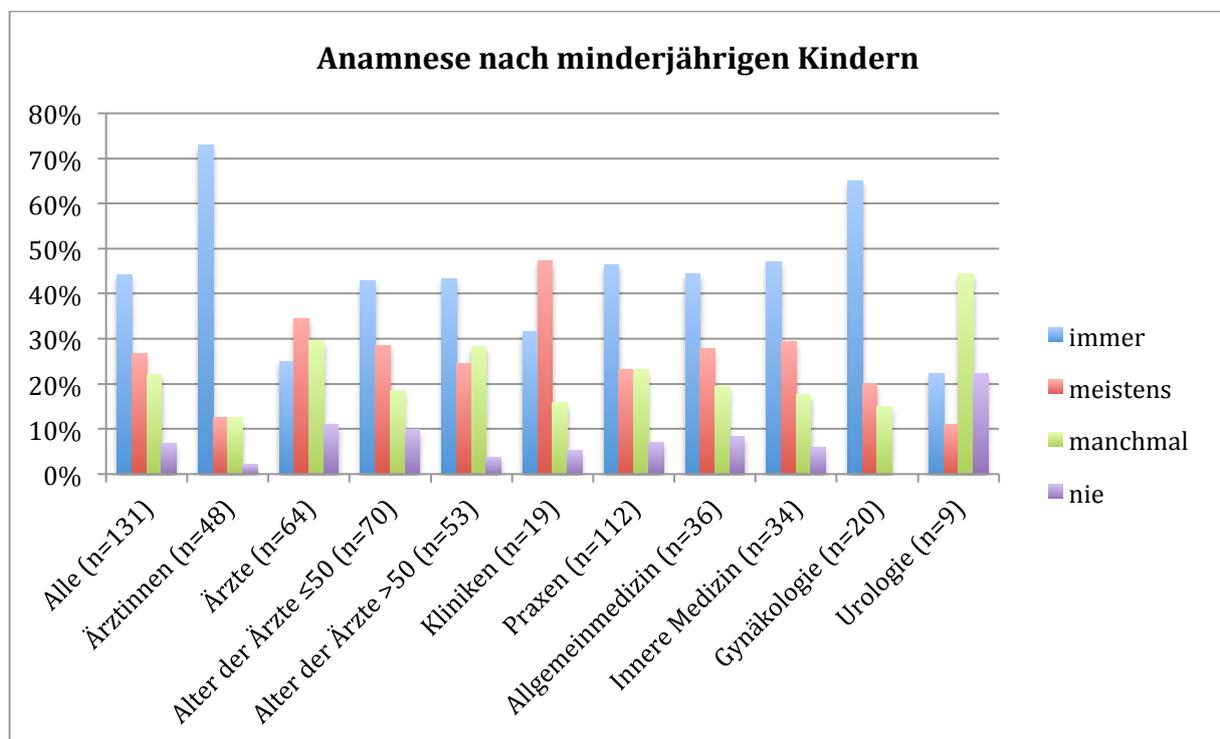


Abbildung 7: Anamnese nach minderjährigen Kindern

3.2.1.2 Problemeinschätzungen und Beratungsbedarf

Insgesamt glauben 40,5% (n=53) aller Befragten, überhaupt Probleme bei manchen minderjährigen Kindern ihrer onkologischen Patienten aufgrund der elterlichen Krebserkrankung zu sehen. 51,9% (n=68) halten es dagegen aus ihrer Position für nicht beurteilbar. 5,3% (n=7) verneinen sogar jegliche Probleme aufgrund der Erkrankung. Ärztinnen nehmen zu 58,3% (n=28) mehrheitlich Auswirkungen auf manche Kinder wahr. 41,7% (n=20) können es nicht beurteilen, aber keine Ärztin verneint das Vorhandensein von Problemen bei manchen Kindern. Männliche Ärzte hingegen halten es mit 56,3% (n=36) mehrheitlich für nicht beurteilbar. Bei den Fachprofessionen fällt die Allgemeinmedizin mit einer deutlichen Bejahung von kindlichen Problemen mit 61,1% (n=22) auf. Alle anderen Professionen halten es größtenteils für nicht beurteilbar. In der Urologie waren sogar alle Befragten (n=9) dieser Meinung (siehe Abbildung 8 und Anhang 6 (S. 88)).

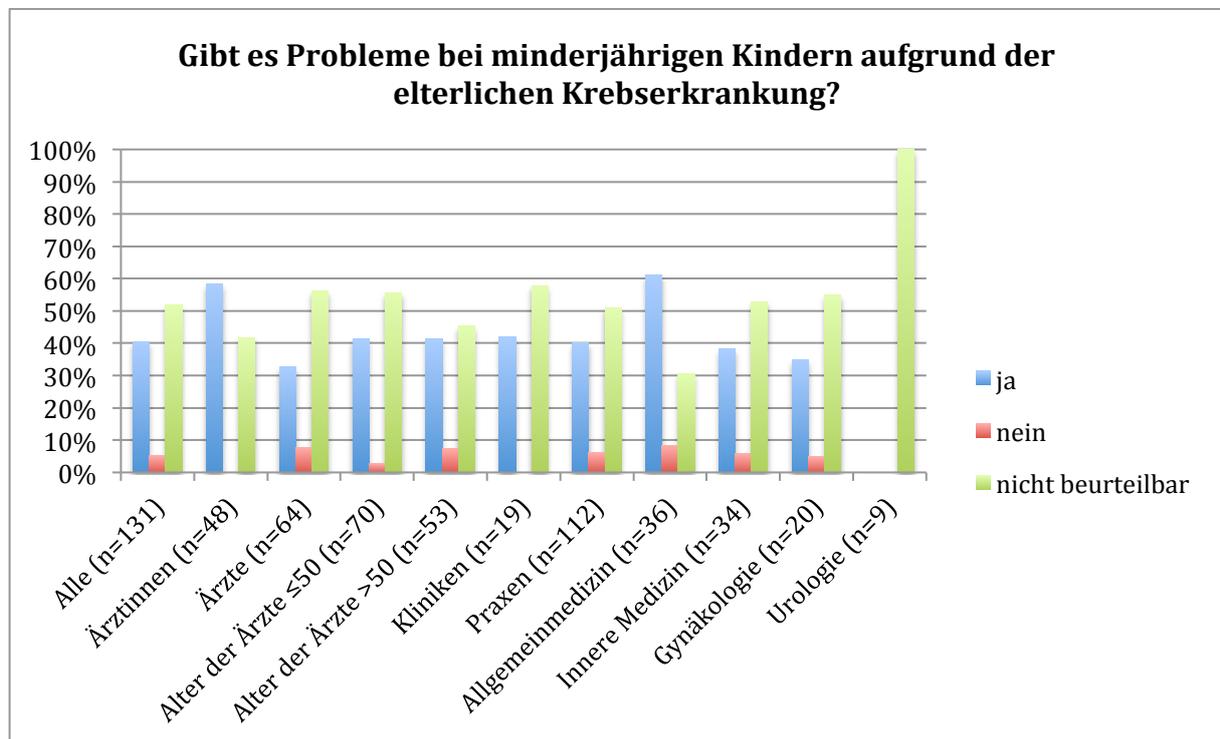


Abbildung 8: Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Problemen bei Kindern krebserkrankter Eltern

Von allen, die überhaupt bei manchen Kindern Probleme aufgrund der elterlichen Erkrankung wahrnehmen können (n=53), wird der Anteil der betroffenen Familien im Durchschnitt mit 60,2% angegeben. Ärztinnen sehen mit 65,0% bei mehr Familien Probleme der Kinder als männliche Behandler (57,7%). Ebenso nehmen die jüngeren Ärzte (bis 50 Jahre) mit 68,0% einen größeren Familienanteil mit Problemen bei den Kindern wahr als ihre Kollegen über 50 Jahre. Praxen geben mit 63,5% im Vergleich zu Kliniken mit 43,9% einen größeren Anteil an. Bei den Fachprofessionen sieht die Allgemeinmedizin mit 72,4% bei ihren Krebspatienten am häufigsten Probleme der Kinder aufgrund der elterlichen Erkrankung (siehe Abbildung 9). Keiner der befragten Urologen hält eine Schätzung dieses Anteils aus seiner Position für möglich, da ein eventuelles Vorhandensein von Problemen bei betroffenen Kindern von allen Urologen durchweg als nicht beurteilbar gesehen wird.

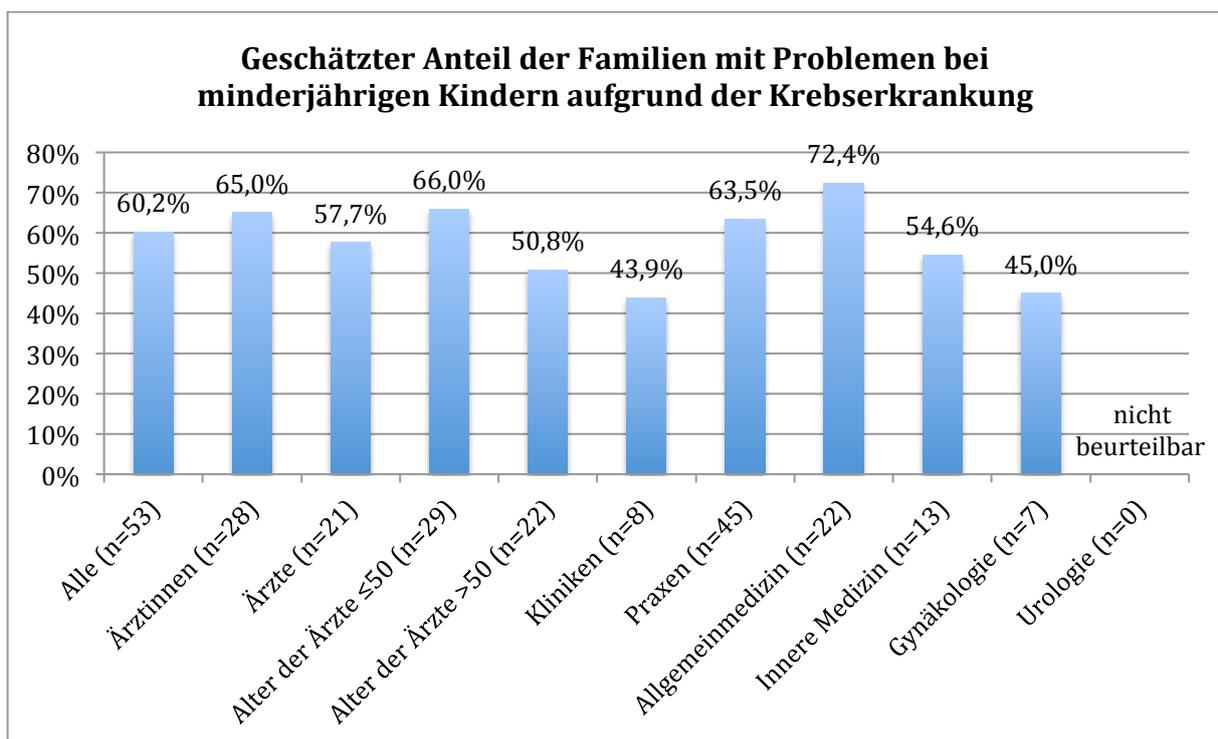


Abbildung 9: Geschätzter Anteil der Familien mit Problemen bei Kindern krebskranker Eltern

Die Einschätzung, ob es überhaupt Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung eines Elternteils durch die Kinder gibt, ist mit Ausnahme der Urologie durchweg mehrheitlich bejaht worden (siehe Abbildung 10 und Anhang 7 (S. 88)): 67,9% (n=89) aller Befragten können Beratungsbedarf bei betroffenen Familien erkennen, 26,0% (n=34) halten es für nicht beurteilbar und nur 4,6% (n=6) sehen keinen Bedarf. Ärztinnen sehen häufiger Beratungsbedarf (81,3%; n=39) bei den Familien als Ärzte (59,4%; n=38). Mit 83,3% (n=30) ist der Anteil, der Bedarf bejaht, bei den Allgemeinmedizinern überdurchschnittlich hoch. Bei den Urologen sehen sowohl 44,4% (n=4) Bedarf als auch weitere 44,4% (n=4) es für nicht beurteilbar halten.

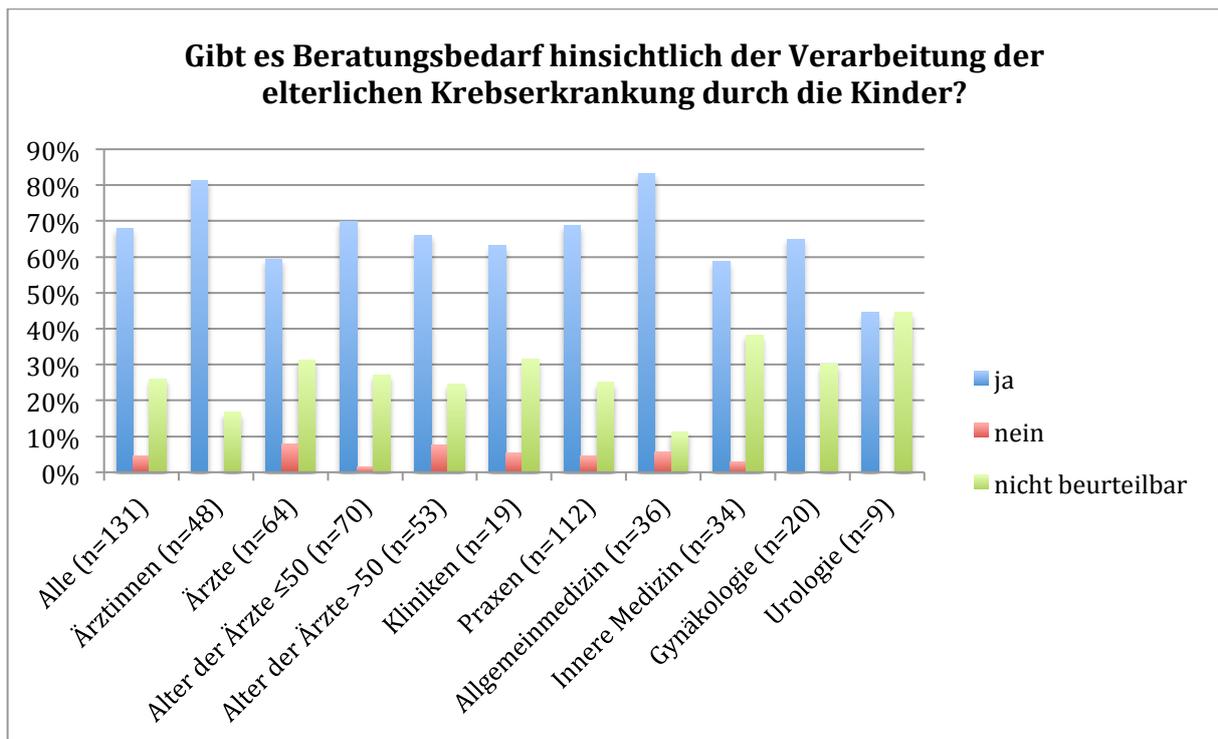


Abbildung 10: Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Beratungsbedarf bei betroffenen Familien

Dabei sehen alle Befragten, die Beratungsbedarf grundsätzlich bejahen (n=89), bei 66,0% der Familien mit elterlicher Krebserkrankung einen entsprechenden Bedarf. Mit 78,3% geben die Allgemeinmediziner den größten Anteil an, hingegen sehen die Gynäkologen mit 45,9% nicht einmal bei jeder zweiten Familie Beratungsbedarf (siehe Abbildung 11).

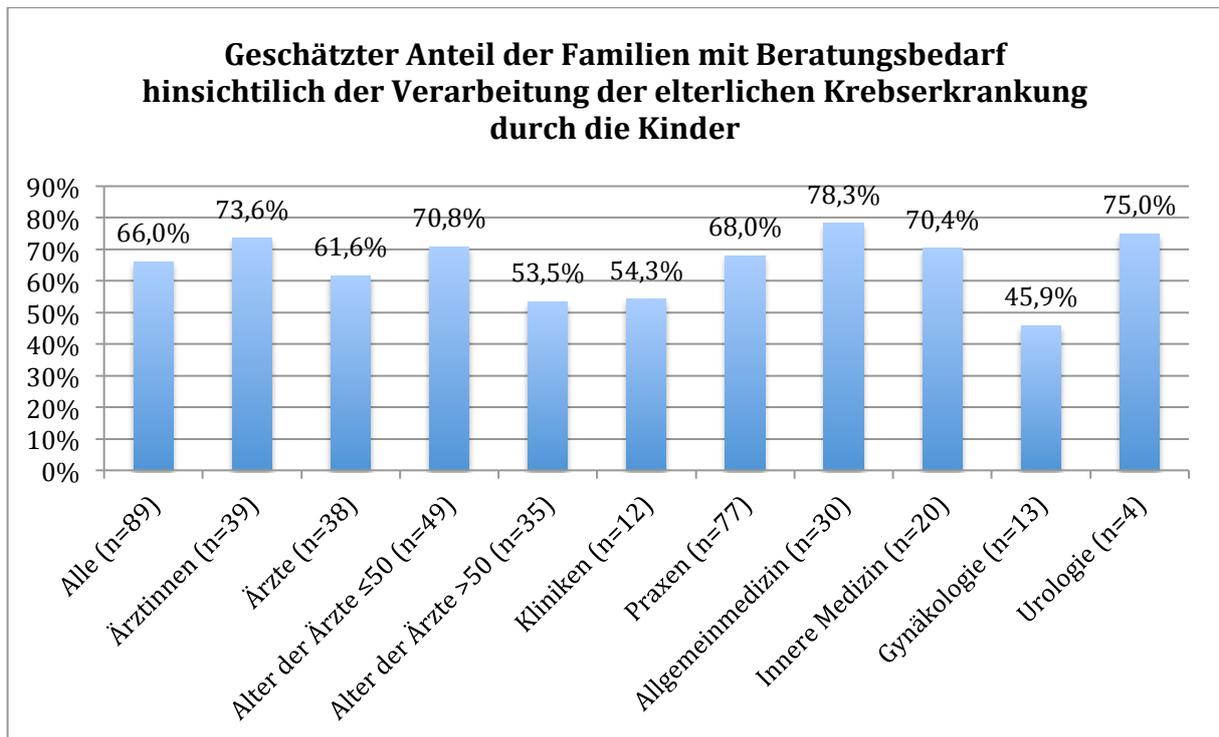


Abbildung 11: Geschätzter Anteil der betroffenen Familien mit Beratungsbedarf

Insgesamt sind Probleme bei betroffenen Kindern für die Ärzte nicht unbedingt beurteilbar, zwei von drei sehen aber Beratungsbedarf bei zwei von drei Familien. Viele, v. a. Ärztinnen und Allgemeinmediziner, können aber sogar Probleme bei mehr als jedem zweitem Kind aufgrund der elterlichen Krebserkrankung erkennen. Dies lässt klaren Bedarf zur Versorgung der Kinder erkennen.

3.2.1.3 Umgang mit minderjährigen Kindern krebskranker Patienten

Generell werden Kinder krebskranker Eltern nur selten bei der Behandlung mit einbezogen (siehe Abbildungen 12-14 und Anhang 8a-c (S. 88)). Immerhin besprechen 35,1% (n=46) aller onkologischen Ärzte manchmal im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgesprächs, ob und wie ihre Patienten die Diagnose ihren Kindern mitteilen können. Die meisten Ärzte bieten aber nie an, dass minderjährige Kinder bei dem Ärztegespräch dabei sein können (44,3%; n=58), geschweige denn ein separates Aufklärungsgespräch nur für die Kinder (64,9%; n=85). Ärztinnen beraten zu 35,4% (n=17) Eltern minderjähriger Kinder immer, ob und wie sie die Diagnose ihrem Nachwuchs mitteilen können. Dies tun Ärzte zu 35,9% (n=23) nur manchmal. In der Allgemeinmedizin bieten die meisten mit 36,1% (n=13) eine solche Beratung immer an, während andere Fachprofessionen dies größtenteils manchmal tun. In der Urologie bietet die Mehrheit mit 55,6% (n=5) diese Beratung nie an. Das Angebot, dass Kinder bei einem Ärztegespräch dabei sein dürfen, oder sogar ein separates Aufklärungsgespräch für die Kinder wird von allen Gruppen größtenteils nie angeboten. Diese Ablehnung ist bei den Urologen mit 55,6% (n=5) für das Dabeisein von Kindern und 89,9% (n=8) für ein separates Gespräch mit den Kinder am größten. Immerhin 36,8% (n=7) der Klinikärzte bieten manchmal an, dass Kinder beim Ärztegespräch dabei sein können. Ebenso viele tun dies aber nie.

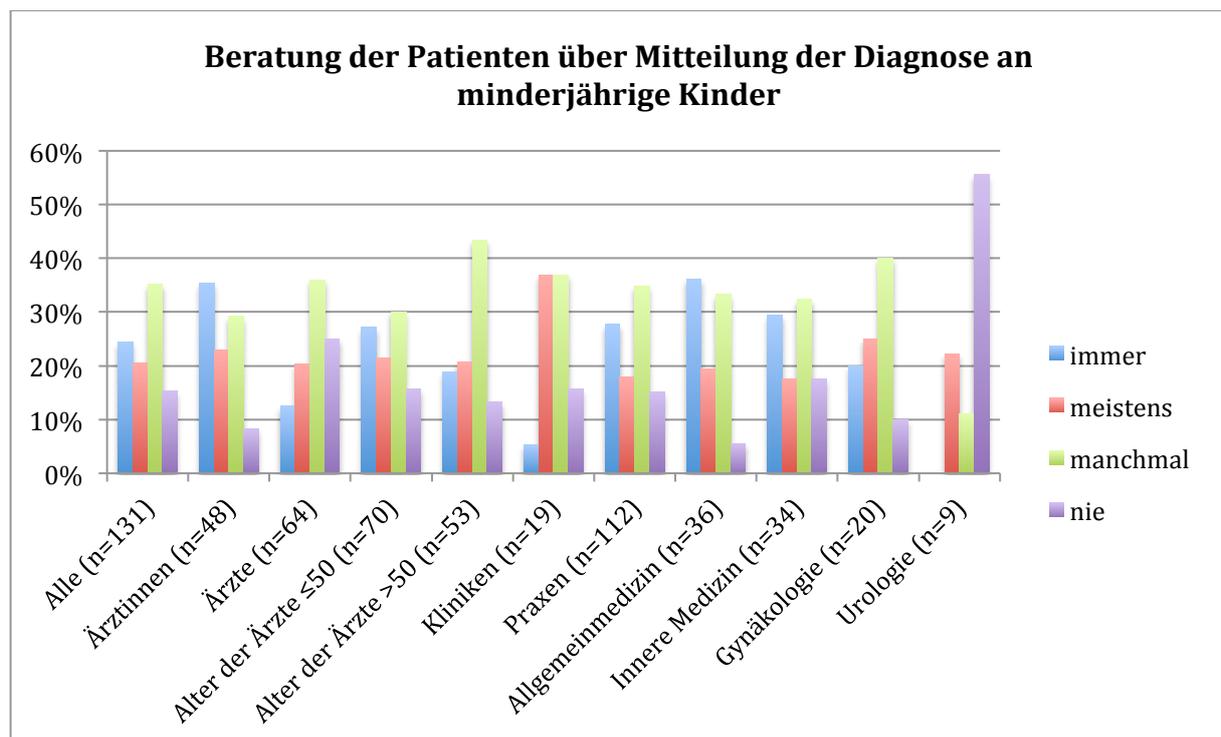


Abbildung 12: Beratung der Patienten über Mitteilung der Diagnose an minderjährige Kinder

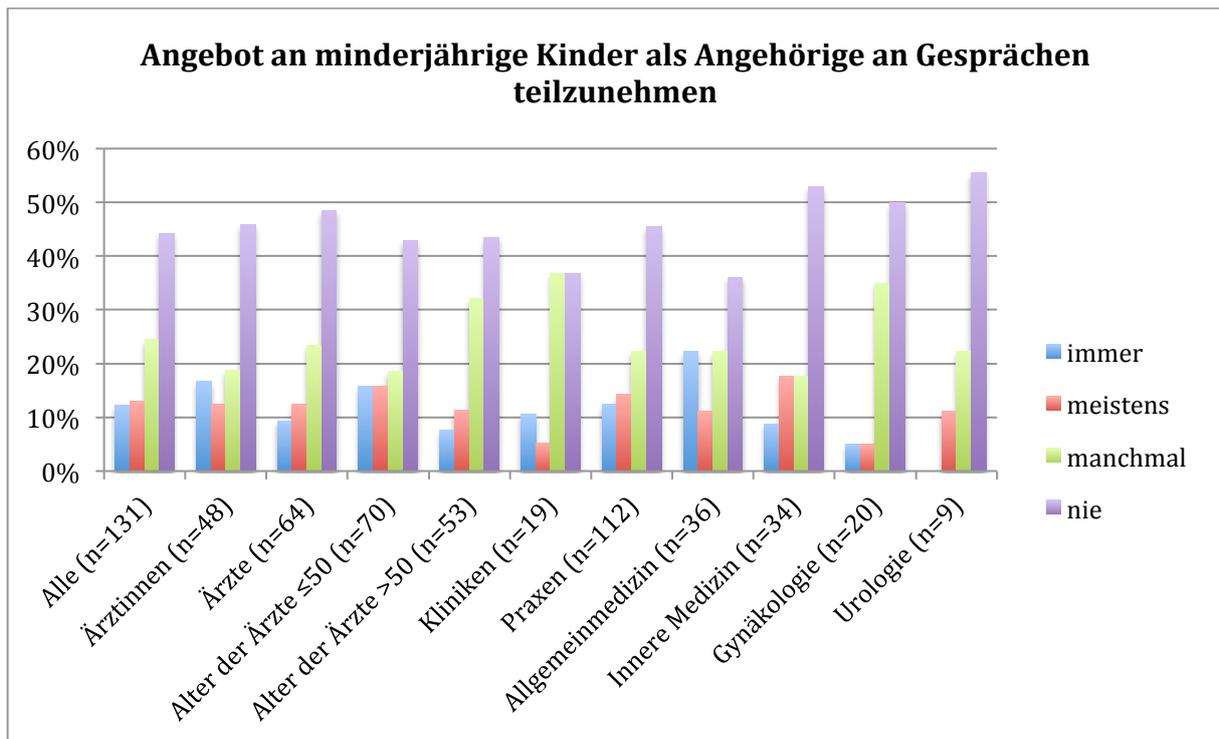


Abbildung 13: Angebot an minderjährige Kinder als Angehörige an Gespräch teilzunehmen

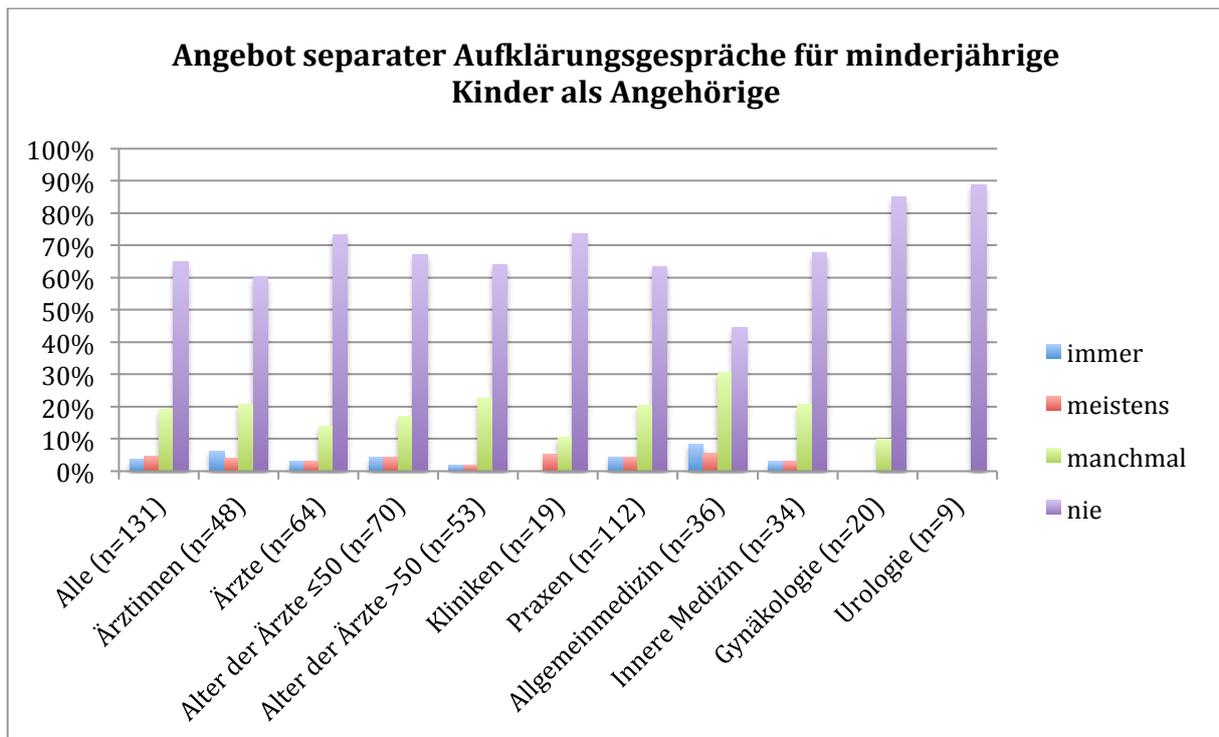


Abbildung 14: Angebot separater Aufklärungsgespräche für minderjährige Kinder als Angehörige

Dennoch ist Interesse an professioneller Unterstützung zur Ausgestaltung einer angemessenen Einbeziehung der Kinder vorhanden (siehe Abbildung 15 und Anhang 8d (S. 88)): 38,9% (n=51) aller Befragten wünschen sich manchmal, 26,0% (n=34) immer, 18,3% (n=24) meistens und nur 9,2% (n=12) nie eine solche Unterstützung. Ärztinnen hätten zum Großteil

gerne immer (39,6%; n=19) Unterstützung zur Einbeziehung minderjähriger Kinder, Ärzte dagegen nur manchmal (37,5%; n=24). Befragte bis 50 Jahre wünschen sich zu 30,0% (n=21) immer diese Unterstützung, hingegen ältere Ärzte mit 47,2% (n=25) sich diese nur manchmal wünschen. Auch zwischen Praxen und Kliniken kann ein Unterschied gesehen werden: Die meisten Kliniken (42,1%; n=8) hegen diesen Wunsch meistens, aber nur 10,5% (n=2) immer. Praxen geben zu 41,1% (n=46) an, manchmal Unterstützung zur Einbeziehung der Kinder haben zu wollen, sogar 28,6% (n=32) haben diesen Wunsch immer. Bei den Fachprofessionen überwiegt generell die Ansicht, manchmal Unterstützung haben zu wollen. Interessanterweise wünschen sich hier aber die Internisten nur zu 17,6% (n=6) immer diese Hilfe.

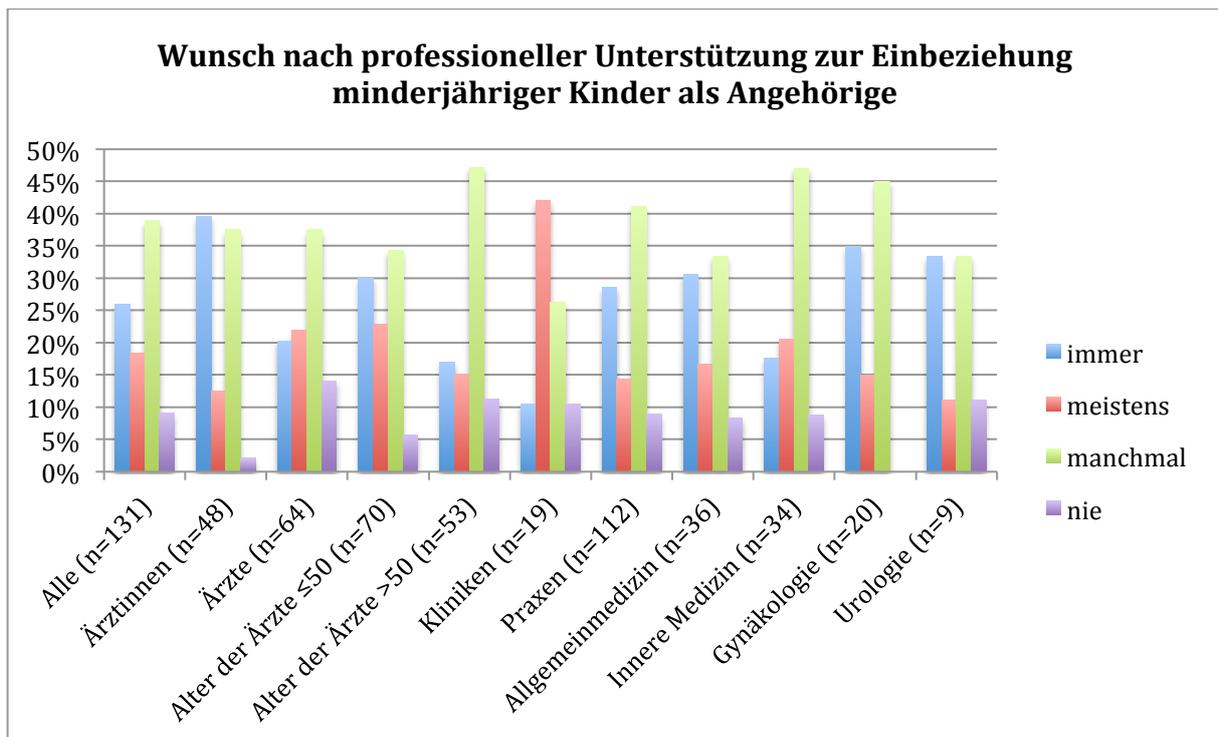


Abbildung 15: Wunsch nach professioneller Unterstützung zur Einbeziehung minderjähriger Kinder als Angehörige

Der Umgang mit minderjährigen Kindern ist also generell verbesserungswürdig. Sowohl Beratungen, ob und wie die Diagnose mitgeteilt werden sollte als auch Angebote, die Kinder miteinzubeziehen, sollten dringend weiter ausgebaut werden. Die Möglichkeiten hierzu sind auch günstig, da die meisten Ärzte zumindest manchmal und viele sogar immer Unterstützung zur Ausgestaltung einer besseren Einbeziehung der Kinder begrüßen.

3.2.1.4 Patientenwunsch nach Hilfen für ihre minderjährigen Kinder

Alle Befragten geben an, dass durchschnittlich 7,1% ihrer onkologischen Patienten von sich aus nach Hilfen bzw. Unterstützung für ihre minderjährigen Kinder fragen (siehe Abbildung 16). Dieser Anteil ist bei Ärztinnen mit 10,9% gut doppelt so groß wie der bei den männlichen Ärzten (5,4%). Jüngere Ärzte (bis 50 Jahre) beziffern diesen Anteil mit 8,0% zwei Prozentpunkte höher als ihre älteren Kollegen (6,0%). Auch im Vergleich zwischen Kliniken und Praxen lässt sich mit 5,4% zu 7,4% ein häufigerer Patientenwunsch in den Praxen feststellen. Bei den Fachprofessionen gibt die Allgemeinmedizin mit 11,9% den höchsten Anteil an, gefolgt von 6,9% bei der Gynäkologie, 5,9% bei der Inneren Medizin und lediglich 1,7% bei der Urologie.

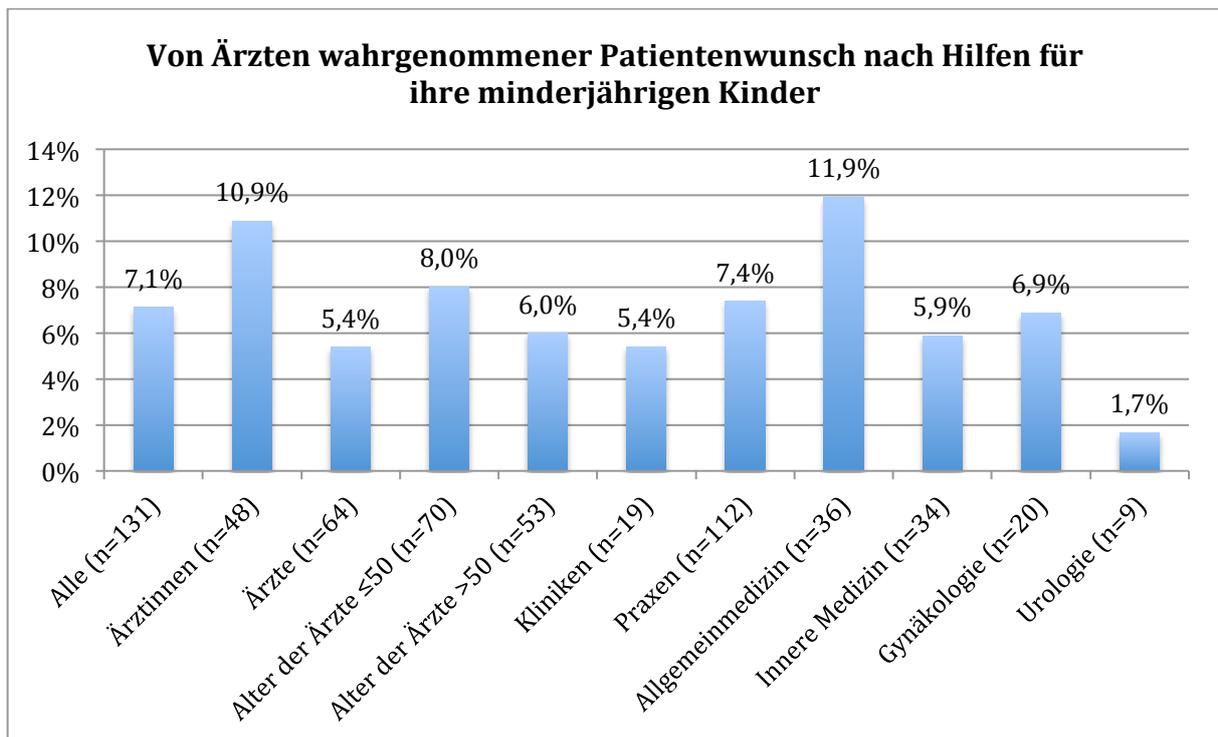


Abbildung 16: Von Ärzten wahrgenommener Anteil der Krebspatienten mit Hilfewunsch für ihre minderjährigen Kinder

Der Wunsch von onkologischen Patienten nach Hilfsangeboten für ihre Kinder ist zwar nicht häufig, aber er ist vorhanden. Auch hier zeigt sich, dass generell Versorgungsbedarf besteht.

3.2.1.5 Erschwerende Faktoren zur Einbeziehung der Kinder

Zur Erhebung der Faktoren, die eine umfassendere Einbeziehung der Kinder als Angehörige erschweren, konnten negativ formulierte Umstände, wie keine Zeit zu haben, nach Häufigkeit ihres Vorkommens im Alltag von den Ärzten bewertet werden. In diesem Zusammenhang bedeutet die Antwort „immer“, dass dieser Faktor in jedem Fall eine umfassendere Einbeziehung der Kinder erschwert. „Nie“ lässt daher den Schluss zu, dass die Einbeziehung der Kinder hierdurch nicht erschwert wird. Im Sinne einer doppelten Verneinung soll beispielsweise „nie keine Zeit zu haben“ die Aussage „immer Zeit zu haben“ intendieren. Durch diese Konstruktion des Fragebogens kann es schnell zu semantischen Verwirrungen kommen.

Insgesamt erklären 30,5% (n=40) der Befragten, dass Gespräche mit bzw. über minderjährige Kinder ihrer onkologischen Patienten meistens in der Routine nicht vorgesehen sind. Mit 29,8% (n=39) geben fast ebenso viele an, dass dies nie der Fall ist. 16,0% (n=21) sehen diesen Umstand immer als gegeben an und 13,7% (n=18) erklären, dass Gespräche nur manchmal nicht vorgesehen sind. Das Gefühl, keine Zeit für solche Gespräche zu haben, haben 43,5% (n=57) aller Befragten nie. 29,0% (n=38) halten dies manchmal für einen erschwerenden Faktor zur Einbeziehung der Kinder. Aber nur 13,7% (n=18) halten dies meistens und 4,6% (n=6) immer für einen Grund, keine Gespräche mit bzw. über die Kinder führen zu können. Mit 30,5% (n=40) sieht knapp ein Drittel der Befragten eine nicht adäquate Ausbildung der Mitarbeiter für solche Gespräche immer als Hinderungsgrund, die Kinder besser einzubeziehen. 19,1% (n=25) sehen diesen Umstand meistens als Grund, 17,6% (n=23) manchmal und 19,1% (n=25) nie. Bei der Frage an Klinikärzte, ob solche Gespräche eher in ambulanter Behandlung erfolgen sollten bzw. an niedergelassene Ärzte, ob diese Gespräche stationär stattfinden sollten, geben die meisten mit 32,1% (n=42) manchmal an. 29,8% (n=39) halten dies für nie notwendig. 13,7% (n=18) würden sich hingegen dies immer wünschen und 9,9% (n=13) meistens (siehe Abbildungen 17-21 und Anhang 9 (S. 89)).

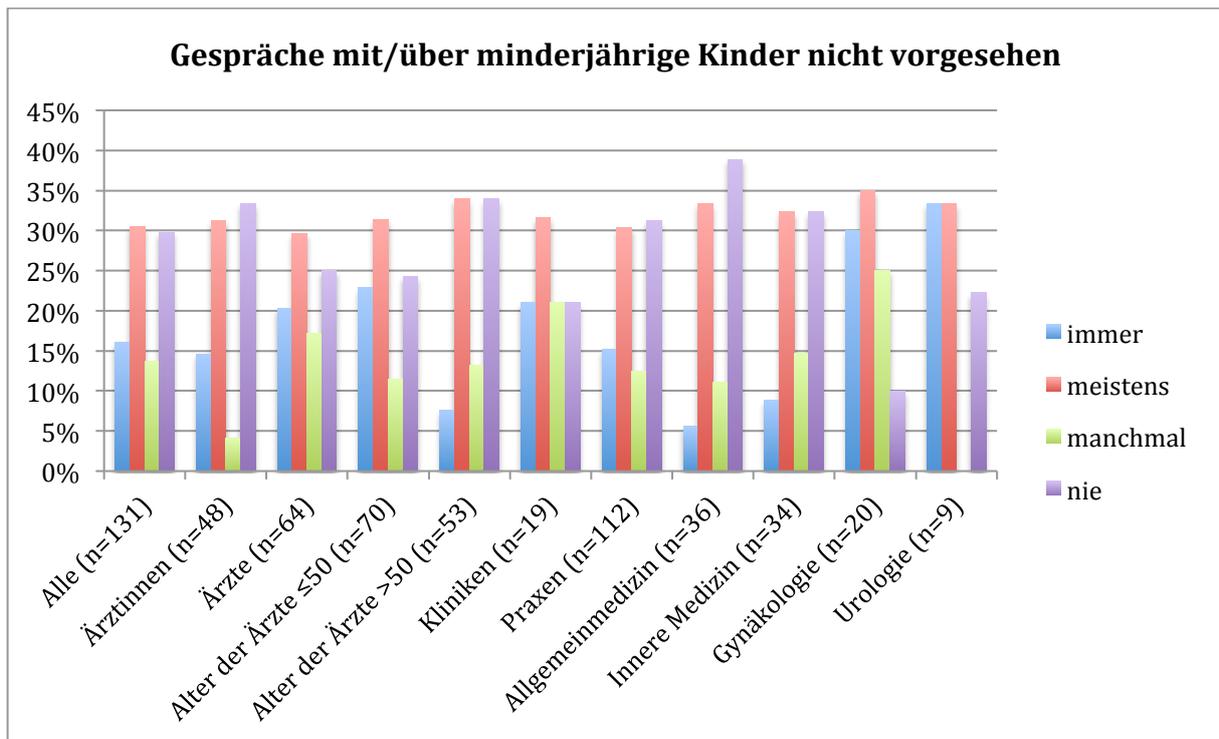


Abbildung 17: Gespräche mit/über minderjährige Kinder nicht vorgesehen

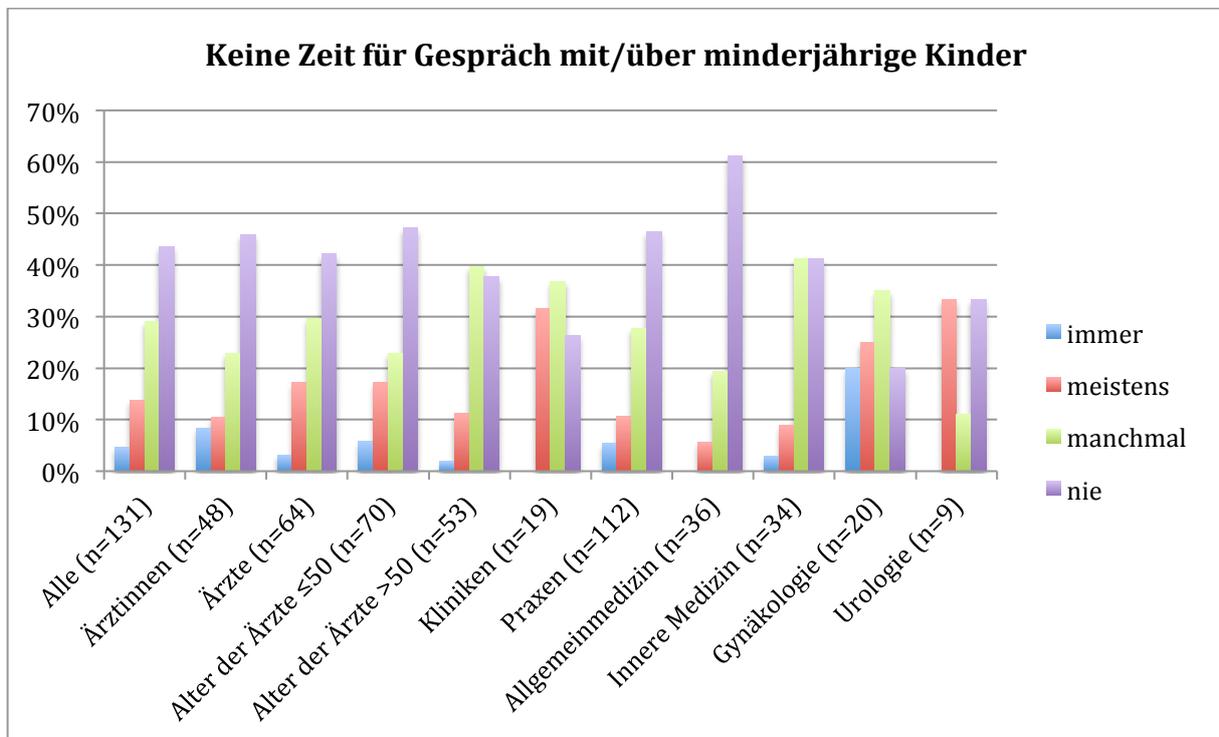


Abbildung 18: Keine Zeit für Gespräche mit/über minderjährige Kinder

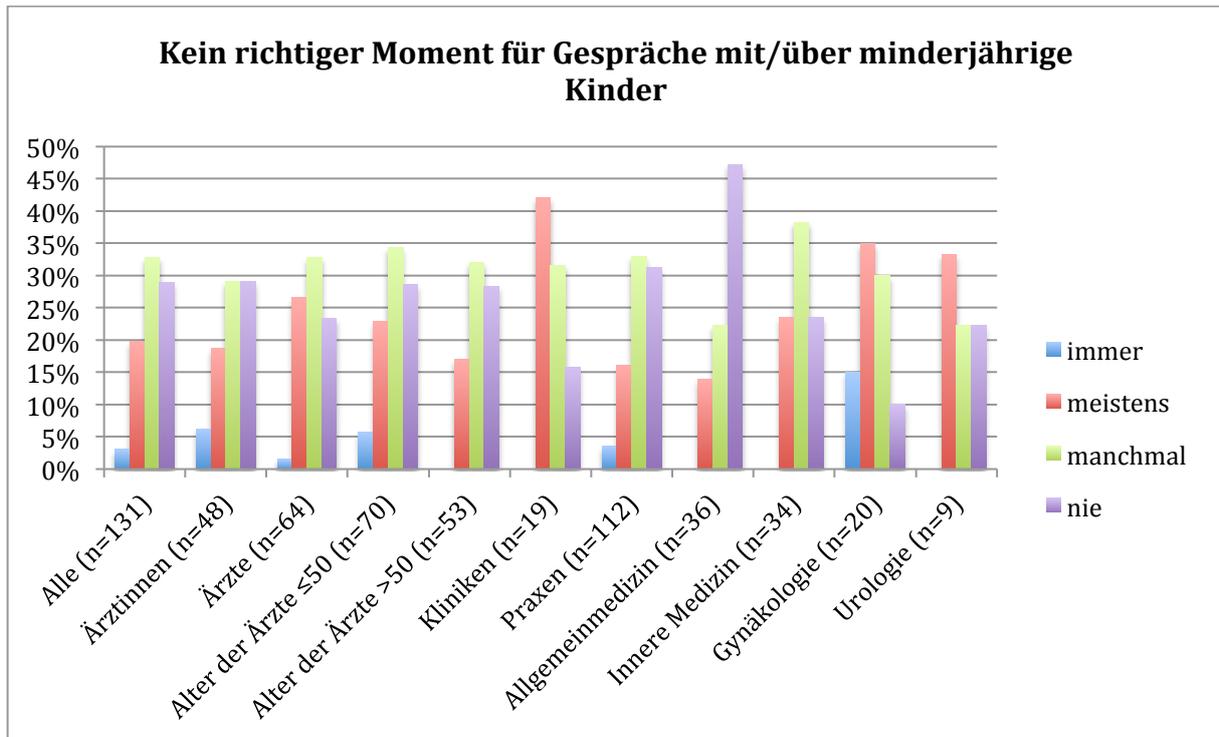


Abbildung 19: Kein richtiger Moment für Gespräche mit/über minderjährige Kinder

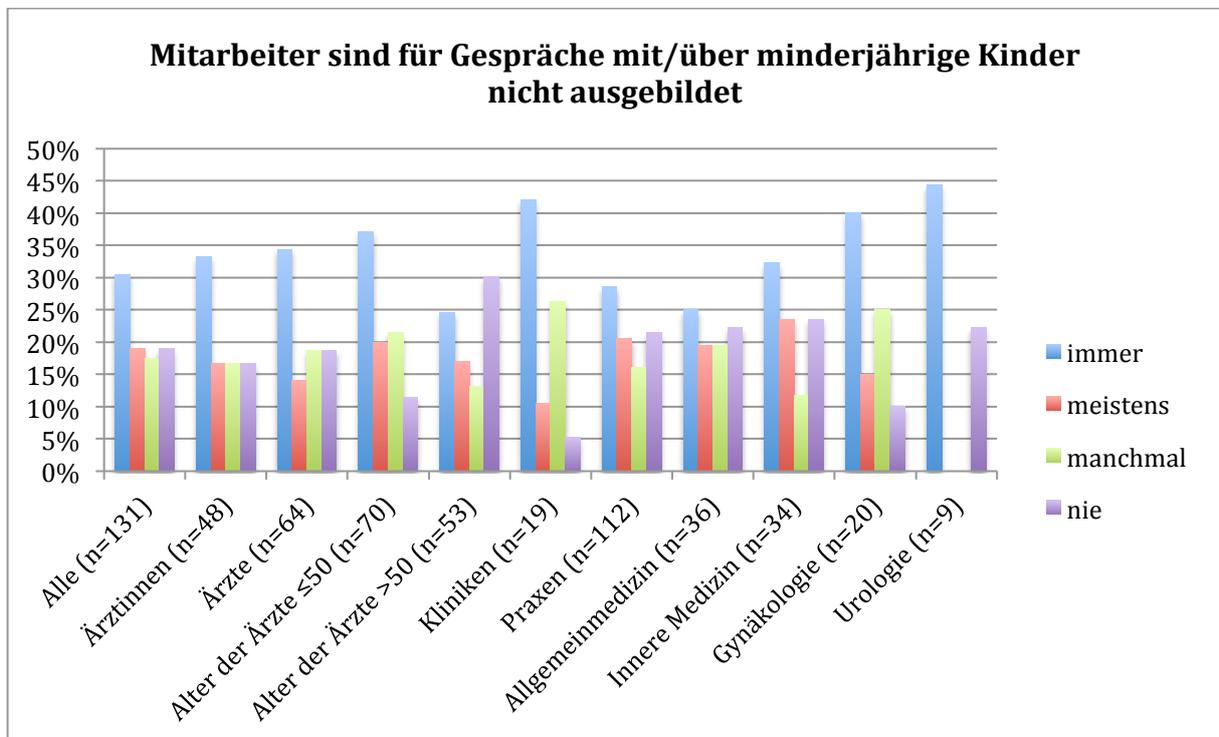


Abbildung 20: Mitarbeiter sind für Gespräche mit/über minderjährige Kinder nicht ausgebildet

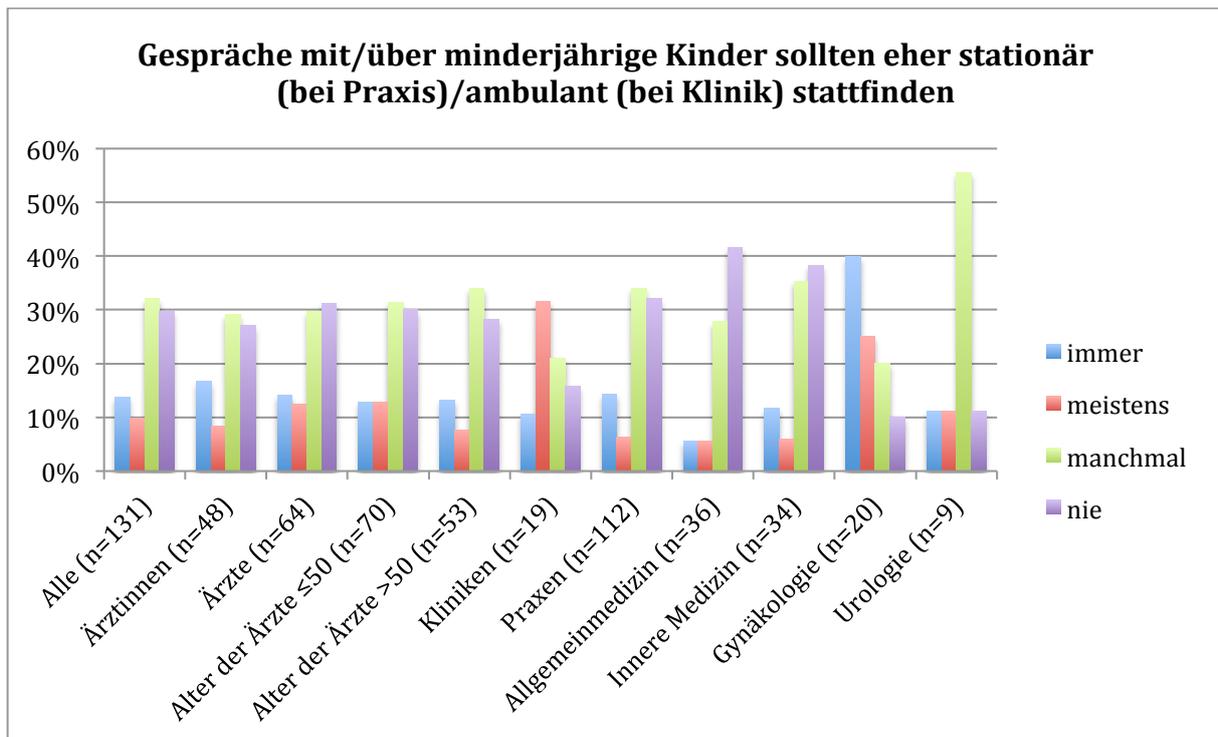


Abbildung 21: Gespräche mit/über minderjährige Kinder sollten stationär (bei Praxis)/ambulant (bei Klinik) stattfinden

33,3% (n=16) der Ärztinnen sehen den Grund, dass Gespräche mit bzw. über minderjährige Kinder in der Routine nicht vorgesehen sind, nie als Hindernis, die Kinder miteinzubeziehen. 31,3% (n=15) geben diesen Umstand aber meistens als erschwerenden Faktor an. Ihre männlichen Kollegen sehen mit 29,7% (n=19) zum Großteil hier meistens einen Hinderungsgrund. Gerade einmal 25,0% (n=16) von ihnen sehen dies nie als Problem. Mit 22,9% (n=16) ist der Anteil bei den Ärzten bis zu einem Alter von 50 Jahren mehr als dreimal so groß wie der Anteil der Ärzte über 50 Jahren (7,5%; n=4), die hier immer einen Hinderungsgrund sehen. Auffällig hoch ist hier auch der Anteil der Gynäkologen (30,0%; n=6) und der Urologen (33,3%; n=3), die dies immer als erschwerenden Faktor wahrnehmen. Zusätzlich geben die Teilnehmer der Gynäkologie mit 20,0% (n=4) an, immer keine Zeit für solche Gespräche zu haben. Damit heben sie sich deutlich von den anderen Gruppen ab. Neben den Gynäkologen (35,0%; n=7) fällt es meistens den Urologen (33,3%; n=3) und den Klinikärzten (42,1%; n=8) schwer, den richtigen Zeitpunkt für solche Gespräche zu finden. In fast allen Gruppen überwiegt die Meinung, dass eine bessere Einbeziehung der Kinder immer dadurch erschwert wird, dass die Mitarbeiter für diese Gespräche nicht ausgebildet sind. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies bei den Klinikärzten (42,1%; n=8), Gynäkologen (40,0%; n=8) und Urologen (44,4%; n=4). Lediglich Ärzte, die älter als 50 Jahre sind, sehen zu 30,2% (n=16) hier nie einen Hinderungsgrund. Auffällig ist auch, dass Klinikärzte zu 31,6% (n=6) meistens dafür sind, dass solche Gespräche ambulant stattfinden sollten. Auch

40,0% (n=8) der Gynäkologen sind der Ansicht, dass solche Gespräche eher im Rahmen der stationären Behandlung (bei Befragung der niedergelassenen Gynäkologen) bzw. ambulanter Behandlung (bei Befragung von Gynäkologen der Klinik) stattfinden sollten. In der Urologie findet dieser Vorschlag mit 55,6% (n=5) für manche Fälle Zustimmung.

Hier kann eindeutig die nicht hinreichende Qualifizierung der Ärzte und Mitarbeiter für Gespräche mit oder über die Kinder ihrer Krebspatienten als Haupthinderungsgrund gesehen werden. Auch dass solche Gespräche in der Routine nicht vorgesehen sind, ist meistens ein erschwerender Faktor. Überraschenderweise ist Zeitmangel für die Mehrheit nie ein Problem. Daher sollten Ärzte und Mitarbeiter in Zukunft besser für den Umgang mit Kindern ihrer onkologischen Patienten geschult werden und solche Gespräche in die Routine integriert werden.

3.2.1.6 Weiterführende Maßnahmen psychosozialer Versorgung

26,7% (n=35) geben an, ihren onkologischen Patienten zur Versorgung ihrer minderjährigen Kinder häufig keine weiteren Maßnahmen zu empfehlen. 26,0% (n=34) tun dies selten, 27,5% (n=36) sogar nie. Ähnlich der semantischen Verwirrungen bei den erschwerenden Faktoren zur Einbeziehung der Kinder soll auch hier „nie keine weiterführenden Maßnahmen“ zu empfehlen im Sinne einer doppelten Verneinung in jedem Fall eine Empfehlung weiterer Anlaufstellen intendieren. Dementsprechend soll auch „selten keine weiterführenden Maßnahmen“ anzuraten, ein häufiges Empfehlen weiterführender Maßnahmen bedeuten.

Während Ärztinnen nur zu 18,8% (n=9) häufig keine weiteren Maßnahmen empfehlen, liegt dieser Anteil bei den männlichen Kollegen mit 32,8% (n=21) weitaus höher. Umgekehrt empfehlen mit 35,4% (n=17) Ärztinnen öfter nie keine weiteren Maßnahmen als Ärzte mit 20,3% (n=13). Klinikärzten erklären zu 36,8% (n=7) größtenteils, selten keine weiterführenden Maßnahmen zur Versorgung der Kinder zu empfehlen. In der Gynäkologie (35,0%; n=7) und der Urologie (33,3%; n=3) werden im Vergleich zu anderen Fachprofessionen häufig keine weiteren Maßnahmen empfohlen. Ein Überblick über alle Gruppen kann der Abbildung 22 und dem Anhang 10 (S. 90) entnommen werden.

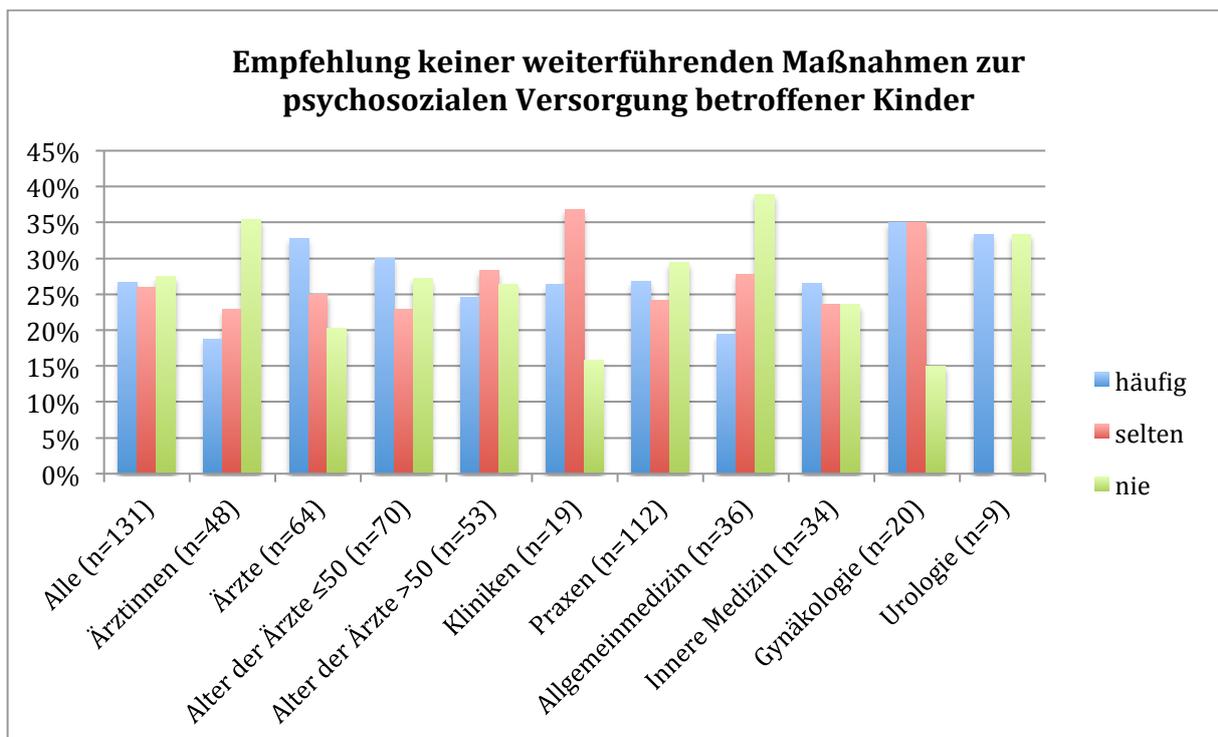


Abbildung 22: Empfehlung keiner weiterführenden Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung betroffener Kinder

Mit 37,4% (n=49) wird der Psychoonkologe häufig empfohlen. Auch 26,0% (n=34) raten ihren onkologischen Patienten häufig den Hausarzt zur weiteren Versorgung der minderjährigen Kinder an. Andere Anlaufstellen wie Kinderpsychologe, Krebsberatungsstelle, Selbsthilfegruppe, Pfarrer/Seelsorger, Beratung durch eigene Stelle, Familientherapie und der Kinderarzt werden größtenteils selten empfohlen. Zu Hilfen des Sozialen Dienstes und des Jugendamts wird eher nie geraten (siehe Abbildung 23 und Anhang 10 (S. 90)). Die Empfehlung einzelner Maßnahme nach Gruppen können im Anhang 10 bis 21 (S. 90ff.) nachvollzogen werden.

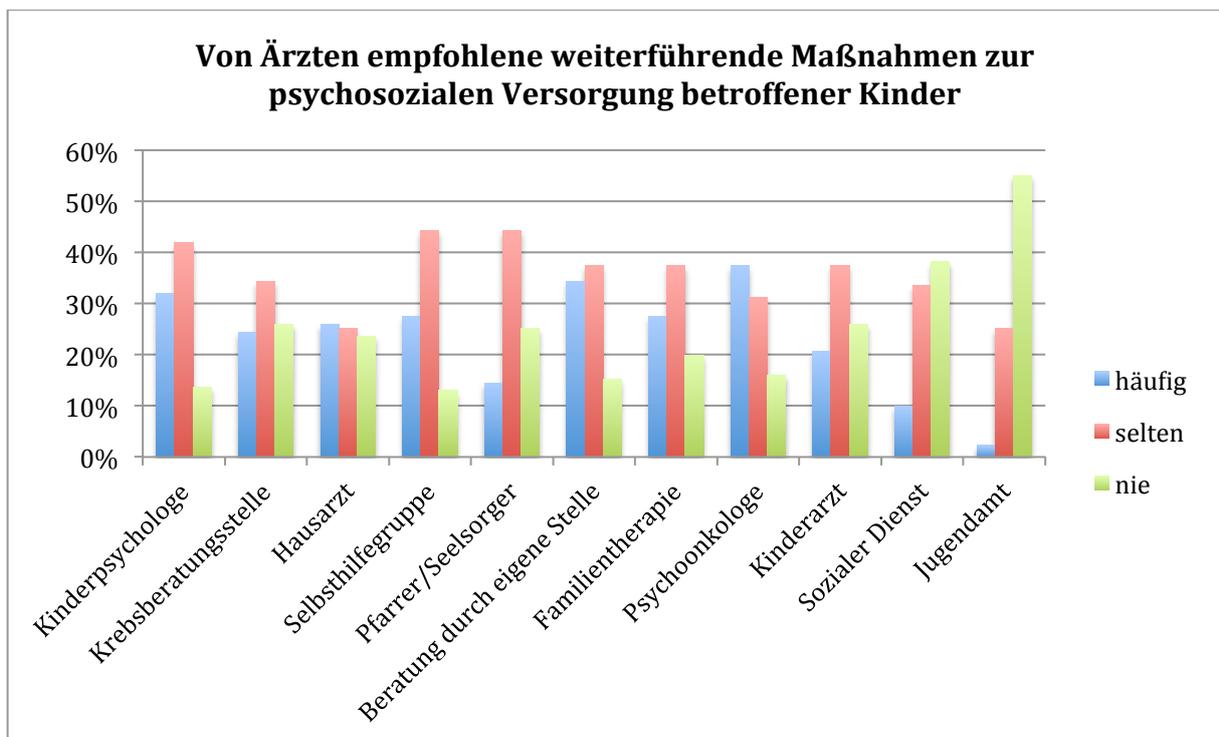


Abbildung 23: Von Ärzten empfohlene weiterführende Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung betroffener Kinder

Insgesamt rät also eine knappe Mehrheit der Ärzte immer zu weiteren Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung der Kinder. Auch hier zeigt sich, dass Versorgungsbedarf gesehen wird. Aber fast ebenso viele empfehlen selten oder sogar häufig keine weiteren Maßnahmen. Die Unterschiede sind also groß. Alle Ärzte müssten davon überzeugt werden, in notwendigen Fällen auch weiterführende Maßnahmen bzw. Anlaufstellen zur Versorgung der Kinder zu empfehlen.

3.2.1.7 Qualifikation im Bereich Psychoonkologie

Generell ist der Anteil von Ärzten oder ihren Mitarbeitern mit einer Qualifikation im Bereich Psychoonkologie mit 16,8% (n=22) niedrig. Die Mehrheit (82,4%; n=108) kann auf diesem Gebiet keine Qualifikation vorweisen. Bemerkenswert hoch ist der Anteil der Ärzte und Mitarbeiter in der Klinikgruppe (47,4%; n=9) und in der Gynäkologie mit 35,0% (n=7), die Erfahrungen auf diesem Gebiet haben (siehe Abbildung 24 und Anhang 22 (S. 96)).

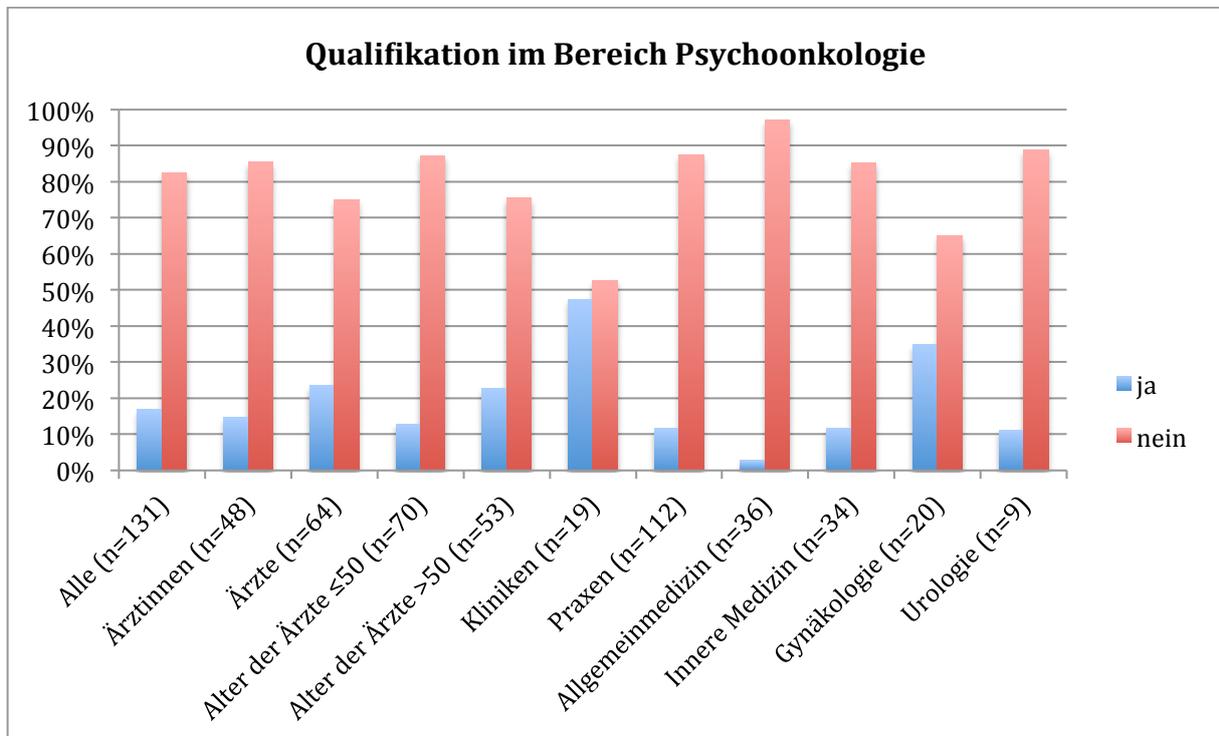


Abbildung 24: Qualifikation im Bereich Psychoonkologie bei Ärzten oder Mitarbeitern

Verbesserungen der Versorgungslage durch mehr Qualifikationen der Ärzte oder ihrer Mitarbeiter im Bereich Psychoonkologie sind demnach möglich und sollten auch erfolgen.

3.2.1.8 Wunsch nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten

Generell lässt sich ein Wunsch der onkologischen Ärzte nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten durch Fachleute (z. B. Kinderpsychologen) erkennen: 50,4% (n=66) hätten gerne Weiterbildungsangebote, wie sie mit den minderjährigen Kindern ihrer Krebspatienten umgehen können. Nur 45,0% (n=59) lehnen dies ab. Mit 64,9% (n=85) ist der Wunsch nach mehr Unterstützung durch Fachleute noch ausgeprägter. Hier verneinen lediglich 30,5% (n=40) (siehe Abbildungen 25 & 26 und Anhang 23 (S. 96)).

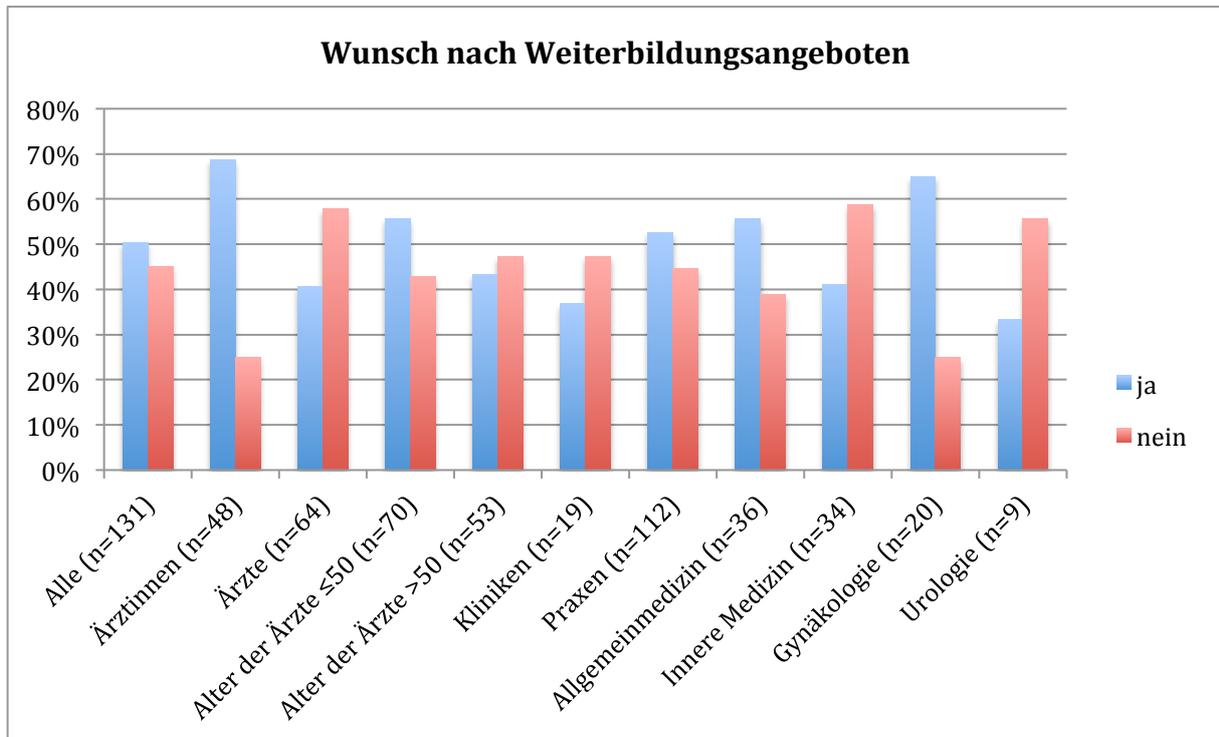


Abbildung 25: Wunsch nach Weiterbildungsangeboten

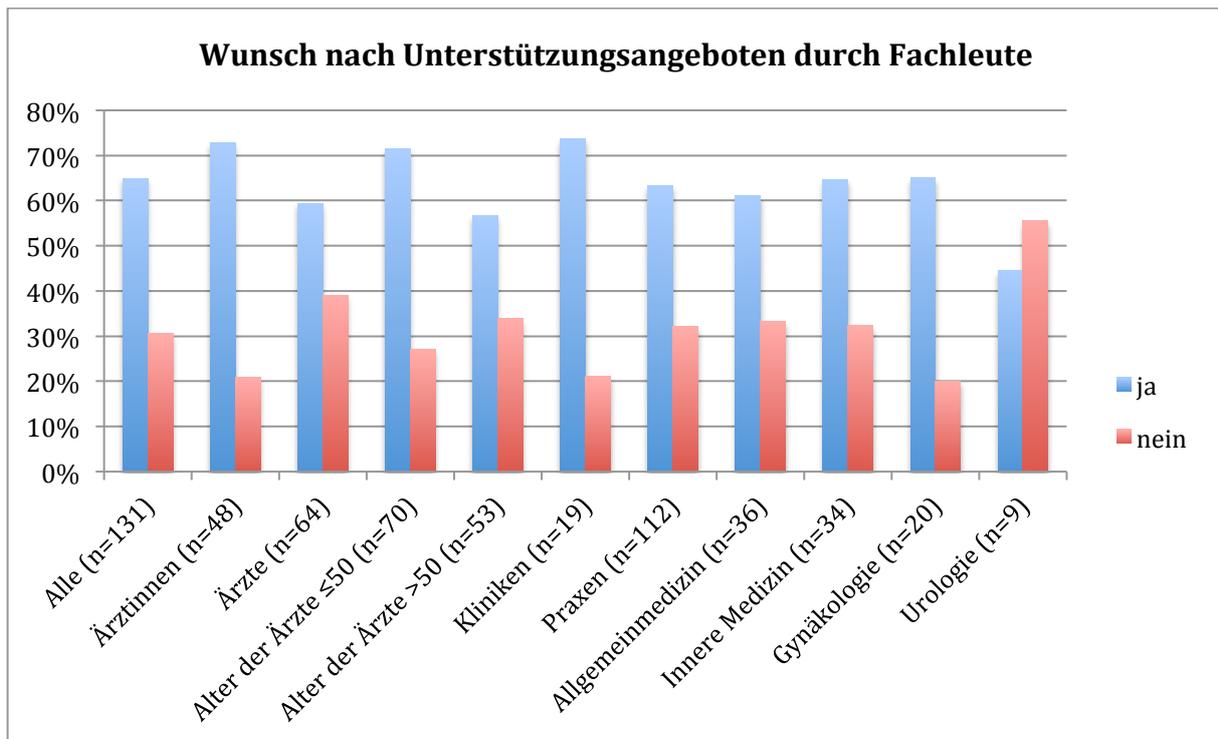


Abbildung 26: Wunsch nach Unterstützungsangeboten durch Fachleute

Während sowohl Ärztinnen (72,9%; n=35) und Ärzte (59,4%; n=38) mehr Unterstützungsangebote durch Fachleute befürworten, wünschen sich mit 68,8% (n=33) weibliche Ärzte mehrheitlich Weiterbildungsangebote, ihre männlichen Kollegen lehnen dies zu 57,8% (n=37) dagegen ab. Ähnliche Tendenzen lassen sich auch im Vergleich zwischen der Ärzteguppe bis 50 Jahre und der über 50 Jahre, sowie zwischen den Klinikärzten und den niedergelassenen Ärzten feststellen: Alle würden weitere Unterstützung durch Fachleute begrüßen, aber die jüngeren Ärzte (55,7%; n=39) bzw. die Praxen (52,7%; n=59) wünschen sich häufiger auch Weiterbildungsangebote. Ältere Ärzte (47,2%; n=25) und Kliniken (47,4%; n=9) lehnen diese eher ab. Während alle Gruppen Unterstützungsangebote mehrheitlich befürworten, lehnt die Urologie diese mit 55,6% (n=5) als einzige ab. Auch den Wunsch nach Weiterbildungsangeboten verneinen die Urologen mehrheitlich mit 55,6% (n=5). Mit 58,8% (n=20) gibt es eine ähnliche Ablehnung nur noch in der Gruppe der Internisten. Die Gynäkologen (65,0%; n=13) würden Fortbildungsangebote über den möglichen Umgang mit minderjährigen Kindern ihrer Krebspatienten gerne annehmen.

Mehr als jeder zweite Arzt wünscht sich also Weiterbildungs- und fast zwei von drei Ärzten auch Unterstützungsangebote durch Fachleute, wie sie mit den minderjährigen Kindern ihrer onkologischen Patienten umgehen können. Dies lässt ebenfalls Versorgungsbedarf erkennen.

3.2.2 Auswertung der T-Tests

3.2.2.1 Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

Frauen fragen im Zuge der Anamnese häufiger nach dem Vorhandensein von minderjährigen Kindern bei ihren Krebspatienten als männliche Ärzte ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,44$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,27$; $p=0,000$). Sie zeigen also ein größeres Interesse für mögliche Probleme beim Vorhandensein von Kindern. Ebenfalls stellt sich heraus, dass Ärztinnen eher als Ärzte im Aufklärungsgespräch mit dem Patienten besprechen, ob und wie sie die Diagnose ihren Kinder mitteilen sollen ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=2,11$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,78$; $p=0,001$). Auch professionelle Unterstützung für die Ausarbeitung einer angemessenen Einbeziehung von minderjährigen Kindern onkologischer Patienten wird von Ärztinnen signifikant mehr gewünscht als von Ärzten ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=2,02$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,48$; $p=0,021$). Bei den weiterführenden Maßnahmen lassen sich ebenso Unterschiede feststellen: Ärzte empfehlen ihren onkologischen Patienten öfter keine weiteren Maßnahmen zur Versorgung ihrer Kinder als ihre weiblichen Kolleginnen ($\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,84$; $\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=2,22$; $p=0,037$). Frauen empfehlen hingegen den betroffenen Familien häufiger Hilfsangebote als männliche Ärzte, wie einen Kinderpsychologen ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,57$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,02$; $p=0,001$), die Krebsberatungsstelle ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,79$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,12$; $p=0,038$), den Hausarzt ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,75$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,13$; $p=0,034$), Selbsthilfegruppen ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,63$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,00$; $p=0,008$), Familientherapie ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,50$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,24$; $p=0,000$) oder einen Psychoonkologen ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,49$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,88$; $p=0,011$). Des Weiteren hätten Frauen gerne mehr Weiterbildungsangebote, wie sie mit den minderjährigen Kindern ihrer onkologischen Patienten umgehen können als Männer ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,27$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,59$; $p=0,001$). Außerdem zeigt sich die Tendenz, dass Ärztinnen mehr Unterstützung durch Fachleute wünschen als Männer ($\bar{x}_{\text{Ärztinnen}}=1,22$; $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,40$; $p=0,051$).

Im Sinne der berichteten Vorbefunde und der Ausgangsvermutung entsprechend hat sich im Hinblick auf die Fragestellung 1: „Sehen Ärztinnen mehr Bedarf für die psychosoziale Versorgung der Kinder krebskranker Patienten als Ärzte?“ gezeigt, dass der Versorgungsbedarf von Kindern krebskranker Patienten von Ärztinnen insgesamt größer eingeschätzt wird als von Ärzten (siehe Anhänge 24 & 25 (S. 97f.)).

3.2.2.2 Unterschiede zwischen Urologie und Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie

Im Vergleich behandeln Urologen mehr Krebspatienten pro Jahr als Gynäkologen ($\bar{x}_{\text{Urologie}}=5,22$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=3,85$; $p=0,035$), Allgemeinmediziner ($\bar{x}_{\text{Urologie}}=5,22$; $\bar{x}_{\text{Allg.}}=1,81$; $p=0,000$) oder Internisten ($\bar{x}_{\text{Urologie}}=5,22$; $\bar{x}_{\text{Innere}}=2,53$; $p=0,000$). Dabei fragen Urologen seltener nach

minderjährigen Kindern im Zuge der Anamnese als Gynäkologen ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,67$; $\emptyset_{\text{Gyn.}}=1,50$; $p=0,003$), Internisten ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,67$; $\emptyset_{\text{Innere}}=1,82$; $p=0,026$) und tendenziell, wenn auch nicht signifikant, als Allgemeinmediziner ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,67$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=1,92$; $p=0,055$). Auch in der Einschätzung von Problemen bei den Kindern ihrer onkologischen Patienten gibt es signifikante Unterschiede im Vergleich der Urologie zu den anderen Fachprofessionen: Während Urologen Schwierigkeiten bei Kindern krebskranker Eltern nicht beurteilen können ($\emptyset_{\text{Urologie}}=0,00$), sehen die Allgemeinmediziner ($\emptyset_{\text{Allg.}}=0,78$; $p=0,000$), Innere Mediziner ($\emptyset_{\text{Innere}}=0,52$; $p=0,000$) und Gynäkologen ($\emptyset_{\text{Gyn.}}=0,47$; $p=0,003$) mehr Probleme bei den Kindern aufgrund der elterlichen Krebserkrankung. Ebenso schätzen Urologen im Vergleich zu den Allgemeinmediziner tendenziell den Beratungsbedarf bei den Kindern als nicht beurteilbar ein, während die Allgemeinmediziner Bedarf wahrnehmen ($\emptyset_{\text{Urologie}}=0,50$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=0,94$; $p=0,055$). Im Gegensatz zu allen anderen Fachprofessionen besprechen Urologen auch seltener mit ihren Krebspatienten, ob und wie sie ihren minderjährigen Kindern die Diagnose mitteilen können ($\emptyset_{\text{Urologie}}=3,38$): Allgemeinmedizin ($\emptyset_{\text{Allg.}}=2,09$; $p=0,002$), Innere Medizin ($\emptyset_{\text{Innere}}=2,29$; $p=0,027$) und Gynäkologie ($\emptyset_{\text{Gyn.}}=2,42$; $p=0,025$). Tendenzial bieten sie auch seltener als Allgemeinmediziner an, dass die Kinder bei einem Arztgespräch dabei sein können ($\emptyset_{\text{Urologie}}=3,50$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=2,79$; $p=0,052$) oder sogar signifikant seltener ein separates Aufklärungsgespräch nur für die Kinder ($\emptyset_{\text{Urologie}}=4,00$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=3,25$; $p=0,000$). Dieses wird auch im Vergleich zu den Internisten seltener angeboten ($\emptyset_{\text{Urologie}}=4,00$; $\emptyset_{\text{Innere}}=3,63$; $p=0,005$). Auch bei der Empfehlung weiterführender Maßnahmen zeigen sich signifikante Unterschiede: Urologen empfehlen seltener weitere Maßnahmen zur Versorgung der Kinder durch die eigene Stelle ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,57$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=1,56$; $p=0,001$) oder den Kinderarzt ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,80$; $\emptyset_{\text{Allg.}}=2,00$; $p=0,017$) als Allgemeinmediziner. Ebenso raten Urologen seltener zur Versorgung der betroffenen Kinder durch einen Kinderpsychologen ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,17$; $\emptyset_{\text{Innere}}=1,55$; $p=0,038$), die eigene Stelle ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,57$; $\emptyset_{\text{Innere}}=1,75$; $p=0,010$) oder den Kinderarzt ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,80$; $\emptyset_{\text{Innere}}=1,83$; $p=0,009$) als Internisten. Auch empfehlen Urologen seltener eine Betreuung der Kinder durch die eigene Stelle ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,57$; $\emptyset_{\text{Gyn.}}=2,06$; $p=0,042$), den Psychoonkologen ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,20$; $\emptyset_{\text{Gyn.}}=1,37$; $p=0,003$) und tendenziell auch den Kinderarzt ($\emptyset_{\text{Urologie}}=2,80$; $\emptyset_{\text{Gyn.}}=2,12$; $p=0,054$) als Gynäkologen.

Insgesamt zeigen die Urologen also tatsächlich weniger Versorgungsbedarf der Kinder ihrer onkologischen Patienten als die anderen Fachprofessionen (siehe Anhänge 26-29 (S. 99ff.)) und bestätigen damit die Ausgangsvermutung im Hinblick auf Fragestellung 2A: „Unterscheiden sich die Einschätzungen der Urologen von denen der Allgemeinmediziner,

Internisten und Gynäkologen im Hinblick auf den Bedarf psychosozialer Versorgung für Kinder krebskranker Patienten?“

Zwar lässt sich feststellen, dass in der Wahrnehmung der Behandler Krebspatienten in der Urologie von sich aus seltener nach psychoonkologischer Hilfe für sich selbst fragen ($\bar{x}_{\text{Urologie}}=5,38$) als in der Allgemeinmedizin ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=27,49$; $p=0,000$), Inneren Medizin ($\bar{x}_{\text{Innere}}=26,39$; $p=0,000$) oder Gynäkologie ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=24,15$; $p=0,004$), bei dem Hilfewunsch für ihre minderjährigen Kinder lässt sich aber nur ein signifikanter Unterschied zur Allgemeinmedizin ($\bar{x}_{\text{Urologie}}=1,67$; $\bar{x}_{\text{Allg.}}=11,91$; $p=0,018$) finden (siehe Anhänge 26-29 (S. 99ff.)). Obwohl in der Gynäkologie der Anteil der Krebspatienten im Alter von 18 bis 55 Jahren mit 44,4% erheblich größer ist als in der Urologie mit 26,7% und damit ein häufigerer Patientenwunsch in der Gynäkologie allein schon aufgrund der jüngeren Patientenklientel erwartet werden könnte, lässt sich hier überraschenderweise kein signifikanter Unterschied belegen.

Somit kann für Fragestellung 3_A: „Unterscheiden sich Krebspatienten der Urologie von denen der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Gynäkologie im Hinblick auf die Häufigkeit des Wunsches nach psychosozialen Hilfen für ihre Kinder?“ ein größerer Patientenwunsch in der Allgemeinmedizin als in der Urologie nachgewiesen werden.

3.2.2.3 Unterschiede zwischen Gynäkologie und Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin

Die Gynäkologen behandeln signifikant mehr erwachsene Patienten mit Krebserkrankung pro Jahr ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=3,85$) und haben dabei einen höheren Anteil in der Altersgruppe von 18 bis 55 Jahren ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=44,37$) als sowohl die Allgemeinmediziner (*Patientenanzahl*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=1,81$; $p=0,000$; *Anteil 18-55 Jahre*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=25,43$; $p=0,009$) wie auch die Internisten (*Patientenanzahl*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=2,53$; $p=0,002$; *Anteil 18-55 Jahre*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=26,97$; $p=0,017$). Der Anteil von Kindern, die aufgrund der elterlichen Krebserkrankung Probleme zeigen, wird in der Gynäkologie signifikant geringer gesehen als in der Allgemeinmedizin ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=45,00$; $\bar{x}_{\text{Allg.}}=72,37$; $p=0,045$). Auch der Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung durch die Kinder wird in der Allgemeinmedizin tendenziell größer gesehen als in der Gynäkologie, die dies eher nicht beurteilen kann ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=0,94$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=0,68$; $p=0,052$). Entsprechend wird auch hier der Anteil der Familien, die Beratungsbedarf haben, in der Allgemeinmedizin größer empfunden als in der Gynäkologie ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=78,27$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=45,91$; $p=0,015$). Zusätzlich bieten Allgemeinmediziner öfter an, dass minderjährige Kinder beim Arztgespräch dabei sein können ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=2,79$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=3,37$; $p=0,047$) oder ein separates Aufklärungsgespräch erhalten ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=3,25$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=3,89$; $p=0,001$) als Gynäkologen. Auch bei

den Faktoren, die eine bessere Einbeziehung der Kinder erschweren, gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Gynäkologie und der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin: Die Gynäkologen sehen häufiger Gründe darin, dass Gespräche mit Kindern nicht vorgesehen sind ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,15$), keine Zeit dafür zur Verfügung steht ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,55$), sich nicht der richtige Moment finden lässt ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,39$) und Gespräche mit Kindern eher stationär (bei Praxen) bzw. ambulant (bei Kliniken) stattfinden sollten ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,00$) als sowohl Allgemeinmediziner (*Gespräche nicht vorgesehen*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=2,94$; $p=0,009$; *Keine Zeit*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=3,65$; $p=0,000$; *Kein richtiger Moment*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=3,40$; $p=0,000$; *Eher stationär/ambulant*: $\bar{x}_{\text{Allg.}}=3,31$; $p=0,000$) als auch Internisten (*Gespräche nicht vorgesehen*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=2,80$; $p=0,034$; *Keine Zeit*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=3,28$; $p=0,011$; *Kein richtiger Moment*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=3,00$; $p=0,017$; *Eher stationär/ambulant*: $\bar{x}_{\text{Innere}}=3,10$; $p=0,001$). Ebenso empfiehlt die Gynäkologie tendenziell ($p=0,058$) auch häufiger keine weitergehenden Maßnahmen zur Versorgung der Kinder als die Allgemeinmedizin ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,76$; $\bar{x}_{\text{Allg.}}=2,23$). Bei den einzelnen Maßnahmen empfehlen Allgemeinmediziner häufiger eine Beratung betroffener Familien durch die eigene Stelle ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=1,56$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,06$; $p=0,007$), aber seltener den Psychoonkologen ($\bar{x}_{\text{Allg.}}=1,94$; $\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,37$; $p=0,006$) als Gynäkologen. Ähnlich verhält es sich im Vergleich zur Inneren Medizin: Die Gynäkologie empfiehlt seltener den Kinderpsychologen ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=2,06$; $\bar{x}_{\text{Innere}}=1,55$; $p=0,005$), aber auch hier häufiger den Psychoonkologen ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,37$; $\bar{x}_{\text{Innere}}=1,83$; $p=0,018$). Dabei haben Gynäkologen selbst oder ihre Mitarbeiter häufiger Qualifikationen im Bereich der Psychoonkologie als Allgemeinmediziner ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,65$; $\bar{x}_{\text{Allg.}}=1,97$; $p=0,009$) und tendenziell, wenn auch nicht signifikant ($p=0,074$), als Internisten ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,65$; $\bar{x}_{\text{Innere}}=1,88$). Ebenso wünschen sie sich häufiger Weiterbildungsangebote, wie sie mit minderjährigen Kindern ihrer Krebspatienten umgehen können, als Internisten ($\bar{x}_{\text{Gyn.}}=1,28$; $\bar{x}_{\text{Innere}}=1,59$; $p=0,031$).

Im Hinblick auf Fragestellung 2_B: „Unterscheiden sich die Einschätzungen der Gynäkologen von denen der Allgemeinmediziner und Internisten im Hinblick auf den Bedarf psychosozialer Versorgung für Kinder krebskranker Patienten?“ lässt sich also im Vergleich zur Allgemein- und Inneren Medizin keine größere Bedarfseinschätzung der Gynäkologie zur Versorgung der Kinder feststellen (siehe Anhänge 26, 30 & 31 (S. 99 & 102f.)). Im Gegenteil dazu zeigt sich sogar, dass die Allgemeinmedizin den Versorgungsbedarf der Kinder größer einschätzt als die Gynäkologie. Des Weiteren lassen sich für die Fragestellung 3_B: „Unterscheiden sich Krebspatienten der Gynäkologie von denen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin im Hinblick auf die Häufigkeit des Wunsches nach psychosozialen Hilfen für ihre Kinder?“ keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Fachprofessionen finden (siehe Anhänge 26, 30 & 31 (S. 99 & 102f.)).

3.2.2.4 Unterschiede zwischen Kliniken und Praxen

Klinikärzte behandeln mehr erwachsene Patienten mit Krebserkrankung pro Jahr als niedergelassene Ärzte ($\sigma_{\text{Kliniken}}=4,63$; $\sigma_{\text{Praxen}}=2,71$; $p=0,000$). Im Zuge weiterführender Maßnahmen zur Versorgung der Kinder krebskranker Patienten empfehlen Kliniken auch häufiger Pfarrer bzw. Seelsorger ($\sigma_{\text{Kliniken}}=1,71$; $\sigma_{\text{Praxen}}=2,20$; $p=0,005$) und den Sozialen Dienst ($\sigma_{\text{Kliniken}}=1,94$; $\sigma_{\text{Praxen}}=2,42$; $p=0,008$) als Praxen. Des Weiteren haben Ärzte oder ihre Mitarbeiter an Kliniken auch häufiger Qualifikationen im Bereich Psychoonkologie als ihre Kollegen in Praxen ($\sigma_{\text{Kliniken}}=1,53$; $\sigma_{\text{Praxen}}=1,88$; $p=0,008$).

Im Hinblick auf Fragestellung 4: „Unterscheiden sich Klinikärzte von niedergelassenen Ärzten im Hinblick auf ihre Einschätzung des Bedarfs für die psychosoziale Versorgung von Kindern krebskranker Patienten?“ zeigen sich wenige Unterschiede, die auf eine größere Bedarfseinschätzung hinweisen könnten (siehe Anhänge 32 & 33 (S. 104f.)). In der Tendenz lassen sich aber in der Klinikgruppe mehr Anstrengungen zur Versorgung der Kinder ihrer onkologischen Patienten erkennen.

3.2.2.5 Unterschiede zwischen jüngeren (bis 50 Jahre) und älteren Ärzten (über 50 Jahre)

Ärzte bis zu einem Alter von 50 Jahren haben einen signifikant größeren Anteil von onkologischen Patienten mit minderjährigen Kindern als ältere Kollegen ($\sigma_{\text{jüngere}}=24,45$; $\sigma_{\text{ältere}}=14,81$; $p=0,004$). Außerdem sehen sie in der Tendenz ($p=0,058$) bei mehr Familien Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der elterlichen Krebserkrankung durch die Kinder ($\sigma_{\text{jüngere}}=70,80$; $\sigma_{\text{ältere}}=53,46$). Jüngere Ärzte hätten auch gerne mehr professionelle Unterstützung für die Ausgestaltung einer angemessenen Einbeziehung von Kindern ihrer Krebspatienten in Arztgesprächen als Ärzte über 50 Jahre ($\sigma_{\text{jüngere}}=2,17$; $\sigma_{\text{ältere}}=2,58$; $p=0,024$). Auch bei den Faktoren, die eine bessere Einbeziehung der Kinder erschweren, gibt es Unterschiede zwischen beiden Altersgruppen: Jüngere Ärzte sehen diese tendenziell ($p=0,053$) eher darin, dass Gespräche mit bzw. über die Kinder in der Routine nicht vorgesehen sind ($\sigma_{\text{jüngere}}=2,41$; $\sigma_{\text{ältere}}=2,83$) und signifikant ($p=0,034$) häufiger darin, dass Mitarbeiter für diese Gespräche nicht ausgebildet sind ($\sigma_{\text{jüngere}}=2,08$; $\sigma_{\text{ältere}}=2,58$). Außerdem empfehlen jüngere Ärzte häufiger einen Pfarrer bzw. Seelsorger zur weiterführenden Versorgung der Kinder ihrer onkologischen Patienten als ältere Ärzte ($\sigma_{\text{jüngere}}=2,00$; $\sigma_{\text{ältere}}=2,29$; $p=0,038$).

Im Hinblick auf Fragestellung 5: „Unterscheiden sich jüngere von älteren Ärzten im Hinblick auf ihre Einschätzung des Bedarfs für die psychosoziale Versorgung von Kindern

krebskranker Patienten?“ kann also davon ausgegangen werden, dass jüngere Ärzte mehr Bedarf zur Versorgung der Kinder ihrer onkologischen Patienten sehen als ältere Ärzte (siehe Anhänge 34 & 35 (S. 106f.)).

3.3 Teilnehmerbeschreibung der Interviews

Ein teilnehmender Arzt (37 Jahre alt; 10 Jahre Berufserfahrung) ist leitender Oberarzt einer gynäkologischen Abteilung und Koordinator des gynäkologischen Krebszentrums seiner Klinik („Arzt 1“). Er behandelt ca. 800 Krebspatienten pro Jahr. Ein weiterer (43 Jahre alt; 15 Jahre Berufserfahrung) ist Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin, speziell Onkologie, Hämatologie und Pneumologie und behandelt um die 1200 onkologischen Patienten pro Jahr („Arzt 2“). Beide Ärzte sind männlich.

Ein befragter Psychotherapeut ist 50 Jahre alt, männlich und arbeitet seit 19 Jahren im psychoonkologischen Bereich, davor hat er bereits fünf Jahre in einer Kinderklinik gearbeitet („Therapeut 1“). Pro Jahr betreut er um die 200 bis 220 Familien mit Krebserkrankungen. Eine weitere Therapeutin (weiblich; 53 Jahre alt) arbeitet seit 14 Jahren als Psychotherapeutin mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und hat davor bereits als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an einer Kinderklinik gearbeitet („Therapeut 2“). Sie betreut pro Jahr um die 24 bis 36 Familien mit Krebserkrankungen.

3.4 Ergebnisse der Interviews

Eine qualitative Auswahl der Antworten soll einen Überblick über die individuellen Sichtweisen und Gemeinsamkeiten der Meinungen ermöglichen. Außerdem sollen konkrete Ansätze zur Verbesserung der Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern herausgestellt werden. Die vollständigen Interviews können in den Anhängen 36 (S. 108ff.) und 37 (S. 112f.) nachgelesen werden.

3.4.1 Ergebnisse aus der Befragung der Fachärzte

Auch in den Gesprächen mit Fachärzten verschiedener Professionen bestätigt sich, dass es je nach Fachprofession erhebliche Unterschiede in der Größe des Anteils von Krebspatienten gibt, die minderjährige Kinder haben bzw. mit größerer Wahrscheinlichkeit welche haben könnten:

„Ich schätze so ungefähr 50% sind zwischen 18 und 55. Wie viele von denen minderjährige Kinder haben, kann ich Ihnen aus dem Kopf nicht sagen.“ (Arzt 1)

„Die meisten onkologischen Patienten sind eher älter. Ich schätze so 25% bis 30% sind zwischen 18 und 55 Jahre alt. In etwa die Hälfte davon haben minderjährige Kinder.“ (Arzt 2)

Beide Ärzte fragen auch im Zuge der Anamnese, ob Kinder vorhanden sind. Hierbei stehen aber die medizinischen Gründe im Vordergrund. Die Versorgung der Kinder ist dabei eher sekundär:

„Naja, wir fragen eher nach Geburten. Dabei geht es auch nicht primär um die Kinder, sondern aus medizinischer Sicht um die Vorgeschichte der Patientin. Außerdem erfragen wir immer den familiären Background, also generell, ob der Patient alleine ist oder jemanden hat, der ihn in dieser schwierigen Zeit unterstützt.“ (Arzt 1)

„Das hat zwei Gründe: Zum einen wollen wir mit dem Patienten seine zukünftigen Kinderwünsche klären, um auch Vorkehrungen treffen zu können, ihm diese zu ermöglichen. So kann man vor der toxischen Chemotherapie z. B. Spermien einfrieren, um auch später Kinder kriegen zu können. Zum anderen, um den Patienten professionelle Hilfen für ihre Kinder zu empfehlen, damit sie lernen mit der Erkrankung zurechtzukommen.“ (Arzt 2)

Probleme werden bei einem Großteil der Kinder gesehen und auch der Beratungsbedarf der Familien hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung durch die Kinder entsprechend hoch eingeschätzt:

„Eigentlich bekommen wir die Kinder kaum zu sehen. Wenn, dann erst im Verlauf der Behandlung, z. B. während einer Visite. Aber natürlich sehe ich da eine Belastung für das Kind. Deshalb würde ich auch sagen, dass sich bei 100% der Kinder Probleme zeigen. (...) Man tut immer gut daran, sich beraten zu lassen.“ (Arzt 1)

„Ich schätze so 80% der Kinder zeigen Probleme. Häufig sehen wir selbst, wie sehr die Kinder die neue Situation belastet. Manchmal erzählen uns auch die Patienten davon. (...) Die Familien mit Problemen bei den Kindern sollten auch beraten werden.“ (Arzt 2)

Dabei sieht ein Arzt seine Aufgabe ausschließlich in der medizinischen Therapie der Krebserkrankung und verweist bei minderjährigen Kindern auf Hilfe durch Psychoonkologen. Er hält eine Betreuung der Kinder durch Fachleute für besser.

„Generell ermutigen wir unsere Patienten immer zur Offenheit im Umgang mit ihrer Erkrankung bei ihren Angehörigen. Dies gilt auch für ihre Kinder. Spezielle Angebote für den Umgang mit Kindern haben wir nicht. Ich glaube auch nicht, dass dies unsere Aufgabe ist. Wir raten all unseren Patienten von Anfang an, für sich selbst und für ihre Kinder

psychoonkologische Hilfe zu holen. Ich glaube, dass sie dort besser beraten werden können als durch uns. (...) Meiner Meinung nach sollten wir uns auf unsere medizinische Aufgabe konzentrieren. Es hat sich doch bewährt, dass sich jeder auf sein Gebiet spezialisiert. Wenn Sie was am Auge haben, überweise ich Sie doch auch zum Augenarzt und fange nicht selber an, Sie irgendwie zu therapieren. So können doch auch Kinder psychologisch von Fachleuten viel besser betreut werden.“ (Arzt 1)

Ein anderer Arzt berichtet, dass Patienten selbst gar keinen Kontakt zwischen Arzt und Kindern wünschen würden, um ihre Kinder zu schützen. Daher könne eine Verbesserung durch den Arzt gar nicht erfolgen:

„Meiner Erfahrung nach wird von den Patienten gar nicht gewünscht, dass wir uns auch mit den Kindern auseinandersetzen. Es ist eher so, dass Betroffene wünschen, ihre Kinder außen vor zu lassen. Daher ist es für uns schwer, überhaupt an die Kinder heranzukommen. (...) Je schlechter die Prognose, desto eher werden die Kinder von den Patienten außen vor gelassen. Das ist eigentlich fatal. So werden gerade diejenigen schlechter unterstützt, die es am meisten brauchen würden. Meiner Erfahrung nach sind es auch vermehrt die Mütter, die ihre Kinder schützen wollen, und von uns fernhalten.“ (Arzt 2)

Bedarf zur Verbesserung der Versorgungslage von Kindern krebserkrankter Eltern sehen beide Ärzte. Dabei setzt einer auf mehr Sensibilität unter den Ärzten, damit auch jeder Familie professionelle Hilfe angeboten wird. Der andere hält eine Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hilfsangeboten für wichtig.

„Der Bedarf ist groß und wird in Zukunft weiter wachsen. Allein schon dadurch, dass die reproduktive Lebensphase sich in ein immer höheres Alter verschiebt. Heute liegt das Durchschnittsalter der Frau bei Entbindung ihres ersten Kindes schon bei 35 Jahren. Fortbildungen zu diesem Thema sind wichtig, um Ärzte für die Problematik zu sensibilisieren. Jedem Patienten sollten nämlich professionelle Hilfen angeboten werden, aber entscheiden muss er selbst.“ (Arzt 1)

„Die Kommunikation zwischen Ärzten und Beratungsangeboten muss verbessert werden. Natürlich muss man erst einmal wissen, welche Angebote es gibt, das reicht aber nicht. Es wäre auch interessant, mehr darüber zu erfahren, als nur einen Flyer zu bekommen, z. B. mehr Informationen zum Ablauf der Angebote und was aus den betroffenen Familien geworden ist. Auch ein persönlicher Kontakt ist wichtig. Man sollte auch mal das Gesicht des anderen gesehen haben.“ (Arzt 2)

3.4.2 Ergebnisse aus der Befragung der Therapeuten

Beide Therapeuten betreuen in ihren Hilfsangeboten Familien mit Krebserkrankungen. Dabei ist aber die Gruppe von krebserkrankten Eltern, die Hilfe für ihre minderjährigen Kinder suchen, am größten:

„Also der Anteil krebserkrankter Eltern, die bei uns Hilfe für ihre minderjährigen Kinder wünschen, liegt bestimmt zwischen 66% und 75%.“ (Therapeut 1)

„Ich würde sagen mindestens 50%.“ (Therapeut 2)

Generell würden die Angebote gerne wahrgenommen. Die Nachfrage sei hoch und könne gar nicht immer sofort bedient werden:

„Wir haben zur Zeit mehr Anfragen, als wir behandeln können. Die Warteliste liegt jetzt schon bei zwei bis drei Monaten. Eigentlich sind wir immer bemüht, so schnell wie möglich zu helfen. Die Familien, die zu uns kommen, haben ja akute Probleme und können eigentlich nicht so lange warten.“ (Therapeut 1)

Entsprechend wird auch Bedarf für weitere Versorgungsangebote in Hamburg gesehen. Ein Therapeut sieht aber nicht das Problem in einer mangelnden Anzahl an Versorgungsangeboten, sondern eher in der mangelhaften Zusammenarbeit mit den Ärzten:

„Bedarf für weitere Beratungsangebote sehe ich jetzt nicht unbedingt. Vielmehr sollten regelmäßig gemeinsame Besprechungen mit den Hausärzten stattfinden, wie sie mit betroffenen Familien umgehen können. Dadurch kann vielen schon geholfen werden.“ (Therapeut 2)

„Schauen Sie sich unsere Warteliste an! Wir bemühen uns schon, möglichst vielen Familien zu helfen. In einem Erstgespräch prüfen wir jedes Mal, ob das primäre Problem wirklich in der Krebserkrankung liegt und vermitteln sonst andere Angebote, die ihnen bei der Lösung ihres Problems besser helfen können. So können wir uns auf die Familien konzentrieren, die Hilfe in der Bewältigung der Erkrankung brauchen. (...) Dabei kommt die Mehrzahl der Familien, die wahrscheinlich Hilfe benötigen würden, nicht einmal zu uns!“ (Therapeut 1)

Familien würden häufig nur durch Eigenrecherche auf Hilfsangebote aufmerksam. So erfordere das Finden möglicher Hilfsangebote meistens Eigeninitiative der onkologischen Patienten, die ohnehin schon mit der Bewältigung einer völlig neuen Lebenssituation beschäftigt seien. Dies setze erst einmal voraus, dass die Eltern Probleme bei ihren Kindern erkennen und in Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung sehen würden. Dies bleibe oftmals nur höheren Bildungsschichten vorbehalten:

*„Die meisten werden durch Medien oder unsere Homepage auf uns aufmerksam. Seltener kommt es auch vor, dass Kliniken uns empfehlen. Der Anteil liegt aber unter 20% und läuft meistens über den Sozialen Dienst der Klinik. Praxen empfehlen uns so gut wie nie.“
(Therapeut 1)*

„Ich setze auf einen engen Kontakt mit Haus- und Kinderärzten. Die meisten kommen auf deren Empfehlung zu mir. (...) Das Angebot ist aber extrem hochschwellig, es bleibt der gebildeten Mittelschicht vorbehalten.“ (Therapeut 2)

Die meisten Familien würden erst spät die Beratungsangebote aufsuchen. Es kann also nur selten auch präventiv geholfen werden:

*„Direkt nach der Diagnose einer elterlichen Krebserkrankung kommen die wenigsten. Häufig werden wir nach der akuten medizinischen Therapie oder auch erst Jahre später von den Familien aufgesucht, wenn schon Probleme bei den Kindern bemerkt worden sind.“
(Therapeut 1)*

„Die meisten kommen erst, wenn die Krebserkrankung nur noch palliativ behandelt werden kann.“ (Therapeut 2)

Auf die Frage, wie die Versorgungslage verbessert werden kann, sind sich beide Therapeuten einig, dass der Schlüsselfaktor darin liege, die Sensibilität bei Familien und Ärzten für die Problematik weiter zu erhöhen, um betroffene Familien besser erreichen zu können:

„Eltern sind mit der neuen Situation schon genug belastet. Man kann nicht immer davon ausgehen, dass sie sich gleich um Hilfen für ihre Kinder kümmern können. Wir brauchen direkten Kontakt zu Ärzten und Pflegern, die uns helfen, unsere Dienste in die Therapie zu integrieren. Es reicht einfach nicht, nur Flyer zu verteilen. (...) Die meisten Kliniken haben ja mittlerweile einen Psychoonkologischen Dienst, der sich bewährt hat, aber auch onkologische Schwerpunktpraxen sollten so etwas anbieten.“ (Therapeut 1)

„Durch regelmäßige Weiterbildungsangebote für Hausärzte versuchen wir, immer mehr Ärzte für die Problematik zu sensibilisieren. Nur so können wir dauerhaft die Versorgungslage der Kinder verbessern.“ (Therapeut 2)

Beide Therapeuten sehen also weiteren Bedarf zur Verbesserung der Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern in Hamburg. Dafür soll die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Beratungsangeboten und onkologischen Ärzten verbessert werden. Hier werden die größten Verbesserungsmöglichkeiten gesehen.

4. Diskussion

Sowohl die Datenanalyse als auch die Interviews mit einzelnen Ärzten und Therapeuten zeigen für den Großraum Hamburg insgesamt Bedarf zur Versorgung von minderjährigen Kindern krebskranker Eltern und verlangen eine Verbesserung der aktuellen Versorgungslage. Dabei unterscheiden sich die Einschätzungen innerhalb der Ärzteschaft teils erheblich je nach Geschlecht, Fachprofession, Klinik- oder Praxiserfahrung und Alter der befragten Ärztinnen und Ärzte. Darüberhinaus können die gewonnenen Ergebnisse bei der Optimierung der aktuellen Versorgungslage helfen. Es werden nicht nur Probleme und Hindernisse bei der Versorgung der Kinder aufgezeigt, sondern auch wertvolle Informationen gewonnen, die helfen können, zukünftig wirkungsvollere Beratungsangebote für betroffene Kinder zu etablieren. Auch wenn sich die Analyse auf den Großraum Hamburg beschränkt, bietet sie doch nützliche Informationen, die generell bei der Versorgung von Kindern krebskranker Eltern bedacht werden sollten. Alle Beteiligten wurden unter Zusicherung ihrer Anonymität befragt, um größtmögliche Ehrlichkeit sicherzustellen.

4.1 Unterschiedliche Einschätzungen in der Ärzteschaft

Der Bedarf zur Versorgung der Kinder ist eindeutig zu erkennen: Die meisten Ärzte sehen bei zwei von drei Familien mit krebskranken Eltern Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der Erkrankung durch die Kinder. Dabei hält die Mehrheit Probleme bei den Kindern aufgrund der elterlichen Krankheit für nicht beurteilbar. Viele können aber bei mehr als jedem zweiten Kind eben diese feststellen. In manchen Fällen wird professionelle Unterstützung zur besseren Einbeziehung der Kinder gewünscht. Die Mehrheit der Ärzte hätte gerne mehr Weiterbildungsangebote zu diesem Thema und noch mehr wünschen sich hierbei sogar professionelle Unterstützung durch Fachleute in ihrem Alltag. Doch bei genauerer Betrachtung lassen sich einige Unterschiede zwischen einzelnen Ärztegruppen feststellen, die nachfolgend noch einmal zusammengefasst sind.

Es hat sich gezeigt, dass die Fachprofession des Arztes erheblichen Einfluss auf seine Bedarfseinschätzung hat. Naheliegender wäre es anzunehmen, dass Fachgruppen bei denen eine elterliche Krebserkrankung häufiger behandelt wird auch größeren Versorgungsbedarf der Kinder sehen. Dem widersprechen aber die gefundenen Ergebnisse: So werden in der Gynäkologie jährlich mehr erwachsene Krebspatienten, auch mit einem größeren Anteil von 18 bis 55 Jährigen, behandelt als in der Allgemeinmedizin. Trotzdem lässt sich im Vergleich kein größerer Versorgungsbedarf nach Einschätzung der Gynäkologen nachweisen. Im Gegenteil: Die Allgemeinmedizin sieht bei mehr Kindern Probleme aufgrund der elterlichen

Krebserkrankung und tendenziell auch mehr Beratungsbedarf bei betroffenen Familien als die Gynäkologie. Somit scheint auch nur die Behandlung krebskranker Mütter und keiner krebskranken Väter (Gender-Effekt) in der Gynäkologie, die Eltern-Kind-Themen in der Wahrnehmung der Ärzte nicht häufiger zu fördern als in der Allgemein- und Inneren Medizin. Hier müssen also andere Faktoren eine Rolle spielen. Naheliegender wäre es, zu vermuten, dass die auftretenden Tumore in der Allgemeinmedizin durchschnittlich schwerwiegender sind als in der Gynäkologie. Allerdings scheint es auch vielmehr entscheidend zu sein, welche Einschätzungen und Sorgen die onkologischen Patienten ihren Ärzten über den Zustand ihrer Kinder vermitteln. Die Allgemeinmedizin ist häufig der erste ärztliche Kontakt der Krebspatienten im Zuge der Erkrankung. Sie sehen wie der Patient plötzlich mit einer völlig neuen Lebenssituation konfrontiert wird und bekommen daher die neu auftretenden Sorgen, auch um die Kinder, verstärkt mit. Zusätzlich schenken Ärzte, die maßgeblich um das Überleben des Patienten kämpfen, wie es häufig bei Gynäkologen, Urologen oder Internisten der Fall ist, den Problemen der Kinder eher weniger Beachtung (Romer et al., 2007). Hiervon sind die Allgemeinmediziner als erste Anlaufstelle der Patienten häufig nicht so stark betroffen. Auch begünstigen organbezogene Facharzt disziplinen wie die Urologie und Gynäkologie eine professionelle Sozialisation, in der weniger auf psychosoziale und familiäre Belange (Familienmedizin) geachtet wird, wohingegen die Allgemeinmedizin in der Facharztweiterbildung automatisch mehr die gesamte Lebenssituation der Patienten integriert, und eine Kenntnis der psychosozialen Umstände und Lebensverhältnisse eher im Blickfeld der Behandler ist.

Die abweichende Einschätzung der Urologie bestätigt ebenso, dass Ärzte den Versorgungsbedarf für Kinder krebskranker Eltern aufgrund der Erfahrungen mit ihren Patienten einschätzen. Im Gegensatz zu allen anderen Fachprofessionen können viele, in dieser Arbeit sogar alle neun, Urologen keine Probleme der Kinder erkennen, weil sie es aus ihrer Lage für nicht beurteilbar halten. Dabei behandeln sie jährlich mehr erwachsene Krebspatienten als die anderen Fachgruppen. Obwohl man es erwarten könnte, zeigte sich in der Urologie auch kein wesentlich älteres Patientenkontingent, was eine schlechteres Bewusstsein für die Problematik Kinder krebskranker Eltern hätte erklären können. Ihre Patienten sind aber hauptsächlich männlichen Geschlechts, also die Väter. Diese nehmen einerseits Probleme ihrer Kinder viel seltener wahr als die Mütter (Visser et al., 2005; Watson et al., 2006) und andererseits sind Männer in ihrer Problembewältigung anderen gegenüber verschlossener als Frauen. Dies zeigt sich auch darin, dass Krebspatienten der Urologie seltener nach psychoonkologischer Hilfe für sich selbst fragen. Außerdem fragen

onkologische Patienten in der Allgemeinmedizin von sich aus häufiger nach psychosozialen Hilfen für ihre minderjährigen Kinder als in der Urologie. Daher kann man annehmen, dass das Bewusstsein für Probleme bei minderjährigen Kindern der onkologischen Patienten in der Urologie weniger weit entwickelt ist als in anderen Fachprofessionen. Dies erklärt auch, dass die Kinder der Krebspatienten in der Urologie weniger berücksichtigt werden. Es wird seltener sowohl in der Anamnese nach minderjährigen Kindern gefragt (im Vergleich zur Allgemeinmedizin nur tendenziell) als auch mit den Patienten besprochen, ob und wie sie die Diagnose ihren Kindern mitteilen können. Auch Anlaufstellen zur Versorgung der Kinder krebskranker Patienten empfehlen Urologen seltener als andere Fachgruppen. Vor diesem Hintergrund muss die Bedarfseinschätzung der Urologie kritisch betrachtet werden.

Neben der Profession zeigen sich auch je nach Geschlecht des Arztes erhebliche Unterschiede in seiner Bedarfseinschätzung. Dabei erkennen Ärztinnen mehr Bedarf zur Versorgung der Kinder ihrer onkologischen Patienten als Ärzte. Im Umgang mit ihren Patienten fragen sie häufiger, ob minderjährige Kinder vorhanden sind und wie sie die Diagnose mit ihnen besprechen können. Außerdem empfehlen Ärztinnen häufiger weiterführende Maßnahmen bzw. Anlaufstellen zur psychosozialen Versorgung der Kinder als ihre männlichen Kollegen. Auch Weiterbildungsangebote und professionelle Unterstützung zur besseren Einbeziehung der Kinder wünschen sich Ärztinnen mehr als Ärzte. Tendenziell sind sie auch genereller Unterstützung durch Fachleute aufgeschlossener gegenüber. Es bestätigt sich also, dass Frauen die Lage der Kinder problematischer einschätzen als Männer und so insgesamt mehr Bedarf zur Versorgung betroffener Kinder sehen. Schon Visser et al. (2005) konnten zeigen, dass Mütter die Schwierigkeiten der Jugendlichen ähnlich wie diese selbst beurteilen, während Väter oftmals viel weniger Probleme wahrnehmen. Daher sollten auch hier die Einschätzungen der Ärztinnen vorgezogen werden.

Die Unterschiede zwischen Klinik- und niedergelassenen Ärzten halten sich in Grenzen. Dennoch sollte bei der Versorgung der Kinder bedacht werden, dass Kliniken erheblich größere Fallzahlen von Krebserkrankungen aufweisen als Praxen. Der Schwerpunkt der Versorgung muss deshalb an den Kliniken etabliert werden. So ist es auch sinnvoll, dass Klinikärzte oder ihre Mitarbeiter mehr Qualifikationen im Bereich Psychoonkologie vorweisen können als niedergelassene Ärzte. Die Unterschiede, die sich auf die Einschätzung des Versorgungsbedarfs ableiten lassen, sind überraschend klein: Kliniken empfehlen häufiger Seelsorger oder den Sozialen Dienst zur Versorgung der Kinder krebskranker Patienten. Diese leichte Tendenz, die evtl. einen größeren Bedarf zur Versorgung der Kinder

erkennen lässt, ist im Vergleich zu der erheblich größeren Anzahl von jährlichen Krebspatienten minimal.

Auch das Alter des Arztes beeinflusst seine Einschätzung des Versorgungsbedarfs für Kinder krebskranker Eltern. So zeigen die Ergebnisse, dass Ärzte bis zu einem Alter von einschließlich 50 Jahren mehr Bedarf zur Versorgung der Kinder wahrnehmen als ältere Ärzte. Dies mag daran liegen, dass jüngere Ärzte einen größeren Anteil von Krebspatienten behandeln, die noch minderjährige Kinder haben. Sie sehen tendenziell mehr Beratungsbedarf bei betroffenen Familien hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung durch die Kinder und hätten gerne mehr professionelle Unterstützung zur besseren Einbeziehung dieser. Auch empfinden sie es als problematischer, dass sie selbst bzw. die Mitarbeiter für Gespräche mit oder über die Kinder nicht ausgebildet sind und tendenziell auch dass solche Gespräche in der Routine nicht vorgesehen sind. Jüngere Ärzte empfehlen auch häufiger Seelsorger zur Versorgung der Kinder als ältere.

Da alle diese Faktoren miteinander in Interaktion stehen, ist es schwierig, die wirklich Ursächlichen herauszufiltern. Sowohl in der Gynäkologie als auch in der Allgemeinmedizin ist die Mehrheit der Teilnehmer weiblichen Geschlechts während in der Urologie hauptsächlich männliche Ärzte teilgenommen haben. Um zu klären, ob jetzt eher die Profession, das Geschlecht oder beides für die unterschiedlichen Einschätzungen verantwortlich ist und welche Rolle dabei das Alter und die Klinik- oder Praxiserfahrung spielt, bedarf es zukünftig weiterer Forschung mit größeren, homogenen Gruppen, die entsprechende Regressionsanalysen ermöglichen.

4.2 Einschränkungen

Obwohl die quantitative Analyse der Fragebögen eindeutige Ergebnisse liefert, müssen diese unter Vorbehalt gesehen werden und sollten durch weitere Forschung auf diesem Gebiet bestätigt werden. Als Hauptproblem kann hierbei die verhaltene Teilnahme der angeschriebenen Ärzte identifiziert werden. Nicht einmal jeder Zehnte, der gebeten wurde, hat an der Befragung auch teilgenommen. Dabei waren die Rücklaufquoten der Praxen und der Allgemeinmedizin unterdurchschnittlich. Gerade zahlenmäßig nicht so stark vertretene Ärztegruppen wurden relativ klein und können nicht unbedingt als repräsentativ angesehen werden. Auch eine für die durchgeführten T-Tests notwendige Normalverteilung kann daher nicht bei allen Ärztegruppen immer sicher angenommen werden. Besonders kritisch sind hierbei die Gruppen Gynäkologie, Kliniken und v. a. Urologie zu nennen. Trotzdem sollte bewusst nicht auf eine Auswertung dieser Gruppen verzichtet werden. Da alle onkologischen

Schnittstellen im Großraum Hamburg angeschrieben wurden, konnte dieses Problem auch nicht durch weitere Teilnehmer minimiert werden. Es liegt also an zukünftigen, ähnlichen Studien mit größeren Ärztegruppen, diese Ergebnisse zu verifizieren. Letztendlich bleibt festzuhalten, dass es bei jedem Einzelnen lag, sich an der Studie zu beteiligen. Daher ist tendenziell damit zu rechnen, dass eher Ärzte teilgenommen haben, die für diese Problematik schon sensibilisiert sind. Der eingeschätzte Versorgungsbedarf der Befragten dürfte daher eher höher liegen als die Einschätzung aller onkologischen Ärzte in Hamburg. Die insgesamt hohe Drop-out-Quote von über 92% lässt viele Meinungen außen vor und kann daher als wichtige Fehlerquelle gelten. Dabei sind Praxen und Allgemeinmediziner überdurchschnittlich häufig herausgefallen. Ihre Ergebnisse sollten daher unter besonderem Vorbehalt gesehen und in zukünftiger Forschung überprüft werden.

Auch die Konstruktion des Fragebogens ist an manchen Stellen kritisch zu bewerten. Die Gewichtung bestimmter Umstände in Item 10a bis 10d, die eine umfassendere Einbeziehung der Kinder krebskranker Patienten erschweren, und die Bewertung der Häufigkeit in Item 11, keine weiteren Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung der betroffenen Kinder zu empfehlen, sind semantisch verwirrend formuliert. Durch die Antwortmöglichkeiten konnte es hier zu doppelten Verneinungen kommen, die sprachlich unsauber sind, und insgesamt eine Bejahung intendieren sollten. Es ist zu bezweifeln, dass dies von allen Befragten so korrekt verstanden worden ist.

Des Weiteren konnten zwar Unterschiede in der Bedarfseinschätzung von Ärzten nach Faktoren wie Geschlecht, Alter, Fachprofession und Klinik- oder Praxistätigkeit festgestellt werden, allerdings lassen sich keine Rückschlüsse auf die ursächlichen Faktoren ziehen. Hier ist weiterer Forschungsbedarf mit größeren, homogenen Gruppen nötig, die Regressionsanalysen zulassen.

Die Interviews mit den Ärzten und Therapeuten können natürlich nur die subjektive Meinung des Einzelnen wiedergeben. Sie können zwar Anhaltspunkte aufgrund der persönlichen Erfahrung der Befragten bieten, jedoch nicht als wissenschaftlich bestätigt gelten.

4.3 Implikationen für die Praxis und weitere Forschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen für den Großraum Hamburg weiteren Bedarf zur Versorgung von minderjährigen Kindern krebskranker Eltern und lassen dafür auch entsprechende Optimierungsansätze erkennen. Darüberhinaus werden Unterschiede in der Bedarfseinschätzung und im Umgang mit den Kindern onkologischer Patienten verschiedener Ärztegruppen aufgedeckt. Diese können helfen, zukünftig gezielt die Versorgung der Kinder

individuell in jeder Ärztgruppe zu verbessern. Eine effizientere und breitere Versorgung kann mehr Familien helfen, die Krebserkrankung besser zu verarbeiten und Probleme bei Kindern präventiv zu verhindern. Auch lassen sich Erkenntnisse über die ärztliche Wahrnehmung der Versorgungssituation von Kindern krebserkrankter Eltern gewinnen, die bei zukünftigen Bedarfsanalysen berücksichtigt werden können.

4.3.1 Optimierungsansätze

Ziel der Arbeit war es, sowohl den Bedarf zur Versorgung der Kinder krebserkrankter Eltern im Großraum Hamburg zu analysieren als auch konkrete Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Aus der quantitativen Datenanalyse und den qualitativen Ergebnissen der Interviews mit Ärzten und Therapeuten lassen sich dabei drei übergeordnete Ziele formulieren:

1. **Schulung und Sensibilisierung:** Ärzte sollten die minderjährigen Kinder ihrer onkologischen Patienten vermehrt als Angehörige in die Behandlung miteinbeziehen.
2. **Vernetzung:** Die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen bestehenden Versorgungsangeboten und den onkologischen Ärzten sollte intensiviert werden.
3. **Aufbau:** Insgesamt werden mehr Angebote benötigt.

Aus der quantitativen Befragung der onkologischen Ärzte geht hervor, dass der aktuelle Umgang mit den Kindern der Krebspatienten im Großraum Hamburg nicht zufriedenstellend ist. Dies sehen die Ärzte selber so und wünschen sich bei manchen Fällen professionelle Unterstützung, die ihnen helfen, die Kinder ihrer Krebspatienten besser einzubeziehen. Auch Weiterbildungsangebote zu diesem Thema und v. a. eine generelle Unterstützung durch Fachleute wie Kinderpsychologen finden großen Zuspruch bei den Ärzten. Diese Wünsche sollte man auch bedienen können. Bisher konzentrieren sich die Anstrengungen von Hilfsangeboten hauptsächlich auf die Betreuung betroffener Kinder. Dabei wäre es effektiver, wenn sie auch vermehrt mit den onkologischen Ärzten arbeiten würden. Es hat sich gezeigt, dass manche Ärzte erst durch unseren Fragebogen auf diese Problematik aufmerksam geworden sind. Hier gibt es also großen Nachholbedarf. Im Alltag wird zwar manchmal mit den Patienten besprochen, ob und wie sie die Diagnose ihren Kindern mitteilen sollen, andere Angebote werden aber nur sehr selten erwogen. Hauptsächlicher Grund dafür ist schlichtweg, dass meistens mehr in der Routine nicht vorgesehen ist. Obwohl man es vermuten könnte, ist der Zeitfaktor dabei nicht einmal das Problem. Vielmehr stört die Ärzte ihre mangelnde Ausbildung in diesem Bereich. Dies bestätigt sich darin, dass nur die Wenigsten eine Qualifikation im Bereich der Psychoonkologie vorweisen können. So könnte bereits eine

bessere Aus- und Weiterbildung der onkologischen Ärzte zum Umgang mit minderjährigen Kindern ihrer Krebspatienten deren Einbeziehung und damit ihre Versorgung erheblich verbessern. Dies bestätigte ebenfalls das Gespräch mit einer Therapeutin, die Kinder krebskranker Eltern in Hamburg betreut. Auch die Sensibilität für die Problematik könnte so gerade bei männlichen Ärzten und in der Urologie gesteigert werden. Ärztliche Hilfen würden auch alle bedürftigen Kinder erreichen und blieben nicht nur einigen, wenigen vorbehalten, wie es bei den externen Betreuungsangeboten der Fall ist. Schwerpunktmäßig sollte man sich dabei besonders auf Ärztegruppen mit großen Fallzahlen konzentrieren, also Klinikärzte, Urologen, Gynäkologen und eher jüngere Ärzte. Auch können nun durch die herausgefundenen Unterschiede in der Bedarfseinschätzung und der aktuellen Versorgungslage der Kinder je nach Ärztegruppe individualisierte Verbesserungsmaßnahmen verfolgt werden.

So sollten besonders Urologen dazu angehalten werden, häufiger in der Anamnese nach minderjährigen Kindern zu fragen, mit ihren onkologischen Patienten zu besprechen, ob und wie sie die Diagnose den Kindern mitteilen können, und ein Arztgespräch mit oder sogar nur für die Kinder anzubieten. Ebenso sollten sie zur Empfehlung weiterführender Maßnahmen zur Versorgung der Kinder motiviert werden. Hier hat die Urologie im Vergleich zu den anderen Fachprofessionen den größten Nachholbedarf. Gynäkologen müssten auch vermehrt Gespräche mit oder nur für die Kinder ihrer Krebspatienten anbieten, tun sie dies doch seltener als Allgemeinmediziner. Allerdings sehen sie vermehrt Hinderungsgründe darin, dass solche Gespräche in der Routine nicht vorgesehen sind, keine Zeit dafür zur Verfügung steht, sich nicht der richtige Moment finden lässt oder eher stationär bzw. ambulant stattfinden sollten. Unter diesen Umständen erscheint eine Betreuung betroffener Kinder gynäkologischer Patienten in externen Beratungsangeboten sinnvoller. Durch Weiterbildungsangebote sollten Gynäkologen daher ermutigt werden, ihren onkologischen Patienten weitere Anlaufstellen zur Versorgung der Kinder zu empfehlen. Diese sollten sich auch nicht nur auf den Psychoonkologen beschränken, sondern konkrete Hilfsangebote für Kinder beinhalten. Niedergelassene Ärzte müssten verstärkt ihre Qualifikation im Bereich Psychoonkologie weiter ausbauen, um hier annähernd das Klinikniveau zu erreichen. Jüngere Ärzte sollten unterstützt werden, eine angemessene Einbeziehung der Kinder auszugestalten, und besser für Gespräche mit und über Kinder krebskranker Patienten ausgebildet werden. Insgesamt kann so durch eine breite Schulung und Sensibilisierung der onkologischen Ärzte bereits viel erreicht und die Versorgungslage der betroffenen Kinder erheblich verbessert werden.

Alleinige Anstrengungen zur besseren Einbeziehung der Kinder durch die Ärzte reichen aber nicht aus. In schwierigeren Fällen und wenn Ärzte eine angemessene Einbeziehung nicht leisten können oder wollen, sind professionelle Versorgungsangebote unverzichtbar. Die Gynäkologen sehen beispielsweise mehr Probleme im Zeitaufwand und darin, den richtigen Moment zu finden, als die Allgemeinmediziner oder Internisten. Auch möchten sie die Versorgung der Kinder lieber abgeben; so wünschen an der Klinik tätige Gynäkologen eher eine ambulante Versorgung und niedergelassene bevorzugen eher eine stationäre Betreuung als Allgemeinmediziner oder Internisten. Ebenso zeigen die qualitativen Ergebnisse der Ärztebefragungen, dass einige sich lieber auf ihre medizinische Aufgabe konzentrieren wollen und sich für die Versorgung der Kinder nicht primär zuständig sehen oder gar die Patienten den Kontakt zwischen Arzt und Kind vermeiden wollen. Durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versorgungsangeboten mit regelmäßigem Austausch können auch in diesen Fällen die Kinder besser versorgt werden. Dieser Wunsch wurde in den Interviews sowohl von den Ärzten als auch von den Therapeuten geäußert. Versorgungsangebote für Kinder krebskranker Eltern sollten also insgesamt engmaschig mit der medizinischen Therapie der Erkrankung vernetzt werden. Die positiven Resultate einer solch engen Zusammenarbeit konnten bereits gezeigt werden (Romer et al., 2007). Eine Neuorientierung der klassischen Familientherapie zur bestmöglichen Integration in die medizinische Versorgung erscheint daher äußerst vielversprechend. Erfahrungen mit dem auf Kindern krebskranker Eltern spezialisiertem COSIP-Programm von Romer et al. (2007) können hierbei als innovativer Ansatz genutzt werden.

Aus allen vorliegenden Daten lässt sich die Notwendigkeit für weitere, strukturierte Hilfsangebote für Kinder krebskranker Eltern im Großraum Hamburg erkennen. Durch zunehmende Sensibilisierung der Ärzte und dem Trend, dass die reproduktive Lebensphase sich in ein immer höheres Alter verschiebt, sind zukünftig weitere Versorgungsangebote notwendig, um dem Bedarf gerecht zu werden. Dabei macht es Sinn, auch die Erfahrungen von bisher etablierten Versorgungsangeboten zu nutzen. So sollte neben weiteren Familientherapien auch über Kombinationen mit Jugendgruppentherapien nachgedacht werden, die von den Jugendlichen selbst favorisiert werden (Davey et al., 2005). Außer an Kliniken sollten zukünftig auch an onkologische Schwerpunktpraxen entsprechende Versorgungsangebote geschaffen werden.

4.3.2 Weiterführende Forschung

Zukünftige Forschungen dieser Art sollten die gewonnenen Ergebnisse und Unterschiede in der ärztlichen Auffassung bestätigen. Dafür sind ähnliche Befragungen von onkologischen Ärzten mittels Fragebögen nötig, die allerdings ein größeres Einzugsgebiet abdecken sollten und daher höhere Teilnehmerzahlen aufweisen können. Auch durch zunehmende Sensibilisierung und Motivierung der Ärzte sollte auf eine Verringerung der hohen Drop-out-Quote abgezielt werden und somit die Genauigkeit der Studien erhöht werden. Außerdem sollten in homogenen Ärztegruppen mittels Regressionsanalysen die ursächlichen Faktoren, die für die Unterschiede tatsächlich verantwortlich gemacht werden können, herausgefunden werden.

Zusätzlich wäre es wünschenswert, modellhafte Versorgungs- und Fortbildungsangebote, die sich gezielt der Thematik „Kinder als Angehörige in der Krebsmedizin“ richten, zu etablieren und durch Evaluationsstudien zu begleiten, um Veränderungen z. B. in der Sensibilität der Behandler für familien- und elternbezogene Fragen und im kompetenten Umgang damit empirisch nachzuweisen.

5. Zusammenfassung - Abstract

In Zukunft werden sowohl die Neuerkrankungsraten als auch das Durchschnittsalter für die reproduktive Lebensphase weiter ansteigen. Daher muss mit immer mehr minderjährigen Kindern gerechnet werden, die von einer elterlichen Krebserkrankung betroffen sind. Diese Kinder haben ein hohes Risiko, psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der elterlichen Erkrankung zu entwickeln. Strukturierte Versorgungsangebote speziell für Kinder krebskranker Eltern können präventiv helfen, das Auftreten solcher Probleme zu verhindern. Bisher gibt es in Hamburg nur drei solcher Hilfsangebote.

Durch Befragung von 131 Ärzten, verteilt auf 112 Praxen und 19 Kliniken, an onkologischen Schnittstellen im Großraum Hamburg sollten quantitativ der Versorgungsbedarf von Kindern krebskranker Eltern und Verbesserungsmöglichkeiten ermittelt werden. Dabei sollten Unterschiede nach Geschlecht, Alter (bis 50 und älter als 50 Jahre), Fachprofession (Allgemein-, Innere Medizin, Gynäkologie und Urologie) und Klinik- oder Praxistätigkeit des Arztes herausgearbeitet werden. Qualitative Bedarfseinschätzungen und Optimierungsmöglichkeiten von zwei onkologischen Ärzten und zwei Psychotherapeuten, die mit Kindern krebskranker Eltern arbeiten, sollten zusätzliche Anhaltspunkte liefern.

Sowohl die quantitative als auch die qualitative Datenanalyse lassen Bedarf zur Versorgung von Kindern krebskranker Eltern in Hamburg erkennen und verlangen eine Verbesserung der aktuellen Versorgungslage. Dabei sehen Ärztinnen mehr Bedarf als Ärzte, Urologen weniger als andere Fachprofessionen, Allgemeinmediziner mehr als Gynäkologen, Klinikärzte tendenziell auch mehr als niedergelassene Ärzte und jüngere Ärzte (bis 50 Jahre) mehr als ältere Ärzte. Eine Verbesserung kann durch drei übergeordnete Ziele erreicht werden: Insgesamt werden mehr Versorgungsangebote benötigt (Aufbau), die Ärzte sollten die Kinder ihrer onkologischen Patienten vermehrt als Angehörige miteinbeziehen (Schulung & Sensibilisierung) und die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hilfsangeboten und den onkologischen Ärzten sollte intensiviert werden (Vernetzung). Weiterbildungsangebote und Unterstützung durch Fachleute werden hierbei von den Ärzten ausdrücklich gewünscht.

Die gewonnenen Erkenntnisse über Unterschiede in der ärztlichen Wahrnehmung können helfen, in jeder Ärztesgruppe individualisierte Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von betroffenen Kindern zu ergreifen.

The general increase in cancer rates and the rising mean age of reproduction will continue to confront even more children and adolescents with a parent suffering from cancer in future. These children are at a high risk of developing psychological or behavioral problems due to the decidedly stressful situation. Well-designed care programs can help to prevent children from having serious problems. However, today there are still only three such programs in the Hamburg area.

The quantitative evaluation of demand for professional care for these children and adolescents and specific ways of improving today's situation were investigated by questioning 131 physicians in 112 surgeries and 19 clinics, all participating in the treatment of cancer in Hamburg and the surrounding areas. Differences in sex, age (under 51 or older), profession (general medicine, internal medicine, gynecology and urology) and clinical or surgery were taken into account. Additional qualitative evaluation of the needs and kinds of improvement was obtained by interviewing two oncological physicians and two psychotherapists working with the children of cancer patients.

Both the quantitative and the qualitative data analysis clearly underscore the necessity for professional support for children and adolescents of parents with cancer who are living in Hamburg, and urge an improvement in today's childcare program. Female physicians concluded there was a greater need than males, urologists thought there was less need than other medical specialists, general practitioners more than gynecologists, hospital doctors by and large more than doctors in surgery and younger physicians (under 51) more than older ones. All in all, three main aims for improvement can be identified: overall, more care programs are required (setting up), physicians should be encouraged to increase the involvement of their cancer patients' children (instruction and raising awareness) and the cooperation and communication between aid programs and oncological physicians should be enhanced (cooperation). Therefore, physicians are keen on further education offers, in-service training and assistance from experts.

The findings show differences in the various medical groups' perceptions. This could help to offer individual measures for every group to improve the overall care of children and adolescents of parents with cancer in a much more effective way.

6. Anhang

Fragebogen zur Versorgungslage von Kindern krebskranker Eltern

Name der Praxis / Fachrichtung (ggfs. Stempel):	Angaben zu Ihrer Person			
	Alter in Jahren	Fachprofession	Berufserfahrung in Jahren	Funktion

Wir bitten Sie, folgende Fragen kurz zu beantworten. Wenn Sie keine genauen Daten zur Hand haben, wären wir Ihnen für eine ungefähre Schätzung der Angaben sehr dankbar!

(Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer beide Geschlechter.)

1. Wie viele erwachsene Patienten mit Krebserkrankungen behandeln Sie ca. in Ihrer Praxis pro Jahr?						
Genauere Zahl: _____ oder	<input type="checkbox"/> 0-20	<input type="checkbox"/> 21-50	<input type="checkbox"/> 51-100	<input type="checkbox"/> 101-200	<input type="checkbox"/> 201-300	<input type="checkbox"/> >300
2. Wie viele dieser Patienten sind schätzungsweise in der Altersgruppe von 18-55 Jahren?					ca. ____%	
3. Wie viele dieser Patienten haben minderjährige Kinder (0-18 Jahre)?					ca. ____%	
4. Wird in Ihrer Praxis bei der Anamneseerhebung nach dem Vorhandensein von minderjährigen Kindern gefragt?		immer <input type="checkbox"/>	meistens <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
5. Zeigen nach Ihrer Einschätzung manche der minderjährigen Kinder Ihrer onkologischen Patienten Probleme im Zusammenhang mit der Krebserkrankung der Eltern?						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → bei ca. ____% der Familien		<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar, weil _____			
6. Besteht nach Ihrer Einschätzung Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung eines Elternteils durch die Kinder?						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → bei ca. ____% der Familien		<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar, weil _____			
7. Wie ist die Situation in Ihrer Praxis hinsichtlich des Umgangs mit den minderjährigen Kindern Ihrer onkologischen Patienten?			immer	meistens	manchmal	nie
a) Wir besprechen im Rahmen unserer ärztlichen Aufklärungsgespräche mit unseren Patienten, ob und wie sie ihren minderjährigen Kindern die Diagnose mitteilen.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wir bieten den onkologischen Patienten an, dass die minderjährigen Kinder beim Aufklärungsgespräch oder einem späteren Arztgespräch dabei sein können.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wir bieten ein separates Aufklärungsgespräch nur für die minderjährigen Kinder an.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wir hätten gerne professionelle Unterstützung (z. B. Facharztfortbildungen, usw.) für die Ausgestaltung einer angemessenen Einbeziehung von minderjährigen Kindern onkologischer Patienten in Arztgespräche und pflegerische Betreuung.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie viele Ihrer onkologischen Patienten fragen von sich aus nach psychonkologischer Hilfe / Unterstützung für sich selbst?					ca. ____%	

9. Wie viele Ihrer onkologischen Patienten fragen von sich aus nach Hilfe / Unterstützung für ihre minderjährigen Kinder?		ca. ____%					
10. Welche Faktoren erschweren es Ihnen oder Ihren Mitarbeitern, mit Ihren onkologischen Patienten über die Situation der minderjährigen Kinder zu sprechen bzw. diese einzubeziehen?		immer	meistens	manchmal	nie		
a) Gespräche mit den / über die minderjährigen Kinder sind in unserer Routine (bisher) nicht vorgesehen .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Wir haben keine Zeit für solche Gespräche.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Es findet sich im Klinikalltag nicht der richtige Moment dafür.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Die Mitarbeiter sind für solche Gespräche nicht ausgebildet .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Solche Gespräche sollten eher im Rahmen stationärer Versorgung stattfinden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Welche weitergehenden Maßnahmen / Anlaufstellen empfehlen Sie bzw. Ihre Mitarbeiter Ihren onkologischen Patienten zur Versorgung der minderjährigen Kinder?							
	häufig	selten	nie		häufig	selten	nie
Keine weiteren Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beratung durch eigene Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderpsychologe/ -psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatungsstelle / Familientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychoonkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfarrer / Seelsorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, bitte beschreiben:							
Falls Sie immer eine konkrete Anlaufstelle empfehlen, die z.B. eine Beratung für Kinder krebskranker Eltern anbietet, bitte Namen und Adresse angeben:							
12. Verfügen Sie oder Ihre Mitarbeiter über eine Qualifikation im Bereich Psychoonkologie ?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→ Wenn ja, welche? _____			Bei ____ von ____ Mitarbeitern.		
13. Wünschen Sie sich Weiterbildungsangebote , wie Sie mit den minderjährigen Kindern Ihrer onkologischen Patienten umgehen können?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→ Wenn ja, welche Art von Weiterbildung? _____					
14. Hätten Sie gerne mehr Unterstützung durch Fachleute (z. B. Kinderpsychologen)?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→ Wenn ja, welche Art von Unterstützung? _____					

Anmerkungen / Kommentare: _____

	Alle	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie	Sonstige
Anzahl der Angeschriebenen	1760	159	1601	780	220	218	74	468
Anzahl der Antworten	154	21	133	38	38	21	9	43
Rücklaufquote	8,8%	13,2%	8,3%	4,9%	17,3%	9,6%	12,2%	9,2%
Anzahl der Ausschlüsse	23	2	21	2	4	1	0	16
Ausschlussquote	14,9%	9,5%	15,8%	5,3%	10,5%	4,8%	0,0%	37,2%
Anzahl der Teilnehmer	131	19	112	36	34	20	9	27
Anzahl der Drop-outs	1629	140	1489	744	186	198	65	441
Drop-out-Quote	92,6%	88,1%	93,0%	95,4%	84,5%	90,8%	87,8%	94,2%

Anhang 2: Rücklauf-, Ausschluss- und Drop-out-Quote

	Anzahl n	in Prozent
Frauen	48	36,6%
Männer	64	48,9%
Kliniken	19	14,5%
Praxen	112	85,5%
Alter der Ärzte ≤50	70	53,4%
Alter der Ärzte >50	53	40,5%
Allgemeinmedizin	36	27,5%
davon Männer	14	38,9%
davon Frauen	15	41,7%
Innere Medizin	34	26,0%
davon Männer	17	50,0%
davon Frauen	13	38,2%
Gynäkologie	20	15,3%
davon Männer	6	30,0%
davon Frauen	11	55,0%
Urologie	9	6,9%
davon Männer	7	77,8%
davon Frauen	1	11,1%
Berufserfahrung:		
6-10 Jahre	7	5,3%
11-20 Jahre	53	40,5%
>20 Jahre	71	54,2%
Funktion:		
Inhaber / Direktor	92	70,2%
Oberarzt	4	3,1%
Chefarzt	6	4,6%

Anhang 3: Teilnehmerbeschreibung der Fragebogenerhebung

	Alle	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
0-20	29 22,1%	12 25,0%	14 21,9%	14 20,0%	13 24,5%	8 0,0%	29 25,9%
21-50	31 23,7%	12 25,0%	12 18,8%	11 22,9%	12 22,6%	10 30,5%	29 25,9%
51-100	28 21,4%	9 18,8%	14 21,9%	17 24,3%	11 20,8%	4 21,1%	24 21,4%
101-200	18 13,7%	8 16,7%	8 12,5%	8 11,4%	8 13,1%	2 10,5%	14 14,3%
201-300	5 3,8%	1 2,3%	4 6,3%	3 4,3%	3 3,8%	0 0,0%	2 2,7%
>300	20 15,3%	6 12,5%	12 18,8%	12 17,1%	7 13,2%	9 47,4%	11 9,8%

Anhang 4: Anzahl jeweils betreuter erwachsener Krebspatienten pro Jahr

	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alter der Ärzte ≤50	Alter der Ärzte >50	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
immer	58	35	16	30	23	6	52	16	16	13	2
	44,3%	72,9%	25,0%	42,9%	43,4%	31,6%	46,4%	44,4%	47,1%	65,0%	22,2%
meistens	35	6	22	20	13	9	26	10	10	4	1
	26,7%	12,5%	34,4%	28,6%	24,5%	47,4%	23,2%	27,8%	29,4%	20,0%	11,1%
manchmal	29	6	19	13	15	3	26	7	6	3	4
	22,1%	12,5%	29,7%	18,6%	28,3%	15,8%	23,2%	19,4%	17,6%	15,0%	44,4%
nie	9	1	7	7	2	1	8	3	2	0	2
	6,9%	2,1%	10,9%	10,0%	3,8%	5,3%	7,1%	8,3%	5,9%	0,0%	22,2%

Anhang 5: Anamnese nach minderjährigen Kindern

	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alter der Ärzte ≤50	Alter der Ärzte >50	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
ja	53	28	21	29	22	8	45	22	13	7	0
	40,5%	58,3%	32,8%	41,4%	41,5%	42,1%	40,2%	61,1%	38,2%	35,0%	0,0%
nein	7	0	5	2	4	0	7	3	2	1	0
	5,3%	0,0%	7,8%	2,9%	7,5%	0,0%	6,3%	8,3%	5,9%	5,0%	0,0%
nicht beurteilbar	68	20	36	39	24	11	57	11	18	11	9
	51,9%	41,7%	56,3%	55,7%	45,3%	57,9%	50,9%	30,6%	52,9%	55,0%	100,0%

Anhang 6: Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Problemen bei Kindern krebskranker Eltern

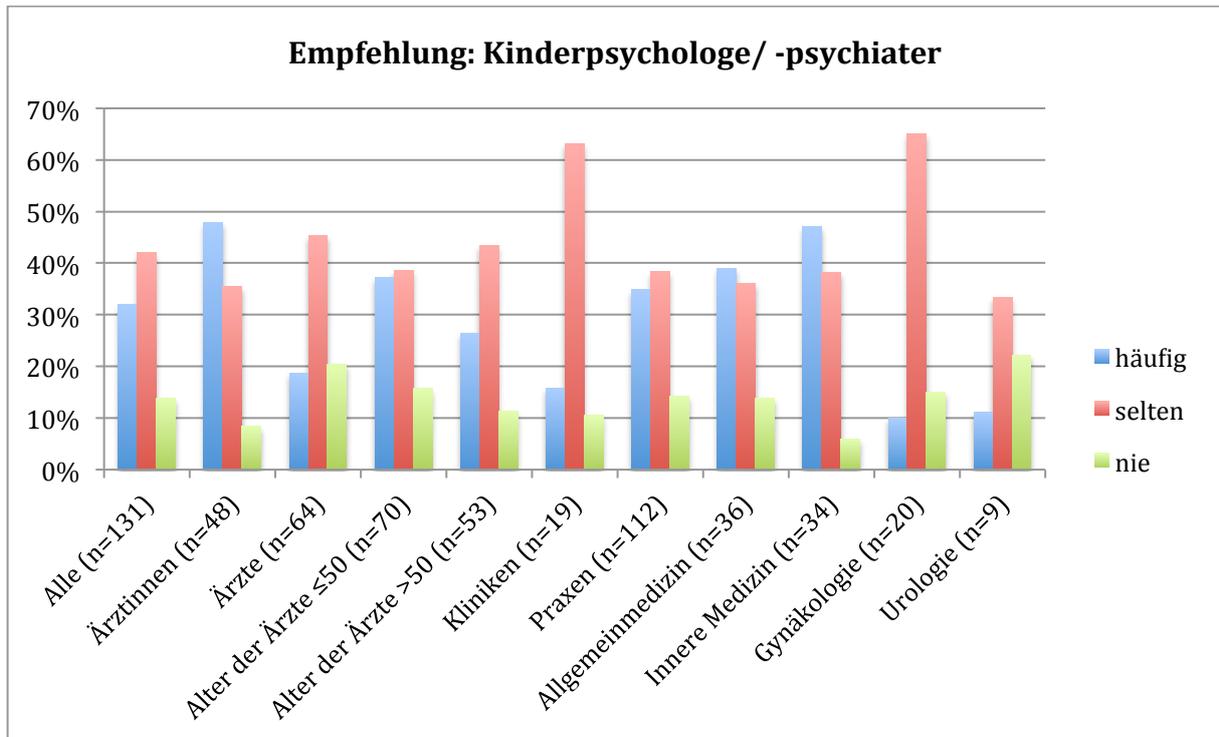
	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alter der Ärzte ≤50	Alter der Ärzte >50	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
ja	89	39	38	49	35	12	77	30	20	13	4
	67,9%	81,3%	59,4%	70,0%	66,0%	63,2%	68,8%	83,3%	58,8%	65,0%	44,4%
nein	6	0	5	1	4	1	5	2	1	0	0
	4,6%	0,0%	7,8%	1,4%	7,5%	5,3%	4,5%	5,6%	2,9%	0,0%	0,0%
nicht beurteilbar	34	8	20	19	13	6	28	4	13	6	4
	26,0%	16,7%	31,3%	27,1%	24,5%	31,6%	25,0%	11,1%	38,2%	30,0%	44,4%

Anhang 7: Ärztliche Einschätzungen über das Vorhandensein von Beratungsbedarf bei betroffenen Familien

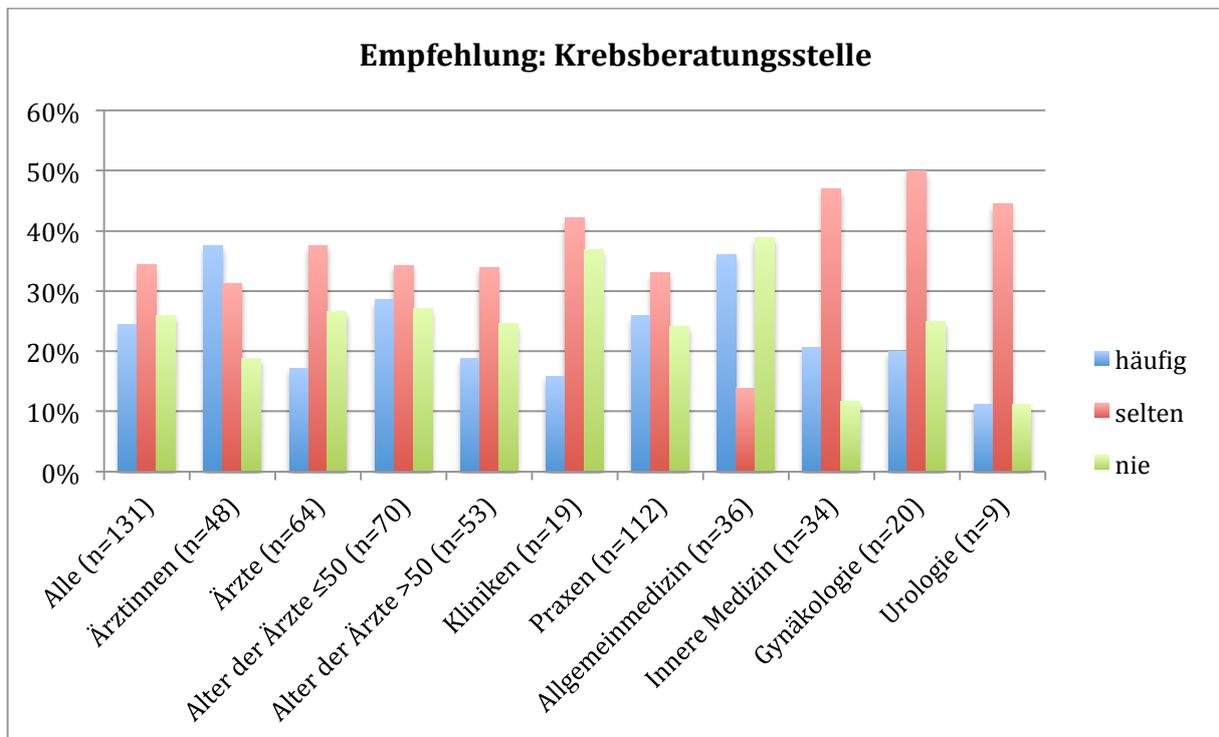
Anhang 8: Umgang mit minderjährigen Kindern der Krebspatienten

Kategorie	Subkategorie	Skala 1-10									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kategorie 1	Subkategorie 1.1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kategorie 2	Subkategorie 2.1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

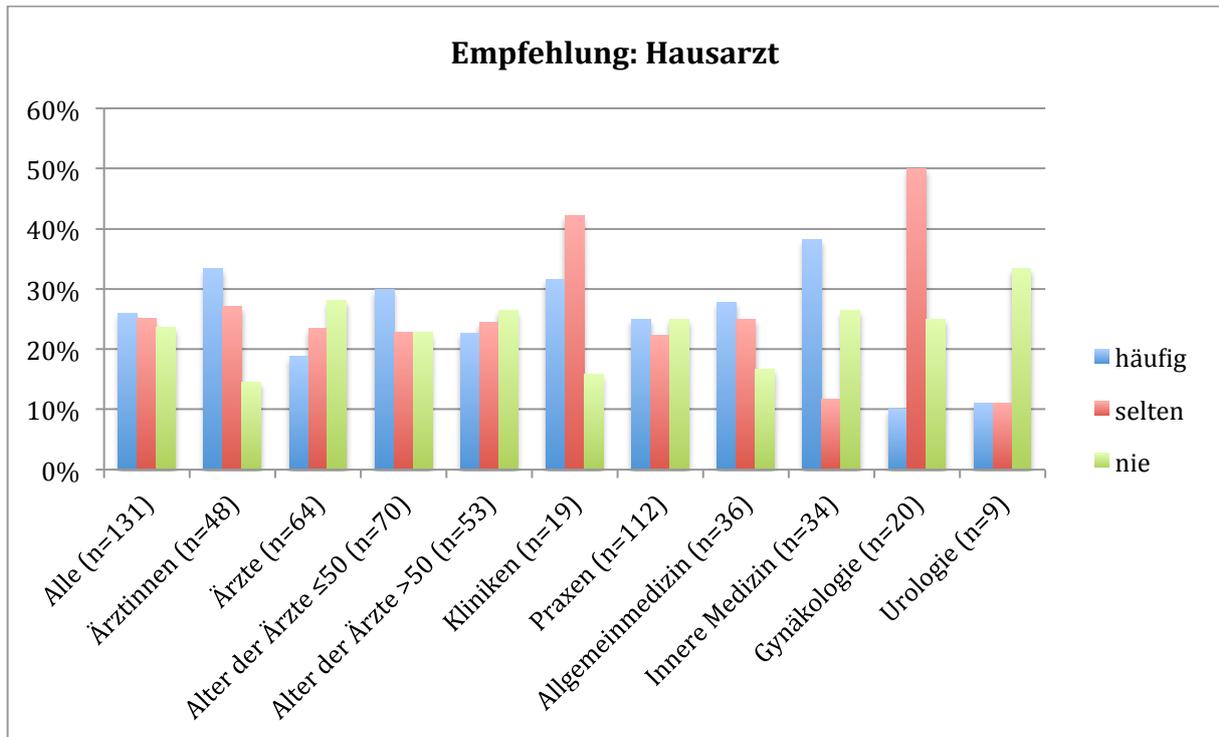
Anhang 9: Erschwerende Faktoren für Gespräche mit/über betroffene Kinder



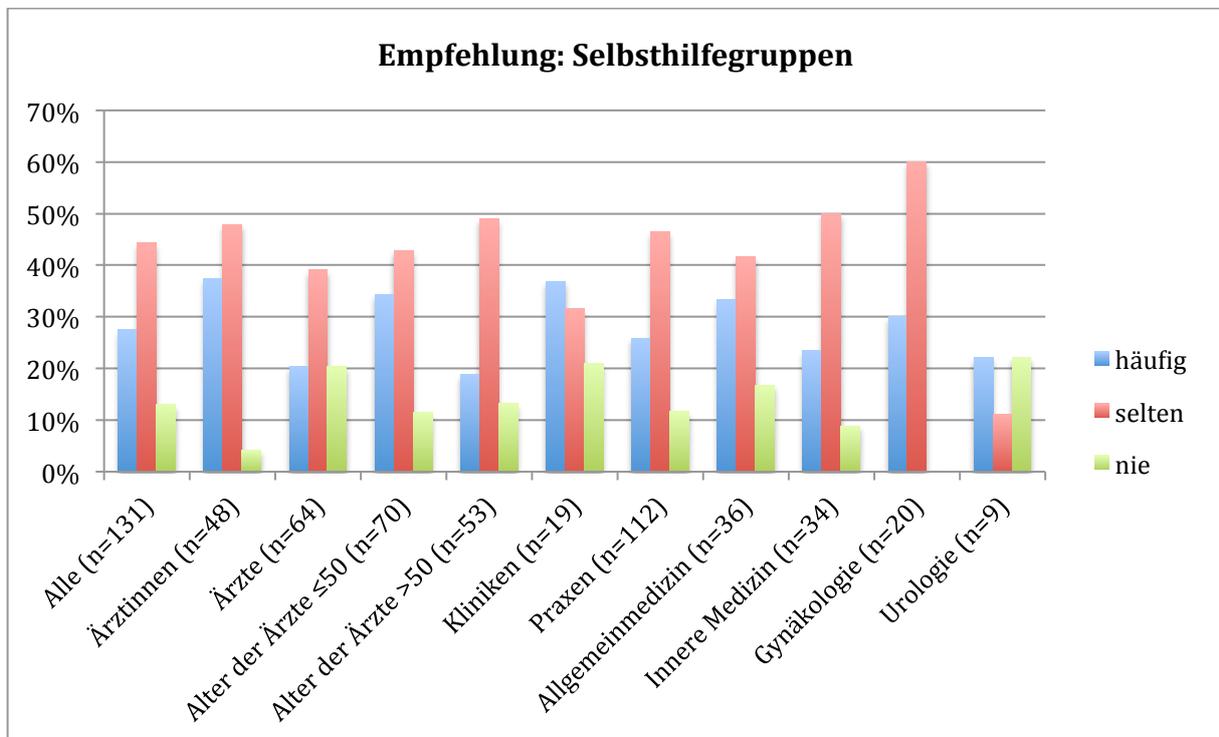
Anhang 11: Empfehlung von Kinderpsychologen als weiterführende Maßnahme



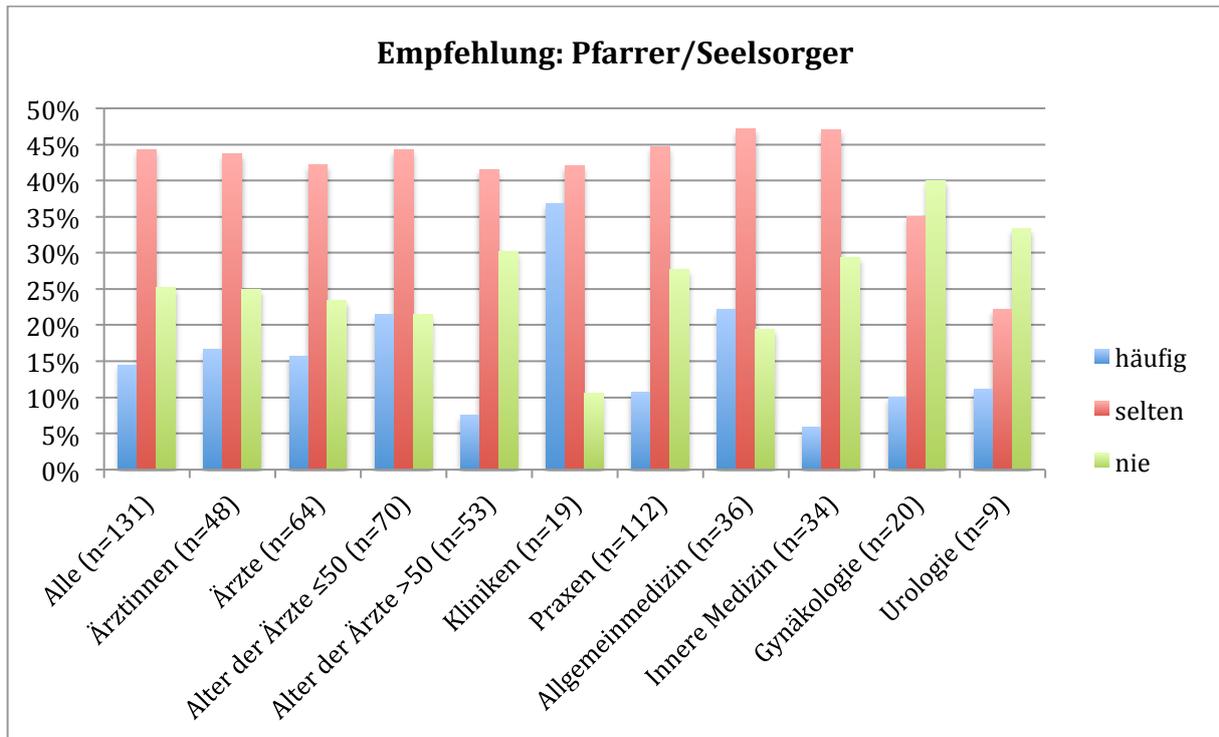
Anhang 12: Empfehlung der Krebsberatungsstelle als weiterführende Maßnahme



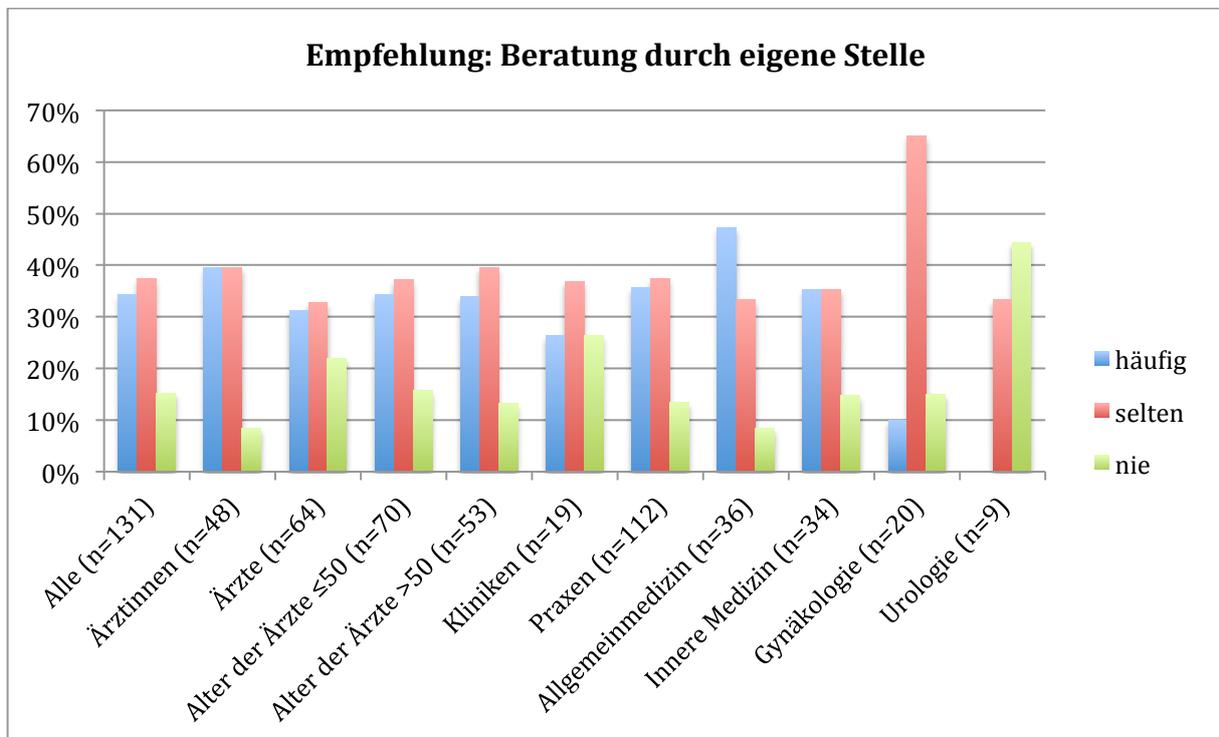
Anhang 13: Empfehlung von Hausärzten als weiterführende Maßnahme



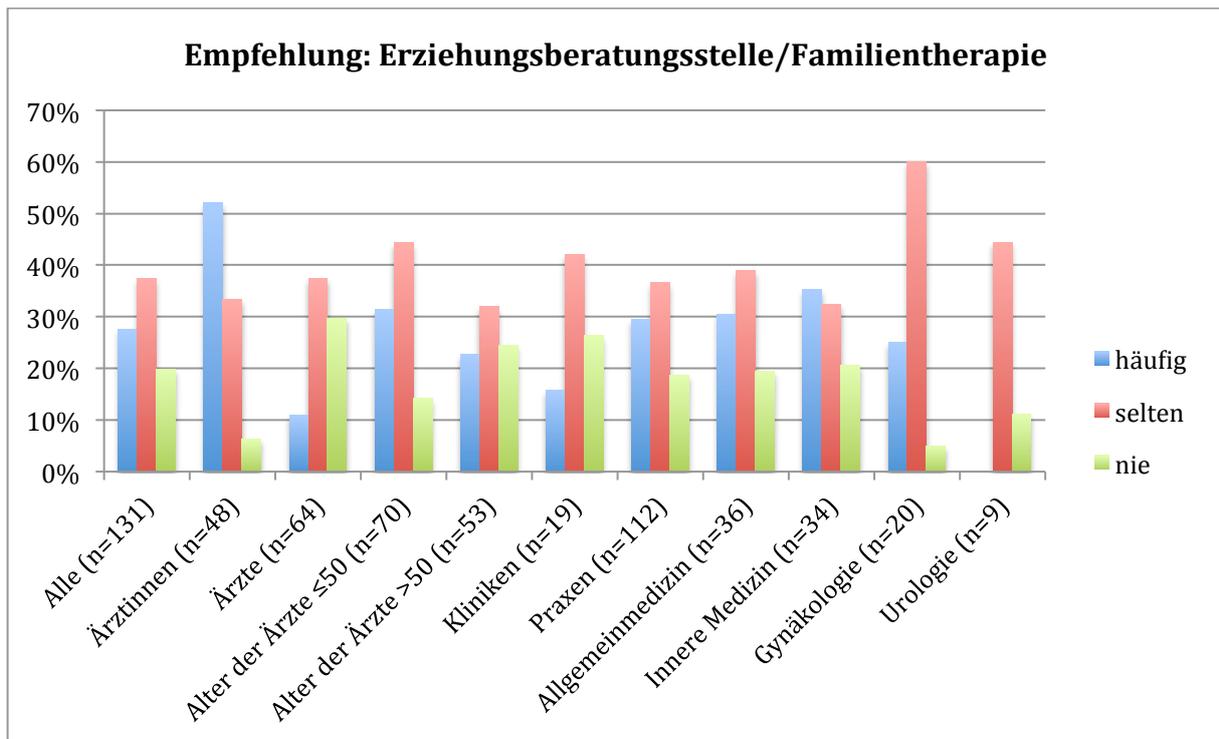
Anhang 14: Empfehlung von Selbsthilfegruppen als weiterführende Maßnahme



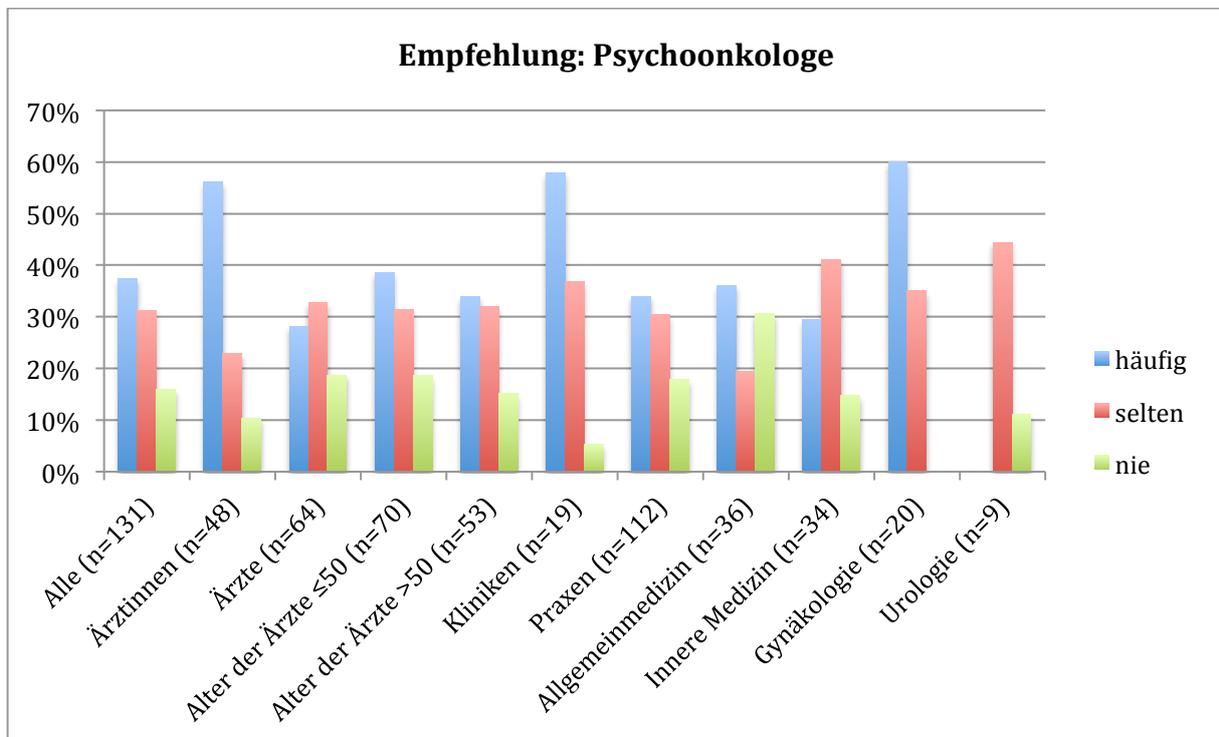
Anhang 15: Empfehlung von Pfarrern/Seelsorgern als weiterführende Maßnahme



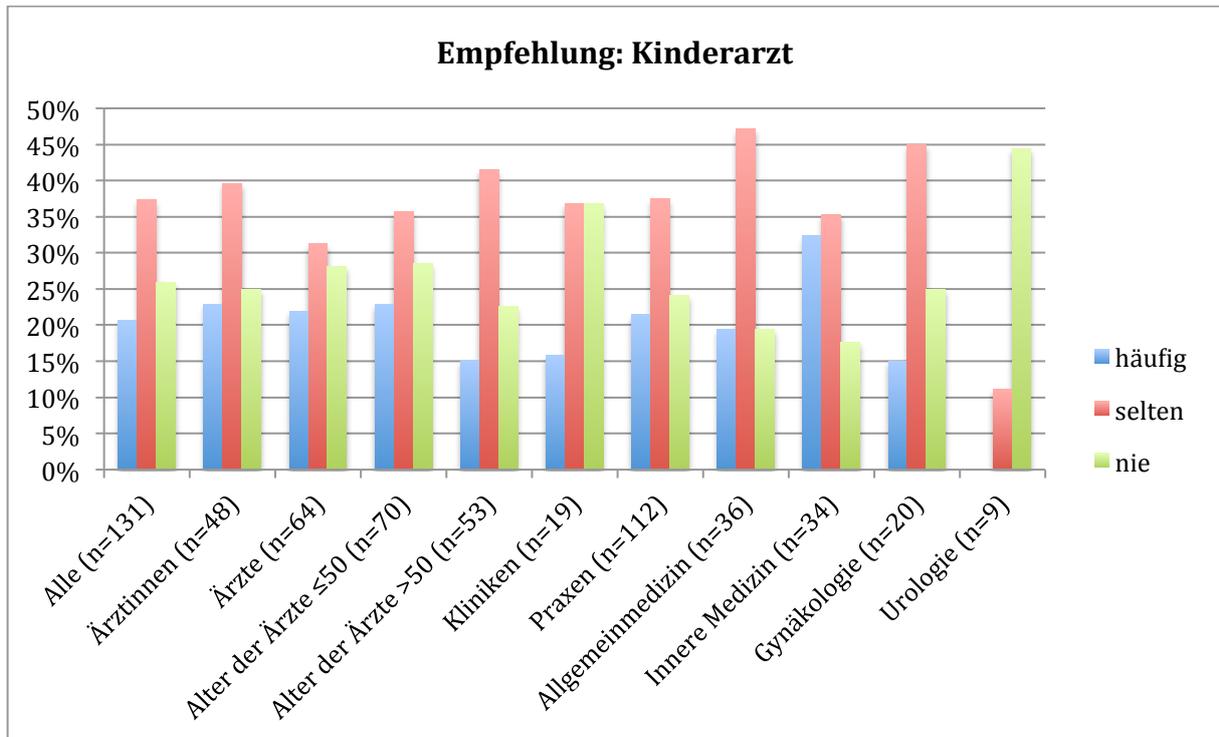
Anhang 16: Empfehlung von der Beratung durch die eigene Stelle als weiterführende Maßnahme



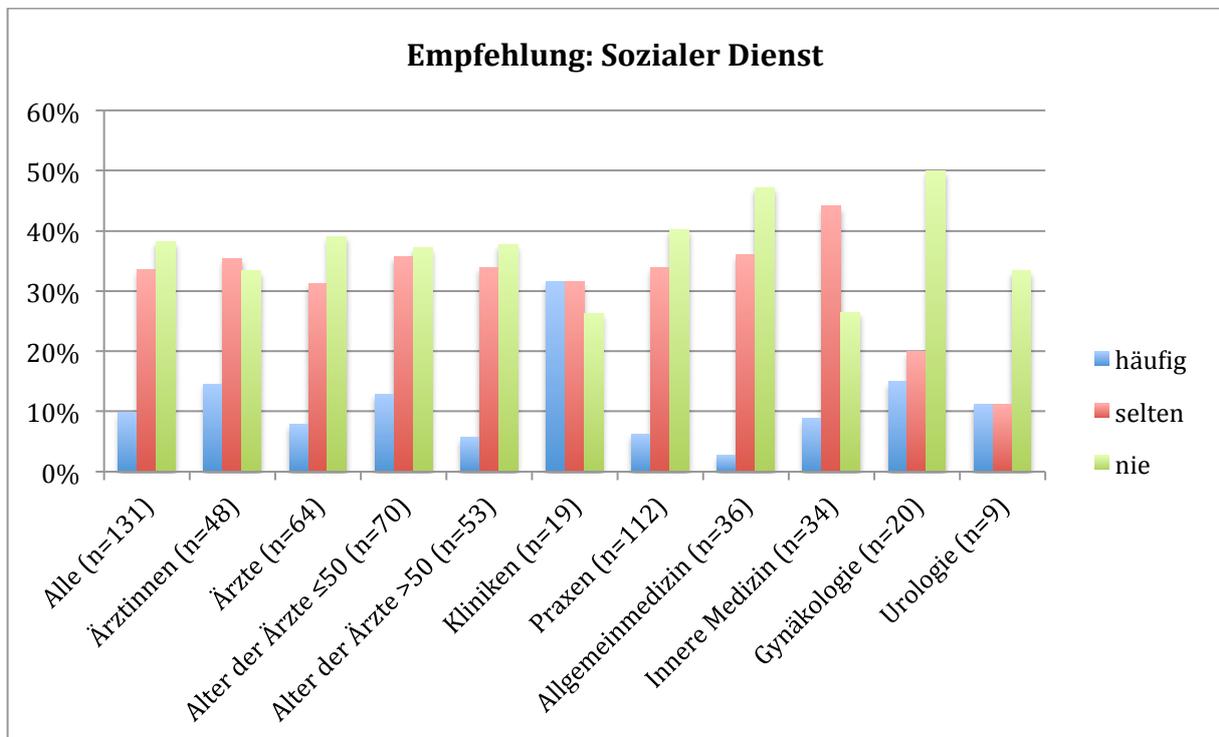
Anhang 17: Empfehlung von Erziehungsberatungsstellen/Familientherapien als weiterführende Maßnahme



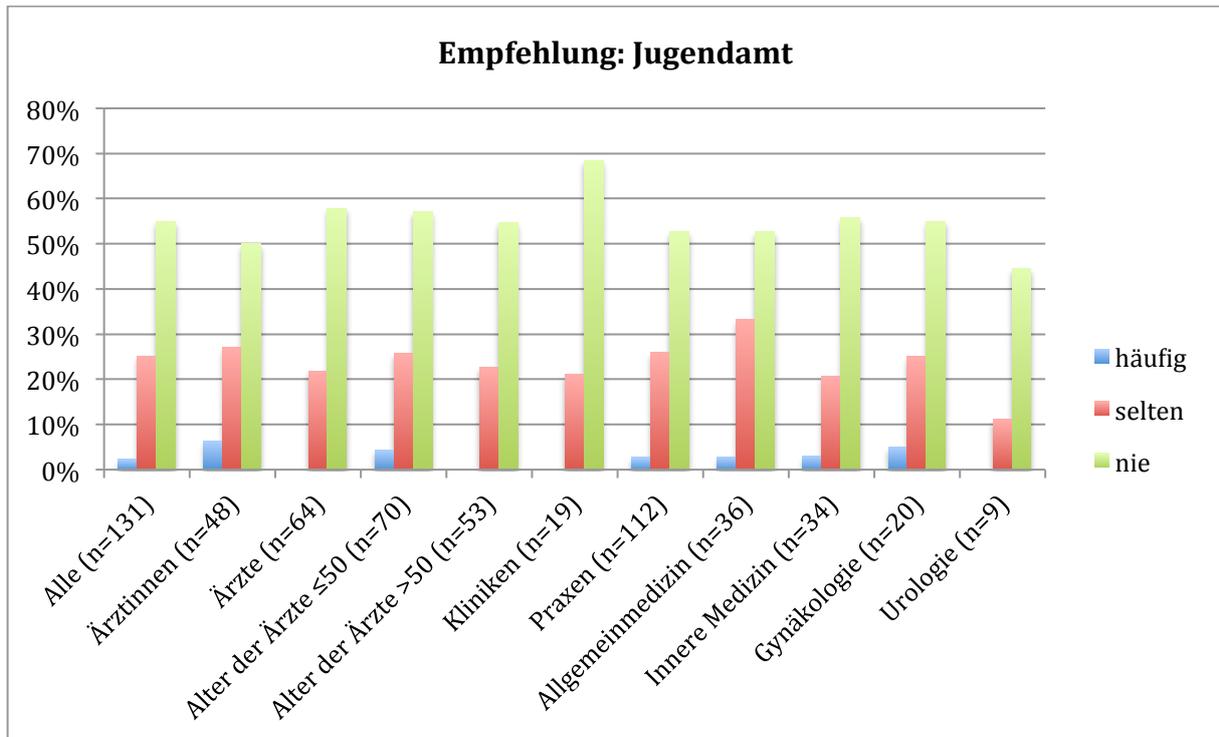
Anhang 18: Empfehlung von Psychoonkologen als weiterführende Maßnahme



Anhang 19: Empfehlung von Kinderärzten als weiterführende Maßnahme



Anhang 20: Empfehlung des Sozialen Dienstes als weiterführende Maßnahme



Anhang 21: Empfehlung des Jugendamts als weiterführende Maßnahme

	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alter der Ärzte ≤50	Alter der Ärzte >50	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
ja	22 16,8%	7 14,6%	15 23,4%	9 12,9%	12 22,6%	9 47,4%	13 11,6%	1 2,8%	4 11,8%	7 35,0%	1 11,1%
nein	108 82,4%	41 85,4%	48 75,0%	61 87,1%	40 75,5%	10 52,6%	98 87,5%	35 97,2%	29 85,3%	13 65,0%	8 88,9%

Anhang 22: Qualifikation im Bereich Psychoonkologie bei Ärzten oder Mitarbeitern

	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alter der Ärzte ≤50	Alter der Ärzte >50	Kliniken	Praxen	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gynäkologie	Urologie
a) Wunsch nach Weiterbildung											
ja	66 50,4%	33 68,8%	26 40,6%	39 55,7%	21 41,4%	7 36,8%	59 52,7%	20 55,6%	14 41,2%	13 65,0%	8 88,9%
nein	59 45,0%	12 25,0%	37 57,8%	20 42,9%	30 47,7%	9 47,4%	50 44,6%	14 38,9%	20 58,8%	5 25,0%	5 55,6%
b) Wunsch nach Unterstützung											
ja	85 64,9%	35 72,9%	38 58,4%	50 71,4%	30 56,6%	14 73,7%	73 63,8%	22 61,1%	22 64,7%	13 65,0%	4 44,4%
nein	40 30,5%	10 20,8%	25 39,1%	19 27,1%	18 34,0%	4 21,1%	36 32,1%	12 33,3%	11 32,4%	4 20,0%	5 55,6%

Anhang 23: Wunsch nach Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten

Beschreibung	Männlich	Weiblich
1. Gesamtbevölkerung	1.000.000	1.000.000
2. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren	150.000	150.000
3. Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren	400.000	400.000
4. Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter	450.000	450.000
5. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich		150.000
6. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, männlich	150.000	
7. Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren, weiblich		400.000
8. Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren, männlich	400.000	
9. Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter, weiblich		450.000
10. Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter, männlich	450.000	
11. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, unter 5 Jahren		50.000
12. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 5 bis 14 Jahre		100.000
13. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
14. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
15. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
16. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
17. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
18. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
19. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
20. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
21. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
22. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
23. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
24. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
25. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
26. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
27. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
28. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
29. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
30. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
31. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
32. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
33. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
34. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
35. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
36. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
37. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
38. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
39. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0
40. Bevölkerung im Alter von 0 bis 14 Jahren, weiblich, 15 bis 14 Jahre		0

Anhang 24: Statistiken der Geschlechtergruppen

Frage	Männlich		Weiblich		p-Wert	Signifikanz
	n	Mittelwert	n	Mittelwert		
1. Ich bin ein sehr guter Mensch	10	4,5	10	4,5	1,000	
2. Ich bin ein sehr schlechter Mensch	10	3,5	10	3,5	1,000	
3. Ich bin ein sehr guter Vater	10	4,5	10	4,5	1,000	
4. Ich bin ein sehr schlechter Vater	10	3,5	10	3,5	1,000	
5. Ich bin ein sehr guter Sohn	10	4,5	10	4,5	1,000	
6. Ich bin ein sehr schlechter Sohn	10	3,5	10	3,5	1,000	
7. Ich bin ein sehr guter Bruder	10	4,5	10	4,5	1,000	
8. Ich bin ein sehr schlechter Bruder	10	3,5	10	3,5	1,000	
9. Ich bin ein sehr guter Freund	10	4,5	10	4,5	1,000	
10. Ich bin ein sehr schlechter Freund	10	3,5	10	3,5	1,000	
11. Ich bin ein sehr guter Partner	10	4,5	10	4,5	1,000	
12. Ich bin ein sehr schlechter Partner	10	3,5	10	3,5	1,000	
13. Ich bin ein sehr guter Mensch	10	4,5	10	4,5	1,000	
14. Ich bin ein sehr schlechter Mensch	10	3,5	10	3,5	1,000	
15. Ich bin ein sehr guter Vater	10	4,5	10	4,5	1,000	
16. Ich bin ein sehr schlechter Vater	10	3,5	10	3,5	1,000	
17. Ich bin ein sehr guter Sohn	10	4,5	10	4,5	1,000	
18. Ich bin ein sehr schlechter Sohn	10	3,5	10	3,5	1,000	
19. Ich bin ein sehr guter Bruder	10	4,5	10	4,5	1,000	
20. Ich bin ein sehr schlechter Bruder	10	3,5	10	3,5	1,000	
21. Ich bin ein sehr guter Freund	10	4,5	10	4,5	1,000	
22. Ich bin ein sehr schlechter Freund	10	3,5	10	3,5	1,000	
23. Ich bin ein sehr guter Partner	10	4,5	10	4,5	1,000	
24. Ich bin ein sehr schlechter Partner	10	3,5	10	3,5	1,000	

Anhang 25: T-Tests der Geschlechtergruppen

Urologie	Allgemeinmedizin
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Anhang 27: T-Tests zwischen Urologie und Allgemeinmedizin

Urologie	Innere Medizin
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Anhang 28: T-Tests zwischen Urologie und Innere Medizin

Anhang 32: Statistiken der Kliniken und Praxen	
Statistik	Ergebnis
1. Anzahl der Kliniken und Praxen	...
2. Anzahl der Ärzte	...
3. Anzahl der Krankenschwestern	...
4. Anzahl der Betten	...
5. Anzahl der Operationen	...
6. Anzahl der Geburten	...
7. Anzahl der Todesfälle	...
8. Anzahl der Verlegungen	...
9. Anzahl der Entlassungen	...
10. Anzahl der Sterblichen	...
11. Anzahl der Verstorbenen	...
12. Anzahl der Verstorbenen	...
13. Anzahl der Verstorbenen	...
14. Anzahl der Verstorbenen	...
15. Anzahl der Verstorbenen	...
16. Anzahl der Verstorbenen	...
17. Anzahl der Verstorbenen	...
18. Anzahl der Verstorbenen	...
19. Anzahl der Verstorbenen	...
20. Anzahl der Verstorbenen	...
21. Anzahl der Verstorbenen	...
22. Anzahl der Verstorbenen	...
23. Anzahl der Verstorbenen	...
24. Anzahl der Verstorbenen	...
25. Anzahl der Verstorbenen	...
26. Anzahl der Verstorbenen	...
27. Anzahl der Verstorbenen	...
28. Anzahl der Verstorbenen	...
29. Anzahl der Verstorbenen	...
30. Anzahl der Verstorbenen	...
31. Anzahl der Verstorbenen	...
32. Anzahl der Verstorbenen	...
33. Anzahl der Verstorbenen	...
34. Anzahl der Verstorbenen	...
35. Anzahl der Verstorbenen	...
36. Anzahl der Verstorbenen	...
37. Anzahl der Verstorbenen	...
38. Anzahl der Verstorbenen	...
39. Anzahl der Verstorbenen	...
40. Anzahl der Verstorbenen	...
41. Anzahl der Verstorbenen	...
42. Anzahl der Verstorbenen	...
43. Anzahl der Verstorbenen	...
44. Anzahl der Verstorbenen	...
45. Anzahl der Verstorbenen	...
46. Anzahl der Verstorbenen	...
47. Anzahl der Verstorbenen	...
48. Anzahl der Verstorbenen	...
49. Anzahl der Verstorbenen	...
50. Anzahl der Verstorbenen	...
51. Anzahl der Verstorbenen	...
52. Anzahl der Verstorbenen	...
53. Anzahl der Verstorbenen	...
54. Anzahl der Verstorbenen	...
55. Anzahl der Verstorbenen	...
56. Anzahl der Verstorbenen	...
57. Anzahl der Verstorbenen	...
58. Anzahl der Verstorbenen	...
59. Anzahl der Verstorbenen	...
60. Anzahl der Verstorbenen	...
61. Anzahl der Verstorbenen	...
62. Anzahl der Verstorbenen	...
63. Anzahl der Verstorbenen	...
64. Anzahl der Verstorbenen	...
65. Anzahl der Verstorbenen	...
66. Anzahl der Verstorbenen	...
67. Anzahl der Verstorbenen	...
68. Anzahl der Verstorbenen	...
69. Anzahl der Verstorbenen	...
70. Anzahl der Verstorbenen	...
71. Anzahl der Verstorbenen	...
72. Anzahl der Verstorbenen	...
73. Anzahl der Verstorbenen	...
74. Anzahl der Verstorbenen	...
75. Anzahl der Verstorbenen	...
76. Anzahl der Verstorbenen	...
77. Anzahl der Verstorbenen	...
78. Anzahl der Verstorbenen	...
79. Anzahl der Verstorbenen	...
80. Anzahl der Verstorbenen	...
81. Anzahl der Verstorbenen	...
82. Anzahl der Verstorbenen	...
83. Anzahl der Verstorbenen	...
84. Anzahl der Verstorbenen	...
85. Anzahl der Verstorbenen	...
86. Anzahl der Verstorbenen	...
87. Anzahl der Verstorbenen	...
88. Anzahl der Verstorbenen	...
89. Anzahl der Verstorbenen	...
90. Anzahl der Verstorbenen	...
91. Anzahl der Verstorbenen	...
92. Anzahl der Verstorbenen	...
93. Anzahl der Verstorbenen	...
94. Anzahl der Verstorbenen	...
95. Anzahl der Verstorbenen	...
96. Anzahl der Verstorbenen	...
97. Anzahl der Verstorbenen	...
98. Anzahl der Verstorbenen	...
99. Anzahl der Verstorbenen	...
100. Anzahl der Verstorbenen	...

Anhang 32: Statistiken der Kliniken und Praxen

Alter	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070	2075	2080	2085	2090	2095	2100	
0-4	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
5-9	1.1	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
10-14	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
15-19	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
20-24	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
25-29	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
30-34	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
35-39	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
40-44	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
45-49	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
50-54	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
55-59	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
60-64	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
65-69	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
70-74	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
75-79	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
80-84	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
85-89	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
90-94	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
95-99	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
100+	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Anhang 34: Statistiken der Altersgruppen

Interview mit Ärzten

Wie viele erwachsene Patienten mit Krebserkrankung behandeln Sie pro Jahr in der Abteilung?

Arzt 1: „Also insgesamt so um die 800 Patienten.“

Arzt 2: „Ich selbst behandle so um die 1200 Krebspatienten pro Jahr.“

Wie groß ist hierbei der Anteil der Patienten in der Altersgruppe 18-55 Jahre? Wie viele haben minderjährige Kinder? Sind dies mehr Männer oder Frauen?

Arzt 1: „Ich schätze so ungefähr 50% sind zwischen 18 und 55. Wie viele von denen minderjährige Kinder haben, kann ich Ihnen aus dem Kopf nicht sagen. Wir erheben dies zwar in der Anamnese, aber dafür müsste ich im Computer nachschauen. Bei uns sind logischerweise natürlich über 99% Frauen in Behandlung.“

Arzt 2: „Die meisten onkologischen Patienten sind eher älter. Ich schätze so 25% bis 30% sind zwischen 18 bis 55 Jahre alt. In etwa die Hälfte davon haben minderjährige Kinder. Insgesamt ist die Geschlechterverteilung recht ausgeglichen. Bei den jüngeren Patienten sehe ich eine leichte Tendenz, dass eher Männer betroffen sind: so 60% zu 40%.“

Wird in der Anamnese oder sonst nach dem Vorhandensein von minderjährigen Kindern gefragt?

Arzt 1: „Naja, wir fragen eher nach Geburten. Dabei geht es auch nicht primär um die Kinder, sondern aus medizinischer Sicht um die Vorgeschichte der Patientin. Außerdem erfragen wir immer den familiären Background, also generell, ob der Patient alleine ist oder jemanden hat, der ihn in dieser schwierigen Zeit unterstützt.“

Arzt 2: „Ja, immer. Das hat zwei Gründe: Zum einen wollen wir mit dem Patienten seine zukünftigen Kinderwünsche klären, um auch Vorkehrungen treffen zu können, ihm diese zu ermöglichen. So kann man vor der toxischen Chemotherapie z. B. Spermien einfrieren, um auch später Kinder kriegen zu können. Zum anderen, um den Patienten professionelle Hilfen für ihre Kinder zu empfehlen, damit sie lernen mit der Erkrankung zurechtzukommen.“

Zeigen manchen der Kinder Probleme im Zusammenhang mit der elterlichen Krebserkrankung? Wie groß schätzen Sie diesen Anteil ein?

Arzt 1: „Eigentlich bekommen wir die Kinder kaum zu sehen. Wenn, dann erst im Verlauf der Behandlung, z. B. während einer Visite. Aber natürlich sehe ich da eine Belastung für das Kind. Deshalb würde ich auch sagen, dass sich bei 100% der Kinder Probleme zeigen.“

Arzt 2: „Ja, auf jeden Fall. Ich schätze so 80% der Kinder zeigen Probleme. Häufig sehen wir selbst, wie sehr die Kinder die neue Situation belastet. Manchmal erzählen uns auch die Patienten davon.“

Besteht bei manchen Familien Beratungsbedarf hinsichtlich der Verarbeitung der Krebserkrankung eines Elternteils durch die Kinder? Wie groß schätzen Sie diesen Anteil ein?

Arzt 1: „Auch hier würde ich 100% sagen. Man tut immer gut daran, sich beraten zu lassen.“

Arzt 2: „Auch 80%. Die Familien mit Problemen bei den Kindern sollten auch beraten werden.“

Wie ist der aktuelle Umgang mit minderjährigen Kindern Ihrer Krebspatienten?

Arzt 1: „Generell ermutigen wir unsere Patienten immer zur Offenheit im Umgang mit ihrer Erkrankung bei ihren Angehörigen. Dies gilt auch für ihre Kinder. Spezielle Angebote für den Umgang mit Kindern haben wir nicht. Ich glaube auch nicht, dass dies unsere Aufgabe ist. Wir raten all unseren Patienten von Anfang an, für sich selbst und für ihre Kinder psychoonkologische Hilfe zu holen. Ich glaube, dass sie dort besser beraten werden können als durch uns.“

Arzt 2: „Meiner Erfahrung nach wird von den Patienten gar nicht gewünscht, dass wir uns auch mit den Kindern auseinandersetzen. Es ist eher so, dass Betroffene wünschen, ihre Kinder außen vor zu lassen. Daher ist es für uns schwer, überhaupt an die Kinder heranzukommen.“

Fragen Ihre onkologischen Patienten von sich aus nach Hilfen für ihre Kinder? Wie groß schätzen Sie diesen Anteil ein?

Arzt 1: „Dazu haben sie eigentlich gar keine Chance mehr. Wir raten ja allen Patienten von Anfang an, sich professionelle Hilfe zu nehmen.“

Arzt 2: „Ganz selten. Die meisten wissen gar nicht, dass es so etwas gibt. Wenn überhaupt, fragen Patienten eher, wie sie denn nun die häusliche Versorgung, also Einkaufen, Hausarbeit, etc., sicherstellen sollen.“

Welche Faktoren erschweren eine bessere Einbeziehung der Kinder: Nicht vorgesehen?; Keine Zeit?; Kein richtiger Moment?; Mitarbeiter/Arzt nicht ausgebildet?; Eher ambulante Versorgung?

Arzt 1: „Wissen Sie, dass klingt immer alles so gut... Aber ich würde das nicht sagen. Meiner Meinung nach sollten wir uns auf unsere medizinische Aufgabe konzentrieren. Es hat sich doch bewährt, dass sich jeder auf sein Gebiet spezialisiert. Wenn Sie was am Auge haben überweise ich Sie doch auch zum Augenarzt und fange nicht selber an, Sie irgendwie zu therapieren. So können doch auch Kinder psychologisch von Fachleuten viel besser betreut werden.“

Arzt 2: „Naja, Zeit ist immer ein Problem. Es wäre schon schön, wenn man betroffene Familien ausführlicher beraten könnte. Die fehlende Ausbildung sehe ich jetzt nicht so als problematisch.“

Welche weitergehenden Maßnahmen / Anlaufstellen empfehlen Sie Betroffenen? In welchen Fällen?

Arzt 1: „Wir empfehlen immer einen Psychoonkologen für Betroffene und die Beratungsstelle des UKEs für die Kinder. Wenn Patienten weiter entfernt wohnen, raten wir ihnen, sich vor Ort umzuschauen. Einen Psychoonkologen finden sie eigentlich überall.“

Arzt 2: „Ich empfehle immer die Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern des UKEs.“

Verfügen Sie oder einer Ihrer Mitarbeiter über eine Qualifikation im Bereich Psychoonkologie?

Arzt 1: „Naja, ich habe dazu ein paar Fortbildungen besucht. Aber von Qualifikation würde ich da nicht sprechen. Ich finde das Thema interessant.“

Arzt 2: „Nein.“

Wünschen Sie sich Weiterbildungsangebote, wie Sie mit den Kinder der Krebspatienten umgehen können? Welche?

Arzt 1: „Nein.“

Arzt 2: „Eher nicht.“

Hätten Sie gerne mehr Unterstützung durch Fachleute? Welche?

Arzt 1: „Auch nicht.“

Arzt 2: „Ja, gerne. Ich finde, es wäre eine super Idee, wenn wir in der Abteilung mit Fachleuten zur Betreuung der Kinder zusammenarbeiten könnten. Es würde ja schon reichen, wenn in regelmäßigen Zeitabständen jemand vorbeikäme und mit betroffenen Familien Kontakt aufnähme.“

Kommt dieses Thema im Alltag überhaupt vor?

Arzt 1: „Es wird nicht in der Frühbesprechung besprochen, aber es ist ein, sagen wir mal, Randthema. Häufig tritt Brustkrebs während der Stillzeit auf und berührt einen menschlich. Außerdem gibt es immer wieder Patienten, die ihre Kinder instrumentalisieren, um, ich nenne es mal, den Arzt unter Druck zu setzen.“

Arzt 2: „Regelmäßig.“

Können Sie bei bestimmten Patientengruppen Unterschiede für den Versorgungsbedarf der Kinder erkennen?

Arzt 1: „Bei den Fällen, die ihre Kinder instrumentalisiert haben, waren es wirklich alleinerziehende Mütter. Aber das könnte Zufall sein. Eigentlich sehe ich da keinen Unterschied.“

Arzt 2: „Das ist schwierig. Generell würde ich sagen: Je schlechter die Prognose, desto eher werden die Kinder von den Patienten außen vor gelassen. Das ist eigentlich fatal. So werden gerade diejenigen schlechter unterstützt, die es am meisten brauchen würden. Meiner Erfahrung nach sind es auch vermehrt die Mütter, die ihre Kinder schützen wollen, und von uns fernhalten.“

Kennen Sie Hilfsangebote für Kinder mit krebskranken Eltern in Hamburg? Welche?

Arzt 1: „Nur die Beratungsstelle des UKEs.“

Arzt 2: „Nur die Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern am UKE.“

Glauben Sie, es gibt Bedarf, die Versorgung der Kinder krebskranker Eltern in Hamburg zu verbessern? Haben Sie Vorschläge, wie das geschehen könnte?

Arzt 1: „Klar. Der Bedarf ist groß und wird in Zukunft weiter wachsen. Allein schon dadurch, dass die reproduktive Lebensphase sich in ein immer höheres Alter verschiebt. Heute liegt das Durchschnittsalter der Frau bei Entbindung ihres ersten Kindes schon bei 35 Jahren. Fortbildungen zu diesem Thema sind wichtig, um Ärzte für die Problematik zu sensibilisieren. Jedem Patienten sollten nämlich professionelle Hilfen angeboten werden, aber entscheiden muss er selbst.“

Arzt 2: „Auf jeden Fall. Die Kommunikation zwischen Ärzten und Beratungsangeboten muss verbessert werden. Natürlich muss man erst einmal wissen, welche Angebote es gibt, das reicht aber nicht. Es wäre auch interessant, mehr darüber zu erfahren als nur einen Flyer zu bekommen, z. B. mehr Informationen zum Ablauf der Angebote und was aus den betroffenen Familien geworden ist. Auch ein persönlicher Kontakt ist wichtig. Man sollte auch mal das Gesicht des anderen gesehen haben.“

Vielen Dank für das Gespräch.

Interview mit Therapeuten

Wie viele Familien mit Krebserkrankungen betreuen Sie mit Ihrer Einrichtung pro Jahr?

Therapeut 1: „Wir betreuen etwa 200 bis 220 Familien pro Jahr. Erstgespräche, also neue Klienten, haben wir etwa 120 bis 150 pro Jahr.“

Therapeut 2: „So ungefähr zwei bis drei Familien pro Monat, also 24 bis 36 Familien pro Jahr.“

Wie hoch würden Sie den Anteil von Familien mit krebserkrankten Eltern einschätzen, die Hilfe für ihre minderjährigen Kinder hinsichtlich der Verarbeitung der Erkrankung bei Ihnen suchen?

Therapeut 1: „Also der Anteil krebserkrankter Eltern, die bei uns Hilfe für ihre minderjährigen Kinder wünschen, liegt bestimmt zwischen 66% und 75%.“

Therapeut 2: „Ich würde sagen mindestens 50%.“

Wie groß ist die Nachfrage nach Ihrem Angebot?

Therapeut 1: „Wir haben zur Zeit mehr Anfragen, als wir behandeln können. Die Warteliste liegt jetzt schon bei zwei bis drei Monaten. Eigentlich sind wir immer bemüht, so schnell wie möglich zu helfen. Die Familien, die zu uns kommen, haben ja akute Probleme und können eigentlich nicht so lange warten.“

Therapeut 2: „Unser Angebot wird gut angenommen. Wir können zwar nicht große Fallzahlen bearbeiten, aber die Anfragen zeitnah bearbeiten.“

Zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung kommen betroffene Familien zu Ihnen?

Therapeut 1: „Direkt nach der Diagnose einer elterlichen Krebserkrankung kommen die wenigsten. Häufig werden wir nach der akuten medizinischen Therapie oder auch erst Jahre später von den Familien aufgesucht, wenn schon Probleme bei den Kindern bemerkt worden sind.“

Therapeut 2: „Die meisten kommen erst, wenn die Krebserkrankung nur noch palliativ behandelt werden kann.“

Wie erfahren die Betroffenen von Ihrem Angebot?

Therapeut 1: „Die meisten werden durch Medien oder unsere Homepage auf uns aufmerksam. Seltener kommt es auch vor, dass Kliniken uns empfehlen. Der Anteil liegt aber unter 20% und läuft meistens über den Sozialen Dienst der Klinik. Praxen empfehlen uns so gut wie nie.“

Therapeut 2: „Ich setze auf einen engen Kontakt mit Haus- und Kinderärzten. Die meisten kommen auf deren Empfehlung zu mir.“

Glauben Sie, dass Ihr Angebot den Großteil der betroffenen Kinder erreicht?

Therapeut 1: „Leider nicht. Ich glaube, die Mehrzahl der Kinder, die Hilfe bräuchten, wird nicht versorgt.“

Therapeut 2: „Nein, das würde ich nicht sagen. Wir erreichen die Engagierten. Das Angebot ist aber extrem hochschwellig, es bleibt der gebildeten Mittelschicht vorbehalten.“

Sehen Sie Bedarf für weitere Versorgungsangebote für Kinder krebskranker Eltern in Hamburg?

Therapeut 1: „Na klar! Schauen Sie sich unsere Warteliste an! Wir bemühen uns schon, möglichst vielen Familien zu helfen. In einem Erstgespräch prüfen wir jedes Mal, ob das primäre Problem wirklich in der Krebserkrankung liegt und vermitteln sonst andere Angebote, die ihnen bei der Lösung ihres Problems besser helfen können. So können wir uns auf die Familien konzentrieren, die Hilfe in der Bewältigung der Erkrankung brauchen. Also, ich sehe da noch großen Bedarf für weitere Angebote. Und bedenken Sie: Dabei kommt die Mehrzahl der Familien, die wahrscheinlich Hilfe benötigen würden, nicht einmal zu uns!“

Therapeut 2: „Bedarf für weitere Beratungsangebote sehen ich jetzt nicht unbedingt. Vielmehr sollten regelmäßig gemeinsame Besprechungen mit den Hausärzten stattfinden, wie sie mit betroffenen Familien umgehen können. Dadurch kann vielen schon geholfen werden.“

Haben Sie konkrete Vorschläge was verbessert werden könnte?

Therapeut 1: „Eltern sind mit der neuen Situation schon genug belastet. Man kann nicht immer davon ausgehen, dass sie sich gleich um Hilfen für ihre Kinder kümmern können. Wir brauchen direkten Kontakt zu Ärzten und Pflegern, die uns helfen, unsere Dienste in die Therapie zu integrieren. Es reicht einfach nicht, nur Flyer zu verteilen. Die bleiben einfach liegen und finden keine Beachtung. Die meisten Kliniken haben ja mittlerweile einen Psychoonkologischen Dienst, der sich bewährt hat, aber auch onkologische Schwerpunktpraxen sollten so etwas anbieten.“

Therapeut 2: „Durch regelmäßige Weiterbildungsangebote für Hausärzte versuchen wir, immer mehr Ärzte für die Problematik zu sensibilisieren. Nur so können wir dauerhaft die Versorgungslage der Kinder verbessern.“

Vielen Dank für das Gespräch.

7. Literaturverzeichnis

- Andrykowski MA, Carpenter JS, Munn RK. (2003). Psychosocial sequelae of cancer diagnosis and treatment. In Schein LA, Bernard HS, Spitz HI, Muskin PR (Eds.), *Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques* (1. ed., pp. 79-131). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Armsden GC, Lewis FM. (1993). The child's adaptation to parental medical illness: Theory and clinical implications. *Patient Education and Counseling*, 22(3): 153-165.
- Baker JP, Berenbaum H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition & Emotion*, 21(1): 95-118.
- Batson CD, Sympson SC, Hindman JL, Decruz P, Todd RM, Weeks JL, Jennings G, Burns CT. (1996). "I've Been there, Too": Effect on Empathy of Prior Experience with a Need. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(5): 474-482.
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11): 1134-1141.
- Becker D, Margolin F. (1967). How surviving parents handled their young children's adaptation to the crisis of loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37(4): 753-757.
- Bedway AJ, Smith LH. (1997). 'For Kids Only': Development of a program for children from families with a cancer patient. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(4): 19-28.
- Birenbaum LK, Yancey DZ, Phillips DS, Chand N, Huster G. (1999). School-age children's and adolescents' adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26(10): 1639-1645.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2012). (Keine) Lust auf Kinder? Geburtenentwicklung in Deutschland (pp. 57). Wiesbaden.
- Call DA. (1990). School-based groups: A valuable support for children of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(1): 97-118.
- Christ GH, Siegel K, Freund B, Langosch D, Hendersen S, Sperber D, Weinstein L. (1993). Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3): 417-425.
- Christ GH, Siegel K, Sperber D. (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4): 604-613.
- Compas B-E, Worsham N-L, Ey S, Howell D-C. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 15(3): 167-175.

- Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE, Grant KE, Mireault G, Howell DC, Malcarne VL. (1994). When Mom or Dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology, 13*(6): 507-515.
- Davey M, Gulish L, Askew J, Godette K, Childs N. (2005). Adolescents coping with mom's breast cancer: developing family intervention programs. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(2): 247-258.
- Davis Kirsch SE, Brandt PA, Lewis FM. (2003). Making the most of the moment: when a child's mother has breast cancer. *Cancer Nursing, 26*(1): 47-54.
- Deutsche Krebshilfe. (2009). Pressekonferenz zum Förderschwerpunktprogramm „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“, Hamburg, 29.04.2009.
- Ernst JC, 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. [Psychosocial Care of Children with a Parent having Cancer - An Appraisal of Specific Care Services in Germany]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 61*(09/10): 426-434.
- Freie und Hansestadt Hamburg. (2007). *Orientierungshilfen bei Krebserkrankungen*. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, van de Wiel HB, Visser A, Huizinga GA, Hoekstra-Weebers JE. (2007). Family functioning and adolescents' emotional and behavioral problems: when a parent has cancer. *Annals of Oncology, 18*(12): 1951-1956.
- Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, van de Wiel HB, Visser A, Huizinga GA, Hoekstra-Weebers JE. (2011). Adolescents' Emotional Reactions to Parental Cancer: Effect on Emotional and Behavioral Problems. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(3): 346-359.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008 (pp. 137). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Gore S, Aseltine Jr RH, Colten ME. (1993). Gender, Social-Relationship Involvement, and Depression. *Journal of Research on Adolescence, 3*(2): 101-125.
- Grant KE, Compas BE. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6): 1015-1021.

- Greening K. (1992). The "Bear Essentials" program: Helping young children and their families cope when a parent has cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(1): 47-61.
- Heiney SP, Lesesne CA. (1996). Quest. An intervention program for children whose parent or grandparent has cancer. *Cancer Practice*, 4(6): 324-329.
- Helseth S, Ulfsaet N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1): 38-46.
- Hoke LA. (1997). A short-term psychoeducational intervention for families with parental cancer. *Harvard Review of Psychiatry*, 5(2): 99-103.
- Hoke LA. (2001). Psychosocial adjustment in children of mothers with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(5): 361-369.
- Howes MJ, Hoke L, Winterbottom M, Delafield D. (1995). Psychosocial Effects of Breast Cancer on the Patient's Children. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(4): 1-21.
- Huizinga GA, van der Graaf WT, Visser A, Dijkstra JS, Hoekstra-Weebers JE. (2003). Psychosocial consequences for children of a parent with cancer: a pilot study. *Cancer Nursing*, 26(3): 195-202.
- Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. (2010). Stress response symptoms in adolescents during the first year after a parent's cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 18(11): 1421-1428.
- Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. (2005a). The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology*, 16(12): 1956-1961.
- Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Klip EC, Pras E, Hoekstra-Weebers JE. (2005b). Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer*, 41(2): 288-295.
- Huizinga GA, Visser A, Van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Stewart RE, Hoekstra-Weebers JE. (2011). Family-oriented multilevel study on the psychological functioning of adolescent children having a mother with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(7): 730-737.
- Kash KM, Mago R, Kunkel EJ. (2005). Psychosocial oncology: supportive care for the cancer patient. *Seminars in oncology*, 32(2): 211-218.
- Kennedy VL, Lloyd-Williams M. (2009a). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8): 886-892.
- Kennedy VL, Lloyd-Williams M. (2009b). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3): 149-155.

- Klein KJK, Hodges SD. (2001). Gender Differences, Motivation, and Empathic Accuracy: When it Pays to Understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(6): 720-730.
- Krattenmacher T, Kühne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Möller B. (2012). Parental cancer: Factors associated with children's psychosocial adjustment — a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(5): 344-356.
- Krattenmacher T, Kühne F, Führer D, Beierlein V, Brähler E, Resch F, Klitzing Kv, Flechtner H-H, Bergelt C, Romer G, Möller B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3): 252-259.
- Lewandowski LA. (1992). Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4(4): 573-585.
- Lewis FM. (1996). The Impact of Breast Cancer on the Family: Lessons learned from Children and Adolescents. In Baider L, Cooper GL, Kaplan De-Nour A (Eds.), *Cancer and the Family* (1. ed., pp. 271-287). Chichester: John Wiley & Sons.
- Lewis FM, Casey SM, Brandt PA, Shands ME, Zahlis EH. (2006). The Enhancing Connections Program: Pilot Study of A Cognitive-Behavioral Intervention for Mothers and Children Affected by Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15(6): 486-497.
- Lewis FM, Darby EL. (2004). Adolescent Adjustment and Maternal Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(4): 81-104.
- Lewis FM, Ellison ES, Woods NF. (1985). The Impact of Breast Cancer on the Family. *Seminars in Oncology Nursing*, 1(3): 206-213.
- Lewis FM, Hammond MA. (1996). The father's, mother's, and adolescent's functioning with breast cancer. *Family Relations*, 45(4): 456-465.
- Lewis FM, Zahlis EH, Shands ME, Sinsheimer JA, Hammond MA. (1996). The functioning of single women with breast cancer and their school-aged children. *Cancer Practice*, 4(1): 15-24.
- Lindqvist B, Schmitt F, Santalahti P, Romer G, Piha J. (2007). Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4): 345-351.
- Mestre Escrivá MV, Samper García P, Frias Navarro MD, Tur Porcar AM. (2009). Are Women More Empathetic than Men? A Longitudinal Study in Adolescence. *Spanish Journal of Psychology*, 12(1): 76-83.

- Nelson E, While D. (2002). Children's adjustment during the first year of a parent's cancer diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1): 15-36.
- Niemelä M, Hakko H, Räsänen S. (2010). A systematic narrative review of the studies on structured child-centred interventions for families with a parent with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(5): 451-461.
- Nolen-Hoeksema S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5): 173-176.
- Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5): 1061-1072.
- Paschen B, Saha R, Baldus C, Haagen M, Pott M, Probst P, Romer G. (2007). Evaluation eines präventiven Beratungskonzeptes für Kinder körperlich kranker Eltern. *Psychotherapeut*, 52(4): 265-272.
- Perrin EC, Gerrity PS. (1981). There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness. *Pediatrics*, 67(6): 841-849.
- Piaget J. (1983). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Pitceathly C, Maguire P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39(11): 1517-1524.
- Pott M, Haagen M, Baldus C, Saha R, Romer G. (2005). Wenn Mütter an Krebs erkranken: seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf *Zentralblatt für Gynäkologie*, 127(3): 114-119.
- Riedesser P. (2005). Einleitung: "Wenn Eltern zerstörbar werden ..." Traumatische Belastungen eines Elternteils in der Erlebensperspektive des Kindes. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 15(3): 8.
- Riedesser P, Schulte-Markwort M. (1999). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention. *Deutsches Ärzteblatt*, 96(38): 2353-2357.
- Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Riedesser P. (2002a). Children of somatically ill parents: A methodological review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(1): 17-38.
- Romer G, Haagen M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern* (1. ed.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Romer G, Kühne F, Bergelt C, Möller B. (2011). Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder krebskranker Eltern. *Psychotherapeut*, 56(5): 400-408.

- Romer G, Saha R, Haagen M, Pott M, Baldus C, Bergelt C. (2007). Lessons learned in the implementation of an innovative consultation and liaison service for children of cancer patients in various hospital settings. *Psycho-Oncology*, 16(2): 138-148.
- Romer G, Schulte-Markwort M, Riedesser P. (2002b). Kinder körperlich kranker Eltern am Beispiel Kinder krebskranker Mütter. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62(6): 537-542.
- Rost R. (1992). *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern - ein Literaturüberblick*. Medizinische Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität
- Russell KS, Rauch PK. (2010). 43 - Consultation to Parents with Serious Medical Illness: Parenting at a Challenging Time. In Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek M, Rosenbaum JF (Eds.), *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (6. ed., pp. 583-592). Saint Louis: W.B. Saunders.
- Schieman S, Gundy KV. (2000). The Personal and Social Links between Age and Self-Reported Empathy. *Social Psychology Quarterly*, 63(2): 152-174.
- Schmitt F, Manninen H, Santalahti P, Savonlahti E, Pyrhönen S, Romer G, Piha J. (2007). Children of Parents with Cancer: A Collaborative Project Between a Child Psychiatry Clinic and an Adult Oncology Clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3): 421-436.
- Schmitt F, Piha J, Helenius H, Baldus C, Kienbacher C, Steck B, Thastum M, Watson M, Romer G. (2008a). Multinational study of cancer patients and their children: factors associated with family functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36): 5877-5883.
- Schmitt F, Santalahti P, Saarelainen S, Savonlahti E, Romer G, Piha J. (2008b). Cancer families with children: Factors associated with family functioning - A comparative study in Finland. *Psycho-Oncology*, 17(4): 363-372.
- Siegel K, Mesagno FP, Karus D, Christ G, Banks K, Moynihan R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of American Academy of Child- and Adolescent Psychiatry*, 31(2): 327-333.
- Sigal JJ, Perry JC, Robbins JM, Gagne M-A, Nassif E. (2003). Maternal preoccupation and parenting as predictors of emotional and behavioral problems in children of women with breast cancer.[Erratum appears in J Clin Oncol. 2003 Jul 1;21(13):2628]. *Journal of Clinical Oncology*, 21(6): 1155-1160.
- Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2): 216 - 269.

- Spira M, Kenemore E. (2000). Adolescent daughters of mothers with breast cancer: Impact and implications. *Clinical Social Work Journal*, 28(2): 183-195.
- Statistisches Bundesamt. (2011). Alter der Mutter. Wiesbaden [Online im Internet]. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabelle/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html> [Stand: 06.02.2013, 10:14]
- Statistisches Bundesamt. (2013). Krebs immer häufiger Todesursache (pp. 1). Wiesbaden.
- Taylor-Brown J, Acheson A, Farber JM. (1993). Kids Can Cope: A group intervention for children whose parents have cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(1): 41-53.
- Thastum M, Munch-Hansen A, Wiell A, Romer G. (2006). Evaluation of a Focused Short-term Preventive Counselling Project for Families with a Parent with Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(4): 529-542.
- 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(17): 4030-4039.
- Toussaint L, Webb JR. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of social psychology*, 145(6): 673-685.
- Vannatta K, Ramsey RR, Noll RB, Gerhardt CA. (2010). Associations of Child Adjustment With Parent and Family Functioning: Comparison of Families of Women With and Without Breast Cancer. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(1): 9-16.
- Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, Hoekstra-Weebers JE. (2006). Parental cancer: characteristics of parents as predictors for child functioning. *Cancer*, 106(5): 1178-1187.
- Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, Hoekstra-Weebers JE. (2007). Temperament as a predictor of internalising and externalising problems in adolescent children of parents diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 15(4): 395-403.
- Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, Van Der Graaf WT, Klip EC, Pras E, Hoekstra-Weebers JE. (2005). Emotional and Behavioural Functioning of Children of a Parent Diagnosed with Cancer: A Cross-informant Perspective. *Psycho-Oncology*, 14(9): 746-758.
- Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30(8): 683-694.

- Walsh F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35(3): 261-281.
- Watson M, St James-Roberts I, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, Baldus C, Romer G. (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 94(1): 43-50.
- Welch AS, Wadsworth ME, Compas BE. (1996). Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and childrens' perspectives. *Cancer*, 77(7): 1409-1418.
- Wong ML, Cavanaugh CE, Macleamy JB, Sojourner-Nelson A, Koopman C. (2009). Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. *Families, Systems & Health*, 27(1): 53-63.

8. Danksagung

Zunächst möchte ich meinen Eltern danken, die mir das Studium finanziert haben und mir immer mit Rat und Tat zur Seite standen.

Ein ganz besonderer Dank geht auch an meine Betreuerin Dr. Birgit Möller und meinen Doktorvater Professor Dr. Georg Romer für die herzliche und unkomplizierte Unterstützung während dieser Arbeit: Vielen Dank!

9. Lebenslauf

- entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen -

- entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen -

10. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: