Psychische Auffälligkeiten und Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern im Vergleich zu einer klinischen Referenzgruppe und Kindern der Normalbevölkerung

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin des
Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Vorwerk, Julia Isabell
aus Gießen

Gießen 2023

Aus dem Fachbereich Medizin der
Justus-Liebig-Universität Gießen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Gutachter/in: Prof. Dr. Michael Franz

Gutachter/in: Prof. Dr. Renate Deinzer

Tag der Disputation: 05.12.2023

Inhalt

1 Einleitung 1
1.1 Epidemiologische Aspekte 4
1.1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen 4
1.1.2 Epidemiologie psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen 6
1.1.3 Epidemiologie psychischer Probleme bei Kindern psychisch kranker Eltern 8
1.2 Zur defizitären Versorgungssituation von Familien mit psychisch erkranktem Mitglied 9
1.3 Schutz-, Belastungs- und Resilienzfaktoren 12
1.3.1 Schutz- und Belastungsfaktoren 13
1.3.2 Resilienz als Kompetenz unter Belastungserleben 14
1.3.3 Lebensqualität 16
1.4 Ziele und Fragestellungen 22
2 Material und Methoden 24
2.1 Art, Ort und Zeitraum der Studie 24
2.2 Stichprobe 24
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien 24
2.2.2 Stichprobenumfang 25
2.3 Untersuchungsdesign 26
2.3.1 Referenzgruppen 26
2.3.2 Zielkriterien und Prädiktorvariablen 27
2.3.3 Subgruppenanalysen 28
2.4 Ablauf der Studie 28
2.4.1 Versuchsleitung 28
2.4.2 Ablauf der Befragung 29
2.4.3 Ethische Aspekte 31
2.5 Befragungsinstrumente 31
2.5.1 Child Behavior Checklist (CBCL 4/18) 32
2.5.2 Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form (KINDL-R) 34
2.6 Statistische Methoden 36
3 Ergebnisse 39
3.1 Soziodemografische Charakterisierung der Gesamtstichprobe 39
3.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern 42
3.1.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht 42
3.1.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Altersgruppen 46
3.1.1.3 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen 49

3.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern 54
3.1.2.1 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Geschlecht 54
3.1.2.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Altersgruppen 57
3.1.2.3 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen 59
3.2 Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern 60
3.2.1 Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht 60
3.2.2 Verhaltensauffälligkeiten von Jungen und Mädchen im Vergleich 63
3.2.3 Verhaltensauffälligkeiten im Altersgruppenvergleich 66
3.2.4 Verhaltensauffälligkeiten im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich 69
3.3 Lebensqualität 72
3.3.1 Soziodemografische Charakterisierung der Stichprobe (n=285) 72
3.3.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der eingeschlossenen Kinder der psychisch erkrankten Eltern der KINDL-Stichprobe unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen sowie Geschlechts- und Altersgruppen 74
3.3.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern der KINDL-Stichprobe 81
3.3.2 Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht 84
3.3.3 Lebensqualität von Jungen und Mädchen im Vergleich 84
3.3.4 Lebensqualität im Altersgruppenvergleich 87
3.3.5 Lebensqualität im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich 88
3.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse 89
3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Verhaltensauffälligkeiten 89
3.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität 90
4 Diskussion 92
4.1 Psychische Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern 92
4.2 Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen 93
4.2.1 Geschlecht 94
4.2.2 Altersgruppen 95
4.2.3 Geschlechts- und Altersgruppen 97
4.3 Unterschiede im Lebensqualitätsprofil von Kindern psychisch erkrankter Eltern für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen 98
4.3.1 Geschlecht 99
4.3.2 Altersgruppen 100
4.3.3 Geschlechts- und Altersgruppen 100

4.4 Gesamtschau der Einzelergebnisse zu Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität 102
4.5 Methodendiskussion 106
4.6 Ausblick 110
5 Zusammenfassung 114
5.1 Englische Zusammenfassung 116
6 Literatur 118
7 Anhang 133
7.1 Tabellen 133
7.2 Abbildungen 194
7.3 Fragebogeninhalte Eltern und Kind 200
7.4 Danksagung 204
7.5 Ehrenwörtliche Erklärung 205

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielkriterien und Prädiktorvariablen 28

Tabelle 2: Kinderbezogene soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364) 40

Tabelle 3: Elternbezogene soziodemographische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364) 41

Tabelle 4: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Geschlecht (n=364) 43

Tabelle 5: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Altersgruppen (n=364) 46

Tabelle 6: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht (n=364) 54

Tabelle 7: Soziodemografie der interviewten Eltern nach Altersgruppen (n=364) 57

Tabelle 8: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten als CBCL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechtsvergleich 63

Tabelle 9: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten als CBCL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechtsvergleich 64

Tabelle 10: Subskalen von Lebensqualität als KINDL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern (als auf den Wertebereich 0-100 linear transformierte Werte) im Geschlechtsvergleich 85

Tabelle 11: Betreuungsarten und Beschäftigung für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364) 133

Tabelle 12: Bezugspersonen innerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364) 134

Tabelle 13: Bezugspersonen außerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364) 135

Tabelle 14: Betreuungsarten und Beschäftigung innerhalb der Familie unterteilt nach Geschlecht (n=364) 136

Tabelle 15: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=364) 137

Tabelle 16: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht (n=364) 138

Tabelle 17: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=364) 139

Tabelle 18: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364) 141

Tabelle 19: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364).....143

Tabelle 20: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364) 145

Tabelle 21: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364).....146

Tabelle 22: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364).....148

Tabelle 23: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364) 150

Tabelle 24: Soziodemografische Charakterisierung der Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364) 152

Tabelle 25: CBCL-Werte in der Gesamtstichprobe (n=364) 154

Tabelle 26: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Altersgruppenvergleich (n=364).....155

Tabelle 27: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranken Eltern im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Altersgruppenvergleich (n=364) 156

Tabelle 28: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich 157

Tabelle 29: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich.....159

Tabelle 30: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe in der Gesamtgruppe (n=285).....161

Tabelle 31: Soziodemografische Charakterisierung der Eltern in der KINDL-Stichprobe in der Gesamtgruppe (n=285).....162

Tabelle 32: Betreuungsarten und Beschäftigung für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285).....163

Tabelle 33: Bezugspersonen innerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285) 164

Tabelle 34: Bezugspersonen außerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285) 165

Tabelle 35: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Geschlecht (n=285) 166

Tabelle 36: Betreuungsarten und Beschäftigung innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285) 167

Tabelle 37: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285) 168

Tabelle 38: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285) 169

Tabelle 39: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Altersgruppen (n=285) 170

Tabelle 40: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=285) 171

Tabelle 41: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285) 173

Tabelle 42: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285) 175

Tabelle 43: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285) 177

Tabelle 44: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285) 179

Tabelle 45: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285) 181

Tabelle 46: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285) 183

Tabelle 47: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht (n=285) 185

Tabelle 48: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Altersgruppen (n=285) 186

Tabelle 49: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285) 188

Tabelle 50: KINDL in der Gesamtgruppe (n=285) 190

Tabelle 51: Subskalen der Lebensqualität (KINDL) der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Altersgruppen 191

Tabelle 52: Subskalen der Lebensqualität (KINDL) der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen 192

Tabelle 53: Test auf Normalverteilung für kontinuierliche Variablen 193

Tabelle 54: Fragebogen Eltern 200

Tabelle 55: Fragebogen zum Kind 201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich mit der Referenzgruppe gesunder Kinder aufgegliedert nach CBCL-Subskalen (n=364), Abweichungen als Z-Werte 61

Abbildung 2: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zur Referenzgruppe kranker Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (CBCL-Referenzstichprobe 2) (Abweichungen als Z-Werte) 62

Abbildung 3: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zur Referenzgruppe gesunder Kinder (CBCL-Referenzgruppe 1) (Abweichungen als Z-Werte) unterteilt nach Geschlecht 64

Abbildung 4: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zu erkrankten Kindern der Klinikstichprobe (CBCL-Referenzgruppe 2) unterteilt nach Geschlecht 66

Abbildung 5: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzgruppe unterteilt nach Altersgruppen 67

Abbildung 6: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzgruppe unterteilt nach Altersgruppen 67

Abbildung 7: Lebensqualität in der Gesamtgruppe (KINDL) aufgeschlüsselt für die Subskalen „körperliches und seelisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“ sowie „Schule/Ausbildung“ 84

Abbildung 8: Subskalen der Lebensqualität Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Geschlecht 86

Abbildung 9: Subskalen der Lebensqualität Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Altersgruppen 87

Abbildung 10: Histogramme CBCL Feldstichprobe 194

Abbildung 11: Histogramme CBCL Klinikstichprobe 195

Abbildung 12: Histogramme KINDL 197

Abbildung 13: Standardisierter Text zur Patientenrekrutierung bei Erstkontakt 199

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurde in der Öffentlichkeit verstärkt über psychische Erkrankungen diskutiert, vor allem vor dem Hintergrund prominenter Todesfälle. Die Thematisierung psychiatrischer Erkrankungsbilder hat möglicherweise zu einer Sensibilisierung der Bevölkerung gegenüber psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere bei Depressionen und Burnout beigetragen. Infolgedessen wurden mehr Arztbesuche und Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen verzeichnet. Entsprechend stiegen im Zeitraum von 1997 bis 2020 die Fehltage am Arbeitsplatz durch psychische Erkrankungen um mehr als das Dreifache (Gesundheitsreport 2013, 2017; Psychreport 2021). Mittlerweile leiden etwa 30% der erwachsenen Bevölkerung innerhalb eines Jahres unter einer psychischen Erkrankung (Mattejat und Lisofsky 2008). Es kann davon ausgegangen werden, dass die stationär psychiatrisch aufgenommenen Patienten zu 15% bis 30% minderjährige Kinder haben (Sommer et al. 2001; Kölch und Schmid 2008). Laut Wiegand-Grefe et al. (2009, Wiegand-Grefe 2022) weisen Kinder psychisch erkrankter Eltern ein 3- bis 7-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung im Vergleich zur Normalbevölkerung auf. Mattejat und Remschmidt (2008) weisen darauf hin, dass nicht nur das Risiko der Kinder psychisch kranker Eltern erhöht sei, die gleiche psychische Erkrankung zu entwickeln, sondern ebenfalls das allgemeine Risiko für eine psychische Erkrankung mitberücksichtigt werden müsse. 61% der Kinder mit einem Elternteil, das an einer schweren Depression erkrankt ist, seien ebenfalls im Laufe der Kindheit oder Jugend selbst an einer psychischen Störung erkrankt. In der (Fach-) Literatur werden diese Kinder psychisch erkrankter Eltern oftmals als „vergessene Kinder“ bezeichnet, um darauf aufmerksam zu machen, dass diese Kinder weder routinemäßig in die psychiatrische Behandlung der Eltern einbezogen noch vom Jugendamt besonders berücksichtigt werden (Wagenblass und Schone 2001; Franz et al. 2012). Dabei leben etwa drei bis vier Millionen Kinder von psychisch erkrankten Eltern in Deutschland (Wiegand-Grefe und Petermann 2016).

Eine psychische Erkrankung der Eltern geht nach Mattejat und Remschmidt (2008) mit unmittelbaren Problemen wie Schuldgefühlen, Tabuisierung (Kommunikationsverbot) und Isolation einher. Aufgrund der familiären Situation kommt es zu Folgeproblemen wie Betreuungsdefizite (Aufmerksamkeits-, Zuwendungsdefizite), Zusatzbelastungen (Haushaltsführung) und Rollenumverteilung (Parentifizierung) (Mattejat und Lisofsky 2008). Die Kinder müssten zudem oft zusätzliche Aufgaben übernehmen, womit sie früher oder später überfordert sind. Ihre eigenen Bedürfnisse geraten in den Hintergrund (Remschmidt und Mattejat 1994b). Vor allem qualitative Interviews gaben hier bereits erste Hinweise auf die vielfältigen beeinträchtigten Bereiche der Kinder (Voigt 1996;

Lenz 2005). Zudem belegten quantitative Befragungen der betroffenen Eltern eindeutig die Belastungssituation der Kinder (Kölch et al. 2008; Noeker und Petermann 2008). Und u.a. Jeske et al. (2009) und Radicke et al. (2021) lieferten Belege für eine eingeschränkte Lebensqualität und begannen damit, die dafür relevanten Merkmale zu identifizieren (vgl. Kapitel 1.3.3). Somit sind diese Kinder hohen Belastungen ausgesetzt. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass den Kindern rechtzeitig Hilfsangebote zur Verfügung stehen, damit sie nicht länger mit ihren Problemen allein gelassen werden und daraus keine Folgeprobleme resultieren.

Mittlerweile werden zwar Präventionsangebote (wie z.B. CHIMPS - children of mentally ill parents, vgl. Kap. 1.2) für Kinder psychisch kranker Eltern angeboten, die meisten Angebote sind jedoch laut Wiegand-Grefe (2022) befristet und projekthaft. Es gebe noch immer keine familienorientierte Regelversorgung für die Unterstützung der Kinder psychisch erkrankter Eltern in Deutschland, da meist nur das erkrankte Individuum beachtet werde. Laut Pohl et al. (2020) sind die meisten Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern nicht evaluiert.

Obwohl also die besondere Belastungssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern erkannt und beschrieben wurde, fehlen in der Fachliteratur bis heute Studien, die die spezifischen Eigenschaften dieser Belastungssituation herausarbeiten und von der Situation gesunder Kinder der Normalbevölkerung, aber auch von Kindern mit gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung abgrenzen. Trotz der bisherigen Forschung im Bereich Kinder psychisch Erkrankter konnte bislang nicht gezeigt werden, ob oder inwiefern sich die Kinder psychisch erkrankter Eltern von diesen beiden Referenzgruppen unterscheiden. Diese Vergleiche sind vor allem bei der Entwicklung von Hilfsmaßnahmen für diese Kinder essenziell, um genau die Belastungen der Kinder zu identifizieren, in denen Unterstützung nötig wäre. Die Ermittlung von Auffälligkeit und Belastung der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit gesunden Kindern und bereits erkrankten Kindern ist wichtig, um Art und Ausmaß der Auffälligkeit einordnen zu können. Daher soll in der vorliegenden Studie untersucht werden, ob und inwieweit sich die Gruppe Kinder psychisch erkrankter Eltern von Normgruppen aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Bevölkerungsstichprobe im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten unterscheiden. In der von Achenbach (1991) entwickelten Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter stehen bereits zwei große repräsentative Referenzstichproben für psychisch erkrankte Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Klinikstichprobe) sowie für gesunde Kinder der Normalbevölkerung (Feldstichprobe) bereit. Da eine Erhebung aktueller repräsentativer Normstichproben in dieser Größenordnung nicht

vorliegen und eine eigene Erhebung in diesem Ausmaß zu aufwendig gewesen wäre, wurden die beiden publizierten Normgruppen (Klinikstichprobe und Feldstichprobe) verwendet. Auf diese Weise konnten die in dieser Studie erhobenen Daten mit zwei großen repräsentativen Normstichproben verglichen werden.

Durch Erfassung der Lebensqualität können zusätzlich Hinweise auf Beeinträchtigungen der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen und emotionalen Belastungen erhalten werden, was als eine wichtige Ergänzung einer reinen Betrachtung der Symptomatik angesehen werden kann (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann nach Ravens-Sieberer (2007) dazu beitragen, Individuen zu ermitteln, die ein erhöhtes Risiko für Gesundheitsprobleme tragen sowie eventuelle Beeinträchtigungen der Lebensqualität frühzeitig aufzudecken. Durch Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann die Anpassung an belastende Lebensumstände gemessen und sowohl das subjektive als auch das objektive Empfinden der Belastung erhoben werden. Die Lebensqualität wird wiederum von Alter und Geschlecht beeinflusst (Ravens-Sieberer et al. 2007; Baumgarten et al. 2019). Diese Charakterisierungsmerkmale sind in Bezug auf Prävalenzraten von psychischen Störungen relevant, da Alter und Geschlecht eng mit der Lebensqualität zusammenhängen (Dedovic et al. 2009; Gahleitner 2009). Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, durch Darstellung der psychischen Auffälligkeiten der Kinder psychisch erkrankter Eltern gegenüber manifest erkrankten Kindern und Kindern der Normalbevölkerung, Hinweise auf den speziellen Präventionsbedarf von Kindern psychisch kranker Eltern zu finden (Kettemann et al. 2020). Die vorliegende Studie stellt eine weiterführende Auswertung der Studie von Kettemann et al. (2020) dar, indem Alters- und Geschlechtsgruppen differenzierter betrachtet wurden sowie die Lebensqualität zusätzlich erhoben wurde. Durch die differenzierte Erfassung der psychischen Auffälligkeiten soll explorativ untersucht werden, ob Kinder psychisch erkrankter Eltern für bestimmte Syndrom- und Beschwerdebereiche besonders anfällig sind und in welchen Symptombereichen Kinder psychisch kranker Eltern vor allem betroffen sind. So können Schlussfolgerungen gezogen werden, welche Art der Prävention (universelle, selektive oder indizierte Prävention) bei Kindern psychisch kranker Eltern notwendig ist. Nach Gordons Drei-Stufen-Klassifikation (Walter et al. 2012) richtet sich universelle Prävention unabhängig vom Erkrankungsrisiko an die Allgemeinbevölkerung (nichtselektiert), selektive Prävention ist an Gruppen mit einem erhöhten Risiko gerichtet und indizierte Prävention richtet sich an Gruppen mit einem hohen Risiko (manifestes Risikoverhalten) und Erkrankungsdisposition oder prodromalen Symptomen, welche aber noch nicht erkrankt sind. Um rechtzeitig

Hilfsangebote bzw. gezielte Präventionsangebote anbieten zu können, muss zwischen wenig belasteten Kindern mit geringem bzw. keinem Bedarf an Hilfe und gefährdeten Kindern mit hohem Risikoprofil und hohem Hilfsbedarf unterschieden werden.

Durch die vorliegende Studie sollen Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten und Unterschiede im Lebensqualitätsprofil für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen der Kinder psychisch erkrankter Eltern herausgearbeitet werden.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf Kinder von erwachsenen psychisch erkrankten Eltern, die in der Psychiatrie behandelt werden. Patienten in stationärer Behandlung sind vergleichsweise schwer erkrankt, so dass folglich auch davon auszugehen ist, dass diese Personen ihre Umgebung in besonderem Ausmaß belasten. Kinder von in der Psychiatrie behandelten Eltern, die solch besonders hohen Belastungen ausgesetzt sind, sollten daher mit hoher Wahrscheinlichkeit Belastungssymptome ausbilden, die es in der vorliegenden Studie zu eruieren gilt. Eine zusätzliche Belastung ergibt sich darüber hinaus aus der Tatsache, dass diese Kinder plötzlich vom Elternteil getrennt leben, wenn auch zeitlich begrenzt.

1.1 Epidemiologische Aspekte

Im Folgenden soll ein Überblick über das Risiko für Erwachsene und Kinder, an einer psychischen Störung zu erkranken, gegeben werden. Hierzu werden zuerst auch die Prävalenzraten bei Erwachsenen dargestellt, da u.a. diese Prävalenzraten indirekt auch die Prävalenzraten der Kinder von Eltern mit psychiatrischen Diagnosen determinieren, die die Zielgruppe der vorliegenden Studie darstellen. In Abschnitt 1.1.2 wird das Risiko für Kinder und Jugendliche vorgestellt, an psychischen Problemen zu erkranken und in 1.1.3 werden Erkrankungshäufigkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern dargestellt.

1.1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

Die Annahme, dass die Anzahl psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen in den letzten Jahren gestiegen ist, wird zwar heftig diskutiert, konnte bislang jedoch nicht überzeugend bestätigt werden (Richter und Berger 2013). Die 12-Monats-Prävalenz für irgendeine psychische Erkrankung liegt europaweit bei 27% (Wittchen und Jacobi 2005). Durch wiederholte Messungen in denselben repräsentativen Populationen mit derselben Methodik (Störungskriterien, Erhebungsmethoden, Stichprobendesign) kann ein Anstieg psychischer Erkrankungen anhand von 41 Studien nicht untermauert werden. Jedoch hat möglicherweise ein Anstieg der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen in

den ersten Dekaden nach dem zweiten Weltkrieg stattgefunden (Richter, Berger und Reker 2008). Auch die Befunde großer Studien in den USA und Großbritannien, bei denen innerhalb von zehn Jahren Wiederholungsmessungen durchgeführt wurden, legen den Schluss nahe, dass es insgesamt keine bedeutsame Zunahme psychischer Erkrankungen gab (Kessler et al. 1994; Kessler et al. 2005).

Möglicherweise kann von einer Verlagerung der Diagnostik in Richtung psychische Störung gesprochen werden, da in der Öffentlichkeit psychische Erkrankungen an Bedeutung gewonnen haben und dadurch eine größere Bereitschaft vorhanden ist, eine Krankschreibung aufgrund psychischer Probleme zu akzeptieren. Eine höhere Akzeptanz psychischer Erkrankungen auf Patientenseite könnte zudem aufgrund einer Differenzierung des Diagnosespektrums, anhand des Direktzugangs zum Psychotherapeuten im Zuge des Psychotherapeutengesetzes 1999 oder durch eine verbesserte hausärztliche Wahrnehmung bedingt sein (Jacobi 2009).

Neuere Studien zeigen einen Anstieg der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten während der COVID-19-Pandemie. Es gibt jedoch nur wenige Längsschnittstudien, welche die Entwicklung der psychischen Gesundheit vor und während der COVID-19-Pandemie untersuchten. Pierce et al. (2020) konnten in einem Vergleich der psychischen Belastung vor der COVID-19-Pandemie und während des ersten Lockdowns an 17.000 Probanden eine steigende Prävalenz klinisch signifikanter psychischer Belastungen zeigen. Diese war von 18,9% (95% KI 17,8–20,0%) im Jahr 2018 bis 2019 auf 27,3% im April 2020 (einen Monat nach britischem Lockdown) angestiegen. Taquet et al. (2020) zeigten in einer retrospektiven Kohortenstudie an 62.354 COVID-19-Fällen in den USA, dass die Inzidenz einer ersten psychiatrischen Diagnose in den folgenden 14 bis 90 Tagen bei 18,1% lag (95% KI 17,6–18,6%), 5,8% davon waren Erstdiagnosen (95% KI 5,2–6,4%). Im Vergleich mit anderen Infektionskrankheiten wie z.B. Influenza zeigte sich eine wesentlich höhere Inzidenz.

Die Weltgesundheitsorganisation (2006) spricht von einer sehr hohen Prävalenz psychischer Störungen von Erwachsenen in der europäischen Region. Insgesamt haben neuropsychiatrische Störungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen den zweitgrößten Anteil an der Krankheitslast, dieser beträgt rund 19,5%. Der DALY-Anteil[1] der Depressionen beträgt dabei 6,2%. Auch bei den chronischen Krankheiten sind 40% auf neuropsychiatrische Störungen zurückzuführen, die wiederum die wichtigste Ursache für

[1] Disability-adjusted Life Years (*DALY*) = Lebensjahre mit Behinderung (YLD) und verlorene Lebensjahre durch frühzeitigen Tod (YLL)

mit Behinderungen verbrachte Lebensjahre sind. Entsprechend haben sich die Mitgliedsländer der EU 2012 auf ein Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ geeinigt, mit dem mehr Gesundheit für alle erreicht werden soll (Weltgesundheitsorganisation Faktenblatt 2012).

1.1.2 Epidemiologie psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen

Bundesweit repräsentative Daten einer Normstichprobe zeigen, dass aufgrund von Elternangaben 7,2% der untersuchten Kinder als auffällig, 7,5% als grenzwertig klassifiziert wurden, d.h. insgesamt sind 14,7% der Kinder mindestens im Grenzbereich psychischer Probleme. Dabei überwiegen emotionale Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme. Geschlechtsunterschiede über die Altersgruppen hinweg sind konsistent. Mädchen werden mit 5,3% seltener als auffällig bezeichnet als Jungen mit 9,0%. Dieser Unterschied wird bei den 14- bis 17-Jährigen geringer (Hölling et al. 2007).

In der repräsentativen Bella-Studie (in Ergänzung zur KiGGS-Studie) wurden mit 9,7% Kinder und Jugendliche als „wahrscheinlich“ auffällig eingeschätzt, bei 12,2% liegen Hinweise für eine psychische Erkrankung vor. Demnach sind 21,9% der Kinder und Jugendlichen im Bereich psychischer Störungen zu verorten. Im Vergleich zur KiGGS-Studie liegen die Häufigkeiten einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen hier etwas höher. Dabei treten spezifische Störungen vorwiegend Ängste mit 10,0%, Störungen des Sozialverhaltens mit 7,6% und Depressionen mit 5,4% bei Kindern und Jugendlichen auf. Bei den Jungen ist dabei eine leicht höhere Auftretenshäufigkeit für psychische Erkrankungen mit dem Alter verbunden als bei den Mädchen. So steigt die Häufigkeit bei Jungen, psychisch erkrankt zu sein, von 22,5% bei den 7- bis 10-Jährigen auf 25,0% bei den 11- bis 13-Jährigen, die 14- bis 17-Jährigen zeigen bis zu 24,9% eine psychische Störung. Bei den Mädchen steigt die Erkrankungshäufigkeit von 17,6% bei den Jüngeren auf 18,0% bei den 11- bis 13-Jährigen und auf 22,2% bei den Älteren. Ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status gelten als Risikofaktoren; kumulieren mehrere dieser Faktoren steigt das Risiko einer psychischen Beeinträchtigung stark an. Unauffällige Kinder verfügen über ausgeprägtere personale, familiäre und soziale Ressourcen als auffällige Kinder, deren Lebensqualität als deutlich eingeschränkt gilt (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Die Weltgesundheitsorganisation nimmt mittlerweile eine Prävalenzrate von bis zu 20% für psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen an (WHO 2004). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Grundrate auch bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten nicht erhöht hat. Mit

zunehmendem Alter steigt die Erkrankungshäufigkeit für eine depressive Störung von 4% bei den 12- bis 17-Jährigen auf 9% bei den 18-Jährigen. Dabei sind Mädchen häufiger von depressiven Störungen betroffen (WHO 2002). Rao und Chen (2009) sprechen von einer zwei- bis dreimal höheren Erkrankungsrate bei Mädchen als bei Jungen, die kulturübergreifend sei. Diese Befunde stehen im Einklang mit den zuvor genannten Surveys.

Die Lebenszeitprävalenz depressiver Erkrankungen wird mit 12% für die 14- bis 24-Jährigen angegeben (Wittchen et al. 1998). Die Punktprävalenz beträgt bei Kindern 1-2%, bei Jugendlichen 1-9% (Rao et al. 2009). Angststörungen gehen häufig depressiven Problemen bei Kindern und Jugendlichen voraus (Beesdo et al. 2007).

Die Arbeitsgruppe um Costello gibt einen Überblick zu Prävalenzen von psychischen Erkrankungsraten bei Mädchen und Jungen. Demzufolge zeigt sich in der Altersspanne von 9 bis 16 Jahren ein unterschiedlicher Verlauf an Zu- und Abnahme psychiatrischer Diagnosen und psychischer Störungen mit deutlicher Funktionseinschränkung von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz je nach Geschlecht. Innerhalb der Studienzeit weisen 36% der Kinder mindestens eine psychische Störung auf. Zugleich zeigt sich ein Zuwachs bestimmter psychischer Störungen (soziale Phobien, Panik, Depression und Abhängigkeitserkrankungen), während andere psychische Erkrankungen (Trennungsangst, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen) abnehmen. Zudem leiden Kinder mit einer psychischen Störung in der Vorgeschichte dreimal häufiger weiterhin an einer psychischen Erkrankung innerhalb des Zeitraums als Kinder ohne psychiatrische Vorgeschichte. Dabei sind Mädchen häufiger betroffen als Jungen (Costello et al. 2003).

Ihle und Esser (2002) sehen die Angststörungen als die häufigste psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (10,4%), gefolgt von dissozialen Störungen (7,5%), dabei gehen sie von einer durchschnittlichen 18%igen Gesamtprävalenzrate aus (Ihle und Esser 2002).

Es zeigte sich jedoch auch bei den Kindern und Jugendlichen ein Anstieg psychischer Auffälligkeiten während der COVID-19-Pandemie. Ravens-Sieberer et al. (2022) zeigten in ihrer Längsschnittstudie (COPSY - Corona und Psyche, Welle 1: 05-06/2020, Welle 2: 12/2020-01/2021, Welle 3: 09-10/2021, Welle 4: 02/2022, Welle 5: 09-10/2022) einen Anstieg psychischer Probleme von 18% vor der Pandemie auf 30-31% von Welle 1 bis Welle 2, der im Zeitraum zwischen Welle 3 und Welle 5 wieder etwas zurückging (Welle 3: 27%, Welle 4: 29%, Welle 5: 23%). Die psychische Gesundheit verbesserte sich somit zwar im 3. Jahr der Pandemie, diese ist jedoch weiterhin niedriger als vor der Pandemie.

Im Verlauf psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind Spontanremissionen und Rückfalle relativ häufig. Hinzu kommen die hohen Persistenzraten, die längsschnittlich gemessen im Zeitrahmen von zwei bis fünf Jahren 50% der erkrankten Kinder und Jugendlichen betreffen (Herpertz-Dahlmann und Herpertz 2010). In einer anderen Studie wird sogar angenommen, dass nach zwei Jahren 40% und nach fünf Jahren ca. 70% der Jugendlichen mindestens eine weitere depressive Episode erlebt haben (Carvalho und Hopko 2011). Für diese Kinder ist außerdem das Risiko erhöht, im weiteren Verlauf an einer manischen Episode im Rahmen einer bipolaren Störung zu erkranken; ferner besteht ein erhöhtes Risiko für eine Angststörung bzw. somatoforme Störung oder eine „Binge-eating disorder" (Beesdo et al. 2009). Auch Ihle und Esser (2002) gehen von konsistenten hohen Persistenzraten der Störungen von ungefähr 50% aus.

1.1.3 Epidemiologie psychischer Probleme bei Kindern psychisch kranker Eltern

Die eingangs aufgeführten hohen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen zeigen, dass psychische Störungen von zunehmender Bedeutung für den Versorgungssektor sind und veranschaulichen zugleich die hohe Bedeutung und die Belastung, der Angehörige ausgesetzt sind. Wird die rückläufige Verweildauer der Eltern in der stationären Versorgung einbezogen (Behrens 2012), wird schnell deutlich, dass vor allem Kinder als kleine Angehörige durch diese tiefgreifenden Veränderungen betroffen sind: Je weniger Zeit psychisch erkrankte Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie verbringen können, desto länger müssen Angehörige – auch Kinder und Jugendliche – notgedrungen zum Genesungsprozess beitragen. Weiter sollte bedacht werden, dass ein großer Anteil der Eltern alleinerziehend ist und oftmals auf keine weiteren Angehörigen zur Unterstützung der Familien zurückgreifen kann.

Die hohen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen für Kinder und Jugendliche zeigen ebenso, dass das mittlere Kindesalter bis zur Adoleszenz als besonders vulnerable Zeit zu sehen ist, in der ein Umbau und eine Reorganisation des Gehirns stattfindet und die möglicherweise mit einem Risiko für psychische Erkrankungen assoziiert ist. Die kognitiven Neurowissenschaften belegen einen solchen Prozess (Herpertz-Dahlmann 2011).

Leider liegen bundesweit nur wenig genaue Angaben zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern vor. Allgemein wird davon ausgegangen, dass bestimmte psychische Erkrankungen der Eltern die Wahrscheinlichkeit für Kinder erhöht, ebenfalls an irgendeiner psychischen Störung zu leiden, weil eine genetische „Vulnerabilität" bei den Kindern psychisch erkrankter Eltern vorliegt. Das

Risiko, als Kind von einem schizophren erkrankten Elternteil selbst zu erkranken, liegt bei 10-15%, bei zwei erkrankten Elternteilen ist dies sogar um 50% gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht, in der das Risiko bei einem Prozent liegt. Bei einem depressiv erkrankten Elternteil ist das Risiko für das leibliche Kind zu erkranken um 23-28% erhöht (Remschmidt und Mattejat 1994). Bei einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, ebenfalls zu erkranken für das Kind um das Sechsfache (Klein 2001; Lachner und Wittchen 1997). Klein und Quinten (2002) betonen jedoch, dass Kinder eine höhere Chance haben, nicht zu erkranken, wenn der erkrankte Elternteil erfolgreich behandelt wurde.

In der BELLA-Studie („BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“ zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) zeigten sich bei Kindern psychisch belasteter Eltern fast dreimal häufiger psychische Auffälligkeiten als bei Kindern mit psychisch nicht belasteten Eltern (38% vs. 13%). Laut Christiansen und Paul (2020) haben Kinder psychisch erkrankter Eltern ein höheres Risiko, irgendeine psychische Störung zu entwickeln.

1.2 Zur defizitären Versorgungssituation von Familien mit psychisch erkranktem Mitglied

Lange Zeit wurde die besondere Vulnerabilität der Kinder psychisch kranker Eltern aus präventiver Sicht nicht beachtet und die Kinder allenfalls als Stütze des erkrankten Elternteils für den Gesundungsprozess angesehen, auch als die Belastungen der Kinder schon lange bekannt waren (Franz und Jäger 2007; Franz et al. 2012). Nach Kindler (vgl. Franz und Jäger 2007) ist inzwischen gut belegt, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein stark erhöhtes Risiko für Verhaltens- und Entwicklungsstörungen aufweisen.

Versorgungsituation betroffener Familien: Zwar wird Kindern psychisch erkrankter Eltern in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit geschenkt und es ist allgemein bekannt, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind, doch trotz allem werden sie von der Erwachsenenpsychiatrie immer noch ignoriert. Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie beachtet sie erst, wenn sie bereits erkrankt sind. Die Jugendhilfe unterstützt sie nur, wenn die Situation ein Eingreifen unumgänglich macht (Franz 2005).

Für die Nicht-Beachtung der Kinder gibt es verschiedene Gründe. Die Erwachsenen-psychiatrie ist entsprechend ihrem Auftrag auf den Patienten fixiert bzw. zentriert, dem sozialen Umfeld des Patienten wird deshalb kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Meist werden nur Ehepartner bzw. erwachsene Angehörige wahrgenommen und auf spezielle Angehörigengruppen verwiesen. Häufig wird die Krankheit von den Eltern tabuisiert. Die Kinder sind oft allein mit ihren Problemen. Sie können sich niemandem anvertrauen, weil

sie sich gegenüber ihrer Familie loyal verhalten wollen. Dadurch kommt es leicht zum sozialen Rückzug (Lenz 2005; Mattejat und Remschmidt 1998). Viele Kinder fühlen sich desorientiert, weil sie das Verhalten des erkrankten Elternteils aufgrund fehlender Erklärungen gegenüber dem Verhalten des gesunden Elternteils nicht korrekt bewerten können. Sie entwickeln Schuldgefühle, da sie glauben, für die veränderte Situation verantwortlich zu sein. Außerdem erhalten sie oftmals von den Eltern zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung, da diese mit ihrer eigenen Erkrankung überfordert sind. Manche Kinder müssen Aufgaben übernehmen, für die normalerweise die Eltern zuständig sind. Auch empfinden sie häufig eine unangemessen starke Verantwortung für den erkrankten Elternteil. Hiermit sind die Kinder oftmals überfordert. Es kommt somit zu einer Rollenumverteilung (Parentifizierung). Die Kinder übernehmen die Funktion der Eltern oder des Partners (Lenz 2005; Lenz und Kuhn 2011). Dadurch rücken die Bedürfnisse der Kinder in den Hintergrund bzw. werden unterdrückt.

Stigmatisierung: Eine zusätzliche Belastung ist die Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. Psychische Erkrankungen sind mit vielen Vorurteilen beladen. Problematisch ist außerdem, dass viele psychisch kranke Eltern aus Angst vor einem Entzug der elterlichen Sorge auf Hilfe von außen verzichten, obwohl sie gerne Hilfe in Anspruch nehmen würden (Sommer et al. 2001). In einer Studie von Hearle et al. (1999) waren 40% der Probanden nicht in der Lage, Hilfe zu suchen, 36% wussten nicht, wo sie Hilfe erhalten können, und 30% hatten Angst, ihre Kinder zu verlieren. Deswegen ist es besonders wichtig, dass Hilfe von außen kommt.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Kinder- und Jugendhilfe vom Gesetz her erst eingreifen darf, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, die häufig erst im Zuge psychischer (oder körperlicher) Auffälligkeiten des Kindes entdeckt wird. So kommt oftmals wertvolle Hilfe zu spät.

Für primär- bzw. sekundärpräventive Angebote fehlen zentrale Voraussetzungen (Franz 2005; Franz et al. 2012):

- Es fehlen ausreichende empirische Daten, die exakt die Anzahl betroffener Kinder, die Art und Häufigkeit von Belastungen und Störungsbildern beschreiben.
- Der Bedarf an Hilfe bei Familien, deren Erwachsene psychotisch sind ist sehr komplex. Bei der Bedarfserkennung und -deckung sollten das soziale Umfeld der Familie, Schule, Freizeitangebote, Ämter, klinische und sozialpsychiatrische Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie eingebunden werden.

- Da Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe getrennt voneinander arbeiten, scheitert Hilfe oft an diesen strukturellen Problemen.
- Da sich Kinder schnell binden, auch an pathogene Situationen, ist schnelles Handeln besonders wichtig.
- Dass Kinder vorhanden sind, wird oft nicht wahrgenommen. So wissen viele Psychiater nicht, dass ihre Patienten Kinder haben.
- Der Bedarf an Hilfsangeboten wird nicht ausreichend erkannt und entsprechende Angebote werden nicht vermittelt. Es gibt zurzeit noch keine Möglichkeiten, betroffene Familien besser zu informieren. Auch wird nicht rechtzeitig zwischen wenig belasteten Kindern mit geringem bzw. keinem Bedarf an Hilfe und gefährdeten Kindern mit hohem Risikoprofil und hohem Hilfsbedarf unterschieden.

Laut Wiegand-Grefe (2022) gibt es immer noch keine familienorientierte Regelversorgung für die Unterstützung der Kinder psychisch erkrankter Eltern in Deutschland. Die meisten Unterstützungsangebote seien befristet und nur projekthaft. Die vorhandenen Unterstützungsangebote würden sich häufig nur an bestimmte Zielgruppen wenden, wie z. B. die Kinder von depressiven Eltern. Es würden häufig Gruppenangebote für Angehörige etabliert, welche als Zielgruppe nur die Partner, nicht jedoch die Kinder ansprechen und eine Mindestanzahl an Teilnehmern fordern. Die familienorientierte Versorgung mit Präventionsangeboten für Angehörige sei in Deutschland unzureichend, da meist nur das erkrankte Individuum beachtet werde. Eine schwere Erkrankung eines Familienmitglieds betrifft aber die ganze Familie. Der gut evaluierte CHIMPS-Ansatz erlaubt nach Wiegand-Grefe (2022) eine Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie der Lebensqualität der Kinder.

Pohl et al. (2020) kritisieren, dass zwar viele Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern existieren, es jedoch nicht genügend familienorientierte Komplexangebote gebe. Anders als die meisten Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sind die vier Präventionsangebote Kanu, CHIMPs, Trampolin und PRODO evaluiert und weisen einen Evidenzgrad ≥ Stufe II auf (Pohl et al. 2020).

„Kanu“ ist ein sekundärpräventives Programm für 6- bis 14-jährige Kinder und deren Eltern, die psychisch erkrankt sind. Es werden zwei bis drei Eltern- und Kindergespräche und mindestens ein Familiengespräch geführt. Eine Kindergruppe und ein Elterntraining werden zusätzlich angeboten, zudem werden Patenschaften vermittelt und es findet eine Vernetzung mit anderen Hilfseinrichtungen statt. Durch dieses Projekt soll eine

Psychoedukation sowohl der Kinder als auch der Eltern erfolgen, die Familienressourcen sollen gestärkt und sichere Beziehungserfahrungen ermöglicht werden.

„CHIMPs“ (*Children of mentally ill parents*) ist ein familienbezogenes Präventionsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Alter von 3 bis 21 Jahren. Die Interventionen dauern zwischen 6 Monaten bis zu einem Jahr und umfassen ein Vorgespräch, zwei bis drei Elterngespräche, ein Gespräch mit jedem einzelnen Kind, drei Familiengespräche und eine Diagnostik von Kindern und Eltern innerhalb von vier bis sechs Sitzungen. Durch dieses Angebot sollen die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung der gesamten Familie und die Beziehungen innerhalb der Familie gestärkt werden. Außerdem soll das Risiko für die Kinder reduziert werden, dass diese selbst psychisch erkranken.

Das Projekt „Trampolin“ ist ein sekundärpräventives Programm für Kinder, die aus einer Familie mit einer Abhängigkeitserkrankung stammen. Es wird für Kinder von 8 bis 12 Jahren angeboten. Das Programm besteht aus einer Kindergruppe mit einem wöchentlichen Termin innerhalb von neun Wochen. Ziel dieses Programmes ist die Psychoedukation, es sollen Strategien zur Stressbewältigung erlernt werden, die psychische Belastung der Kinder reduziert und das Selbstwertgefühl der Kinder gesteigert werden. Außerdem werden zwei Elternabende angeboten, wo Informationen zum Angebot vermittelt, die elterlichen Kompetenzen gestärkt und die Eltern für die Situation ihrer Kinder sensibilisiert werden sollen.

„PRODO - gesund und glücklich aufwachsen“ ist ein Programm für Kinder im Alter von 8 bis 17 Jahren, deren Eltern an einer Depression erkrankt sind. Es werden acht wöchentliche Termine und im Anschluss vier monatliche Booster-Sitzungen angeboten. Die Sitzungen 1 bis 3 und 9 bis 12 werden zusammen mit Eltern und Kindern angeboten, die Sitzungen 4 bis 8 finden getrennt statt. Durch dieses Angebot soll eine Psychoedukation erfolgen, Strategien zur Bewältigung erlernt und die Erziehungskompetenz der Eltern gefördert werden.

1.3 Schutz-, Belastungs- und Resilienzfaktoren

Im Folgenden soll die verfügbare Literatur zum aktuellen Kenntnisstand kurz skizziert und die Schutz-, Belastungs- und Resilienzfaktoren, die die Kinder psychisch erkrankter Eltern vor einer Erkrankung schützen, zusammengetragen werden.

Es werden die in der Literatur bisher identifizierten Schutz-, Belastungs- und Resilienzfaktoren beschrieben, die Kinder und Jugendliche vor einer (psychischen) Belastung schützen (vgl. Kapitel 1.3.1 und 1.3.2). Dabei soll zudem auf die Lebensqualität der Kinder eingegangen werden. Eine Einschränkung der Lebensqualität

geht laut Ravens-Sieberer et al. (2007) mit einem höheren Anteil an psychischer Auffälligkeit einher. Durch Erfassung der Lebensqualität können somit eventuell frühzeitig psychische Auffälligkeiten erkannt und frühzeitig Präventionsmaßnahmen erfolgen.

1.3.1 Schutz- und Belastungsfaktoren

Schutzfaktoren: Ein protektiver Faktor soll die Widerstandskraft gegenüber Risikofaktoren erhöhen. Jessor et al. (1995) dagegen definieren den Begriff Schutzfaktor als Abwesenheit von Risiko. Beispiele hierfür sind demnach direkte persönliche oder soziale Kontrolle, Aktivitäten (z.B. mit der Familie) und Einbindung in Einrichtungen (wie z.B. Schule). Nach Jaede (2006) zählen zu den Schutzfaktoren ein niedriges Streitniveau in der Familie, gemeinsames Sorgerecht der Eltern, seelische Stabilität der Eltern, intakte Beziehungen zu Eltern und Geschwistern, erwachsene Vertrauenspersonen im sozialen Umfeld, Kontakte zu Gleichaltrigen und Kontinuität in Kindergarten bzw. Schule. Ein Merkmal darf nach Rutter (1985) nur dann als Schutzfaktor bezeichnet werden, wenn dadurch die krankmachende Wirkung der Risiken verringert wird. Ein protektiver Faktor ist also nicht einfach nur das Gegenteil von einem Risikofaktor.

Belastungsfaktoren: Nach Kirby und Fraser (1997) sind Risikofaktoren Einflussgrößen, die die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu bekommen erhöhen. Hierzu zählen personale Einflüsse (wie Persönlichkeitsmerkmale, genetische Faktoren), kontextuelle Einflüsse (wie Misshandlung, Armut) und Stress (z.B. kritische Lebensereignisse). Steigt die Zahl der Risikofaktoren, nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, eine psychische Erkrankung zu bekommen. Die verschiedenen Risikofaktoren können sich addieren, multiplizieren oder exponentiell sein (Masten et al. 1990). Für Jessor et al. (1995) sind Belastungsfaktoren Merkmale, die im Zusammenhang mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von negativem oder schlechtem Outcome (wie Mortalität, Morbidität) stehen. Hoenig und Hamilton (1969) differenzieren subjektive von objektiven Belastungsfaktoren bei Angehörigen psychisch Kranker. Zu den objektiven Faktoren werden alle direkten und indirekten Aspekte, die aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern vorhanden sind, gezählt. Als subjektive Belastungsfaktoren wird die Belastung bezeichnet, der die Angehörigen sich tatsächlich ausgesetzt fühlen.

Baldwin et al. (1990) unterteilen die Risikofaktoren in distale und proximale. Distale Risikofaktoren (wie z.B. die psychische Erkrankung des Elternteils) werden durch proximale Faktoren (wie z.B. elterliche Disharmonie) übermittelt. Dies hat zur Folge, dass bei Nichtvorhandensein von proximalen Risikofaktoren der Zusammenhang zwischen der distalen Variablen und der kindlichen Anpassung fehlen kann. Diese

Kinder werden dann fälschlicherweise als resilient eingeschätzt (Richters und Martinez 1993), obwohl sie einfach nur einem geringeren Risiko ausgesetzt waren (Rutter 1996). Nach Jessor et al. (1995) hat die Anzahl an Risikofaktoren einen stärkeren Vorhersagewert für die Entwicklung einer Störung als ein spezifischer Risikofaktor. Deswegen sollten Schutz- und Belastungsfaktoren erfasst werden, damit problematisches Verhalten besser vorausgesagt werden kann (Arthur et al. 2002).

1.3.2 Resilienz als Kompetenz unter Belastungserleben

Der Begriff Resilienz stammt von dem lateinischen Wort *resilire* und bedeutet „zurückspringen, abprallen". Bender und Lösel (1998) beschreiben Resilienz als eine der jeweiligen Situation angepasste Widerstandsfähigkeit. Der Grundgedanke der Resilienz ist, dass es Personen gibt, die über Schutzfaktoren verfügen, die sie vor negativen Einflüssen bewahren. Früher wurde Resilienz als eine in der Persönlichkeit des Menschen liegende Eigenschaft angesehen. Dieser personenzentrierte Ansatz beabsichtigt, stressresistente und widerstandsfähige Personen identifizieren zu können und zu erklären, warum diese, obwohl sie das gleiche Risikoprofil besitzen wie nicht-resiliente Personen, resilient sind. Resilienz wird in diesem Ansatz als stabile, situationsübergreifende Eigenschaft verstanden und synonym mit dem Begriff Invulnerabilität verwendet (Anthony 1987). Seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts änderte sich das Konzept des Resilienzbegriffes (Werner und Smith 1982; Garmezy 1991). Es wurde davon ausgegangen, dass Resilienz nicht nur von der Persönlichkeit, sondern auch von der Umwelt bestimmt wird (Ansatz der Person-Umwelt-Konstellation). Den Anstoß hierfür gab die Beobachtung von Kindern, die in schwierigen sozialen Verhältnissen aufwuchsen, sich aber als Erwachsene positiv entwickelten. In der Forschung zur Resilienz wird deshalb hinterfragt, warum manche Menschen trotz gleicher Belastung gesund bleiben, andere hingegen erkranken. Emmy E. Werner gilt als Pionierin der Resilienzforschung. Sie untersuchte 1955 in einer Längsschnittstudie 698 Kinder auf der Insel Kauai in Hawaii, die in diesem Jahr dort geboren wurden. Es wurde hierbei der Einfluss biologischer und psychosozialer Risikofaktoren im Zusammenhang mit schwierigen Lebensumständen und schützenden Faktoren in der Entwicklung dieser Kinder erforscht. Obwohl 30% dieser Kinder erheblichen Risikofaktoren für die Entwicklung einer instabilen Persönlichkeit ausgesetzt waren, entwickelte sich ein Drittel dieser Kinder zu leistungsfähigen, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen, die nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerieten (Werner 1999). Im Ergebnis wurden Zusammenhänge zwischen positiven

Entwicklungsresultaten und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen von Kindern bzw. Merkmalen ihrer sozialen Umwelt gefunden (Fingerle, Freytag und Julius 1999).

> „Wir haben festgestellt, dass die ehemals ‚schwierigen' Jugendlichen, deren Leben eine positive Wende nahm, sich signifikant von den Personen unterschieden, die solche Gelegenheiten nicht ergriffen hatten. Diese Probanden waren als Kinder aktiv und umgänglich gewesen, hatten ausgeprägte praktische Fähigkeiten und Lesefähigkeiten gezeigt und im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit hatten sie eher positive Interaktionen mit ihren Betreuungspersonen erfahren" (Werner 2006).

Resilienz bedeutet somit nach Werner ein Gleichgewicht zwischen biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren, kritischen Lebensereignissen, schützenden Charaktereigenschaften des Kindes sowie dem sozialen Umfeld. Resilienz wird folglich nicht nur von Faktoren beeinflusst, die innerhalb der Person liegen, sondern zusätzlich von externalen Faktoren, also außerhalb der Person liegenden Faktoren. Norman Garmezy, ebenfalls ein Pionier der Resilienzforschung, untersuchte die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder. Obwohl diese Kinder aufgrund der elterlichen Erkrankung einem höheren Risiko ausgesetzt waren, entwickelten sie sich positiv (Garmezy 1971, 1974). Garmezy versuchte zu ergründen, durch welche Eigenschaften sich diese Kinder von anderen Kindern unterschieden, die weniger Anpassungsfähigkeit besaßen (Masten und Powell 2003). Resilienz wurde von nun an als Person-Umwelt-Beziehung angesehen. Umweltfaktoren wie z.B. soziale Netzwerke, Bezugspersonen, Erziehungsstile und schulische Förderung sind neben den Persönlichkeitsmerkmalen von bedeutender Rolle für ein resilientes Verhalten (Knoll, Scholz und Rieckmann 2005). Resilienz ist somit kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern bezeichnet eine Kapazität, die im Rahmen der Person-Umwelt-Interaktion im Verlauf der Entwicklung erworben wird (Rutter und Sroufe 2000). Personen- und Umweltfaktoren sind demnach im Laufe des Lebens veränderbar. Nach Rutter (1995) können sich die psychischen, biologischen und ökonomischen Ressourcen, die für die Anpassung an eine Risikosituation wichtig sind, in den einzelnen Lebensabschnitten modifizieren. Eine ehemals bedrohliche Situation kann später als Schutzfaktor fungieren.

Ein Problem stellen aber die unterschiedlichen Interpretationen von Resilienz dar. Einerseits wird sie als stabiles Persönlichkeitsmerkmal definiert (Block und Block 1980) und die Kinder werden als ‚invulnerable/ invincible children' beschrieben, andererseits wird Resilienz als Prozess der biopsychosozialen Anpassung bzw. dessen Ergebnis verstanden (Kumpfer 1999; Lösel, Kolip und Bender 1992; Masten, Best und Garmezy 1990). Der Ansatz der Person-Umwelt-Konstellation geht davon aus, dass

Schutzfaktoren für eine resiliente Verhaltensweise nicht nur von der Persönlichkeit, sondern auch von der Umwelt bestimmt werden.

Für Masten (2001) ist Resilienz schlicht ein Phänomen der menschlichen Anpassung. Da die Entwicklung des Anpassungssystems beeinträchtigt werden könne, bestehe in dieser Entwicklung die größte Bedrohung. Hierbei sei für die Entwicklung des Gehirns und der Kognition u.a. die Relation zwischen Versorger und Kind, die Regulation von Gefühl und Verhalten besonders wichtig. Jüngere Kinder mit noch nicht ausgebildetem Anpassungssystem sind somit durch Belastungen stärker gefährdet als ältere Kinder.

Resilienz beschreibt also einen Prozess oder ein Ergebnis der erfolgreichen Anpassung an Belastung. Resilienz zeigt sich folglich auch nur unter Belastung. Sie wird gemessen, indem die Belastung, die erfolgreiche Anpassung bzw. der positive Zustand und die Einflussfaktoren bestimmt werden.

Resilienz ist nach Masten (2001) also auf das Vorhandensein von Schutzfaktoren bzw. Nichtvorliegen von zusätzlichen Belastungsfaktoren zurückzuführen. Die Tatsache, dass nicht alle Kinder psychisch Erkrankter trotz dieser Belastung selbst erkranken, dürfte (u.a.) auf Anpassungsprozessen im Sinne von Resilienz beruhen.

1.3.3 Lebensqualität

Da das Belastungserleben ein wichtiger Bestandteil der subjektiven Lebensqualität ist und diese prägt, kann die Lebensqualität Aufschluss über das subjektive Belastungserleben geben. Dabei wird eine vergleichsweise unbeeinträchtigte Lebensqualität auf ein vergleichsweise unbeeinträchtigtes Belastungserleben schließen lassen und *vice versa* eine vergleichsweise eingeschränkte Lebensqualität mit einem vergleichsweise hohen Belastungserleben einhergehen. In diesem Sinne kann die Messung der Lebensqualität bei Kindern psychisch erkrankter Eltern unter ansonsten gleichen Bedingungen Aufschluss über die individuelle Anpassungsleistung der Kinder geben, diese Lebenssituationen zu bewältigen. Lebensqualität kann sozusagen als Hinweis auf Beeinträchtigungen der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen und emotionalen Belastungen aufgefasst werden und stellt insofern eine wichtige Ergänzung einer reinen Betrachtung der Symptomatik dar (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Für den Begriff „Lebensqualität“ existiert keine allgemeingültige Definition. Der Begriff kommt ursprünglich aus der Wohlfahrtsforschung, wo soziale und ökonomische Aspekte im Vordergrund standen. Im Verlauf gewannen subjektive Merkmale der Lebensqualität wie subjektives Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit immer mehr an Bedeutung

(Diener und Suh 1997). Lebensqualität wird dabei zunehmend als ein auf das Individuum bezogenes Konzept angesehen (Fuhrer 2000).

Lenz und Köhler-Saretzki (2021) fassen unter Lebensqualität „die psychischen, sozialen und körperlichen Komponenten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit aus dem Erleben der befragten Person“ zusammen.

Da nach wie vor eine klare Forschungsdefinition zur Lebensqualität fehlt, wird vielfach auf die folgende Definition der Lebensqualität der WHO (1997) Bezug genommen:

> „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäben und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.“ (WHO 1997)

Demzufolge umfasst das Konzept „subjektive Lebensqualität“ multidimensional die individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte, die kulturabhängig je nach Umwelt beeinflusst sein können (WHO 1997; Renneberg und Lippke 2006).

In der Medizin wird laut Bullinger et al. (2008) unter Lebensqualität „das Erleben der Auswirkung von Erkrankung und Behandlung auf das alltägliche Leben aus Patientensicht“ verstanden und als „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ bezeichnet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann somit nach Bullinger (2016) auch als ein Indikator für den Behandlungserfolg herangezogen werden. Sie beschreibt den Gesundheitszustand, den der Patient subjektiv wahrnimmt (Ravens-Sieberer et al. 2007). Sofern die Beurteilung positiv ausfällt, fühlt sich die Person wohl und hat eine hohe Funktionalität. Wohlbefinden bzw. *Wellbeing* ist somit als ein Teil von gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL) zu verstehen, welcher sich auf das „innere Erleben richtet und einen angenehmen Zustand beschreibt“ (Bullinger 2021). Das multidimensionale Konstrukt beinhaltet also sowohl objektive als auch subjektive Komponenten.

Nach Ravens-Sieberer et al. (2007) ist vor allem die mentale Gesundheit mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gingen mit vermehrten psychischen Auffälligkeiten einher. Durch die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität könnten Individuen identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für Gesundheitsprobleme besitzen. Zusätzlich könnten hierdurch die mit einer Erkrankung verbundenen

Belastungen bestimmt werden und dadurch mögliche Beeinträchtigungen frühzeitig entdeckt werden (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Lange Zeit herrschte im Gesundheitswesen, so auch in der Psychiatrie, die Ansicht, psychisch Erkrankte könnten kaum selbst verlässliche oder aussagekräftige Einschätzungen zu ihrem Gesundheitszustand abgeben, so dass eine Fremdbeurteilung der behandelnden Mitarbeiter über Patienten zu bestimmten Erkrankungsparametern zu erfolgen habe. Franz und Kollegen bezeichnen daher die damalige, bis Mitte der siebziger Jahre vorherrschende Behandlerperspektive als die des passiven Behandlungsobjektes, während sich heute hingegen Behandler und zu Behandelnde als aktiv kooperierende Partner sehen (Franz und Meyer 2013; Franz, Meyer und Gallhofer 2002). Von da an wurden Patienten verstärkt selbst zu ihrer Lebensqualität befragt. So wurde nicht nur nach der objektiven Sicht, sondern auch nach der subjektiven Selbsteinschätzung gefragt und festgestellt, dass beide Variablen unterschiedliche Sachverhalte abbilden (Franz 2006). Zusätzlichen Aufwind, Patienten selbst nach ihrer Lebensqualität zu befragen, hatten die in der Enthospitalisierungsphase durchgeführten Befragungen hospitalisierter Patienten mit sich gebracht, so dass ein regelrechter Boom aufkam, die Lebensqualität psychisch Erkrankter zu erforschen. Ab den achtziger Jahren stieg entsprechend die Anzahl der veröffentlichten Artikel zum Thema Lebensqualität exponentiell (Franz 2006). Dabei wurde einerseits heftig diskutiert, wie eine Definition von Lebensqualität aussehen könnte, andererseits ob es tatsächlich möglich sei, Patienten mit verschiedensten Erkrankungsbildern, darunter auch Demenzerkrankte, zu ihrer Lebensqualität zu befragen (Meyer et al. 1998).

Mittlerweile herrscht Einigkeit in der Forschung, dass es sich bei der Lebensqualität eines Menschen um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, das objektiv und subjektiv beurteilt werden kann. Objektive Aspekte der Lebensqualität umfassen messbare Einheiten wie Wohlstand und Bildung; subjektiv erlebte Lebensqualität hingegen umfasst alle selbst eingeschätzten Zuschreibungen, die naturgemäß von eigens gesetzten Maßstäben und Werthaltungen abhängen. Wie Untersuchungen von an Schizophrenie erkrankten Patienten zeigten, kann es den Betroffenen z.B. durch soziale Vergleiche gelingen, auch unter schwierigen Lebensbedingungen Zufriedenheit aufrechtzuerhalten (Franz 2006). Somit ist die subjektiv erlebte Lebensqualität nicht nur ein Äquivalent der objektiven, sondern kann eine Anpassungsleistung beinhalten, bestimmte Lebenssituationen zu bewältigen. Ein solcher Anpassungsmechanismus wird auch als Response-shift bezeichnet und meint eine „Veränderung des Bewertungshintergrunds für subjektive Erhebungen im Verlauf von schweren Erkrankungen“, so dass die subjektive Lebensqualität im Verlauf wieder ansteigt. Zu unterscheiden sind die

drei verschiedenen Response-shift-Prozesse Repriorisierung, Rekalibrierung und Neukonzeptualisierung, die zur Zufriedenheitshomöostase beitragen. Während Repriorisierung die „quantitative Änderung der Relevanz einzelner Komponenten für ein Konstrukt“ beschreibt, stellt Rekalibrierung eine „Veränderung der internen subjektiven Metrik zur Beurteilung eines Konstrukts beziehungsweise dessen Komponenten“ dar; Neukonzeptualisierung beschreibt dagegen „die qualitative Neudefinition eines Konstrukts“ (Jelitte 2010).

Bei der subjektiven Lebensqualität spielen verschiedene Einflussfaktoren wie z.B. Depressivität eine Rolle, die nicht, wie von Kritikern angenommen, die Lebensqualität verzerrt, sondern vielmehr die subjektive Realität widerspiegelt. Auch soziodemografische, weitere psychopathologische und Persönlichkeitsmerkmale stehen im Zusammenhang mit Einschätzungen der Lebensqualität (Franz et al. 2013).

Aktuell wird das Konzept der Lebensqualität in der Medizin an verschiedenen Stellen eingesetzt. Zum einen sind die Beschreibung und die Einflussfaktoren der Lebensqualität für die epidemiologische Forschung von Interesse. Zum anderen nutzt die Interventionsforschung die Lebensqualität, um die Effektivität von Intervention und Therapie zu evaluieren. Auch im Behandlungsverlauf selbst ist die Lebensqualität ein Maßstab für die Outcome-Messung von Patientenzufriedenheit. Weiter nutzen die Qualitätssicherung und die Gesundheitsökonomie das Kriterium Lebensqualität z.B. für Benchmarks. Die Lebensqualität wird meist als Selbsturteil erhoben und nur in den Bereichen, in denen Erkrankte nicht selbst antworten können (z.B. Demenzerkrankte), werden Fremdeinschätzungen vorgenommen. Je nach Fragestellung können dabei generische oder störungsspezifische Skalen genutzt werden (Franz und Meyer 2013).

Die Erfassung und damit die Frage einer Operationalisierung der subjektiven Lebensqualität von Erwachsenen, aber auch von Kindern und Jugendlichen ist eine zentrale methodische Frage. Nach intensiver Forschung an Erwachsenen wurde der Forschungsbereich später auch auf Kinder und Jugendliche ausgedehnt. Zentral war dabei die Frage, ab welchem Alter Kinder in der Lage seien, über ihr Wohlergehen subjektiv zu berichten. Daher galt es je nach Alter und Entwicklungsstand ein passendes Instrument zu entwickeln, mit dem Kinder im Selbstbericht über sich urteilen konnten. Fremdberichte der Eltern sind hier lediglich als Ergänzung zum Selbstbericht der Kinder zu sehen und nicht als Ersatz für die eigenen Einschätzungen der Kinder. Zugleich sind Fremdeinschätzungen von Eltern bezüglich ihrer Kinder oftmals ein erster Hinweis darauf, wie es Kindern geht. Insofern sind auch Eltern-Einschätzungen ein wichtiger Bestandteil bei der Beurteilung der kindlichen Lebensqualität.

In den Studien zur Fremd- und Selbsteinschätzung herrscht mehr oder weniger Einigkeit darüber, dass beide Urteile wenig übereinstimmen (Marsac et al. 2007; Vrijmoet-Wiersma et al. 2009). Bei jüngeren Kindern und Eltern besteht ein größerer Zusammenhang als bei älteren Kindern. Erklärt wird dies damit, dass körperliche Verhaltensweisen von jüngeren Kindern leichter abgebildet werden als interne Entwicklungsgeschehen älterer (Ravens-Sieberer et al. 2005a; Jokovic, Locker und Guyatt 2004).

Zudem sind methodisch charakteristische Verzerrungen zu erwarten: Bei Fremd- und Selbstbeurteilungen ist grundsätzlich sowohl bei Eltern als auch bei Kindern mit einer Tendenz zu positiven Antworten zu rechnen, die die Ergebnisse verzerren kann (Körner et al. 2006). Auch die jeweilige zugrunde liegende Psychopathologie der Eltern kann deren Beurteilung der kindlichen Folgen tönen. So wird angenommen, dass depressiv Erkrankte die Lebensqualität ihrer Kinder als schlechter beurteilen als Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung (Pollak et al. 2008).

Bullinger und Ravens-Sieberer (1995) orientierten sich bei der Entwicklung ihres Fragebogens zur Lebensqualität für Kinder und Jugendliche an den Kriterien der WHO, nach denen alters- und entwicklungstypische Phasen berücksichtigt sowie interkulturelle Vergleichbarkeit gewährleistet werden sollte. Neben der Vorgabe, dass das Kind im Vordergrund steht, sollten die positiven Aspekte die negativen überwiegen und die verfügbaren Ressourcen der Kinder abbilden. Gemäß diesen Kriterien wurde ein Fragebogen für Kinder und Jugendliche mit einem allgemeinen sowie einem spezifischen Modul entwickelt.

Das Konstrukt der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wurde von Ravens-Sieberer et al. (2007) weiter differenziert und verschiedene Dimensionen wie die physische, die psychisch-emotionale und die soziale Dimension erweitert. Weitere prägende Aspekte für Kinder und Jugendliche sind die Selbstwahrnehmung bzw. der Selbstwert, die wahrgenommene Qualität der Beziehung zu Eltern oder Freunden sowie die schulische Zufriedenheit (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Mittlerweile liegt ein revidierter, international standardisierter Fragebogen für die Selbst- und Fremdeinschätzung vor – der KINDL-R-Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2003, vgl. Kap. 2.5.2). Dieser Fragebogen kann krankheitsübergreifend sowohl bei klinischen Populationen als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen verwendet werden. Er ist Likert-skaliert und beinhaltet die folgenden sechs Dimensionen: körperliches Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, Wohlbefinden in Bezug auf

Freunde/Gleichaltrige, schulisches Wohlbefinden. Diese Dimensionen werden dann zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Sofern eine länger andauernde Krankheit vorliegt, wird das Modul Erkrankung aufgenommen und die Lebensqualität in Bezug zur Erkrankung erfasst.

Das generische Hauptinstrument liegt als Selbsteinschätzung der Kinder und als Fremdbeurteilung der Kinder durch die Eltern für verschiedene Altersgruppen vor. Eine Kinderversion bezieht sich auf 4- bis 6-jährige Kinder, Eltern können bereits ihre Kinder ab 3 bis 6 Jahren einschätzen. Alle weiteren Altersgruppen (7-13 Jahre und 14-17 Jahre) liegen ebenfalls als Selbst- und Fremdeinschätzung vor (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998).

Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen einer Normstichprobe erhoben, so vergeben Eltern im Fremdurteil im Kindl-R einen Gesamtwert von 76,9 Punkten, die Mittelwerte der Subskalen schwanken zwischen 69,7 und 80,9 Punkten. Mit steigendem Lebensalter hinweg fällt die Lebensqualität von den 3- bis 6-Jährigen zu den 14- bis 17-Jährigen von 80,0 Punkten auf 73,4 Punkte. Diese Abnahme ist bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen. Auf der Skala Körper weisen Mädchen eine geringere Lebensqualität auf als Jungen in einem Alter von 11 bis 13 Jahren und 14 bis 17 Jahren (Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart 2007).

Ein enger direkter Zusammenhang zwischen der Einschränkung der Lebensqualität der Kinder und der Schwere der elterlichen Erkrankungen ist in der Fachliteratur bereits belegt (Wiegand-Grefe et al. 2015). Die Lebensqualität der Kinder ist desto niedriger, je höher die Eltern die Beeinträchtigung durch ihre Erkrankung einschätzen (Wiegand-Grefe et al. 2015). So zeigten z.B. Jeske et al. (2009), dass die Art der Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder beeinflusst; insbesondere ein depressiver Verarbeitungsstil war mit einer geringeren kindlichen Lebensqualität assoziiert. Auch die aktuelle Studie von Radicke et al. (2021) mit 198 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren lieferte Belege, dass die mittels HRQoL gemessene gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern häufig eingeschränkt ist. In ihren Analysen konnten als relevante Faktoren die kindliche und elterliche Psychopathologie, die soziale Unterstützung und das Alter des Kindes identifiziert werden, die die Lebensqualität signifikant voraussagten.

Nach Ravens-Sieberer et al. (2007) ist vor allem die mentale Gesundheit mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gingen mit vermehrten psychischen Auffälligkeiten

einher. Durch Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität könnten Individuen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsprobleme identifiziert werden. Zudem könnten hierdurch die mit einer Erkrankung verbundenen Belastungen bestimmt und dadurch mögliche Beeinträchtigungen frühzeitig entdeckt werden (Ravens-Sieberer et al. 2007). Möchte man zukünftig ein gewisses Maß an Lebensqualität für Kinder psychisch erkrankter Eltern sicherstellen, ist es essenziell, solche relevanten Faktoren zu kennen. Idealerweise wäre dazu ein Screening-Instrument verfügbar, das das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Schutz- und Belastungsfaktoren überprüft und damit gefährdete Kinder mit hohem Hilfebedarf von nicht gefährdeten Kindern mit wenig bzw. ohne Hilfebedarf unterscheiden kann.

1.4 Ziele und Fragestellungen

Als gesichert kann gelten, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern einer Reihe von Belastungen ausgesetzt sind, die mit unmittelbaren Problemen der Kinder (z.B. Desorientierung oder Schuldgefühlen etc.) einhergehen, aber auch zu Folgeproblemen (z.B. Betreuungsdefizite) und Zusatzbelastungen (z.B. Parentifizierung) führen können (Mattejat und Lisofsky 2008).

Um Unterstützungsmöglichkeiten für diese Kinder entwickeln zu können, ist es nicht nur zentral zu wissen, in welchen Bereichen sich die Kinder psychisch erkrankter Eltern belastet fühlen, sondern auch, inwieweit sich diese Kinder von einer Referenzstichprobe gesunder Kinder aus der Allgemeinbevölkerung bzw. von Kindern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit gesicherter kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnose unterscheiden. Erst diese Betrachtungsweise erlaubt es, die Belastungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch erkrankter Eltern differenziert zu beurteilen. Erst im in der vorliegenden Studie angestrebten Vergleich mit einerseits einer erkrankten Stichprobe aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und andererseits einer Referenzstichprobe gesunder Kinder aus der Normalbevölkerung können die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern herausgearbeitet werden, die bei einer isolierten Betrachtung der Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder nicht zu Tage treten.

Wie in Kapitel 1.3.3 dargelegt, kann die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Individuen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsprobleme identifizieren und mögliche Beeinträchtigungen frühzeitig aufdecken (Ravens-Sieberer et al. 2007). Daher möchte die vorliegende Studie untersuchen, wie die Lebensqualität dieser Kinder von den Eltern eingestuft wird. Zusätzlich soll eine Analyse nach

Geschlecht und Lebensalter etwaige spezifische Unterschiede in der Lebensqualität explorieren.

Das übergeordnete praktische Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, herausragende Merkmale bzw. charakteristische Syndrom- oder Defizitbereiche einzelner Geschlechts- und Altersgruppen bei Kindern psychisch kranker Eltern zu identifizieren. Es sollen Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten und Unterschiede im Lebensqualitätsprofil für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen der Kinder psychisch erkrankter Eltern dargestellt werden, um hieraus zukünftig ein Screeningverfahren entwickeln zu können. Ein spezifisches Screening-Instrument, das gefährdete von nicht gefährdeten Kindern zu unterscheiden erlaubt, könnte letztlich entsprechend maßgeschneiderte Präventionsmaßnahmen bei Kindern psychisch kranker Eltern gewährleisten.

Im Detail sollen die folgenden Fragestellungen F1 bis F2 untersucht werden:

F1: Welche psychischen Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen Kinder von psychisch erkrankten Eltern im Vergleich zu Kindern mit diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen bzw. gesunden Kindern einer Referenzstichprobe?

F2: Gibt es Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten und Unterschiede im Lebensqualitätsprofil bei Kindern psychisch erkrankter Eltern für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen?

2 Material und Methoden

2.1 Art, Ort und Zeitraum der Studie

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine explorative Interviewstudie mit psychisch erkrankten Eltern von Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren. Die Studienteilnehmer wurden zu ihren Kindern befragt. Somit handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren. Die befragten Eltern bzw. der befragte Elternteil befanden sich aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung.

Die Studie bestand aus einer Primär- und einer Sekundärstudie. Die Primärstudie wurde in der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Gießen von Januar 2007 bis September 2007 durchgeführt (Ethikvotum der EK Gießen AZ 121/06).

Nach dem beruflichen Wechsel des Studienleiters von Gießen an das Klinikum Vitos Kurhessen wurde die Datenerhebung der Sekundärstudie dort fortgeführt. Die Sekundärstudie wurde von Februar 2015 bis September 2017 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Vitos Kurhessen in Bad Emstal durchgeführt (Ethikvotum der EK Gießen: AZ 226/14; DRK S 00011533).

Da sich die beiden Studienpopulationen nicht signifikant in den demografischen Variablen z.B. im Hinblick auf Alter und Geschlecht der Eltern und der Kinder unterschieden, wurden die Stichproben der Primär- und Sekundärstudie für die vorliegende Auswertung nicht weiter unterschieden, sondern zusammengefasst.

2.2 Stichprobe

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Definition der Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dem Interview sollten sicherstellen, dass die Patienten nicht überlastet werden, die Beurteilung der Kinder durch wesentliche Bezugspersonen erfolgt und das Interview für die Patienten sprachlich verständlich ist.

Die Einschlusskriterien lauteten wie folgt:

- Elternteil (ggf. Stief-/Adoptiv-/Pflegemutter/-vater) eines Kindes im Alter von 4-18 Jahren

- Patient(in) befindet sich aktuell in der vollstationären Behandlung. Das Einschlusskriterium „vollstationäre Patienten/Patientinnen“ wurde gewählt, um die Belastung von Kindern von schwerer psychisch Erkrankten abzubilden, da bisherige Studien meist im ambulanten Setting bzw. im Bereich ambulante

Psychotherapie erhoben wurden, wo üblicherweise weniger schwere psychische Erkrankungen behandelt werden. Weiterhin konnten hierdurch Belastungen durch die Studienteilnahme geringer gehalten werden, da keine z.B. gesonderten Anfahrten für die Teilnehmenden anfielen.

- Patient(in) freiwillig in der Behandlung und einwilligungsfähig. Patientinnen und Patienten, die in der Klinik „unfreiwillig" untergebracht waren, wurden nicht eingeschlossen, da nicht von einer vollständig freiwilligen Teilnahme ausgegangen werden konnte, da nicht auszuschließen war, dass sich diese durch eine Teilnahme z.B. eine Lockerung der Ausgangsregelung oder vorzeitige Entlassung erhofften.

- Patient(in) und Kind leben seit mindestens 12 Monaten im gleichen Haushalt.

Die Ausschlusskriterien lauteten wie folgt:

- Patient(in) hat mangelnde Sprachkenntnisse

- Patient(in) ist nach Eindruck des Behandlers z.B. aufgrund von verminderter Intelligenz bzw. kognitiver Einschränkungen nicht in der Lage, die Fragen zu verstehen.

- Patient(in) ist nach Eindruck des Behandlers aufgrund der psychopathologischen Symptomatik wie z.B. Bewusstseinsveränderung oder akute psychotische Symptome nicht in der Lage, die Fragen zu verstehen.

2.2.2 Stichprobenumfang

Primärstudie: Im Rahmen der Primärstudie wurden 94 Interviews durchgeführt, von denen 24 von der Analyse ausgeschlossen wurden, da sich erst nach der Durchführung der Interviews zeigte, dass die Einschlusskriterien nicht erfüllt waren. Zusätzlich wurden Datensätze ausgeschlossen, sofern das Kind in den letzten zwei Jahren sechs Monate und länger von dem befragten Elternteil getrennt gelebt hat. Aus der Primärstudie wurden 70 Datensätze in die nachfolgenden Analysen einbezogen.

Sekundärstudie: Im Rahmen der Sekundärstudie wurden 337 Interviews durchgeführt, von denen 43 Fälle aus der Analyse wegen fehlender Werte (>3%) ausgeschlossen wurden. Aus der Sekundärstudie wurden 294 Datensätze in die nachfolgenden Analysen einbezogen.

Insgesamt lagen somit 364 Datensätze für die Auswertung vor. Diese 364 Datensätze waren nicht in allen Fällen vollständig, da einige Probanden die Befragung nicht vollständig durchführen konnten. Gründe für eine unvollständige Erhebung waren zumeist Zeitmangel (z.B. durch anstehende Therapietermine auf der Station) oder dass sich die Probanden durch die Fülle der Fragen belastet fühlten, so dass einzelne Fragebögen weggelassen werden mussten.

Lediglich 285 dieser insgesamt 364 Datensätze beinhalten auch Angaben zur Lebensqualität.

In der Erweiterung der Studie in Vitos Kurhessen im Rahmen der Sekundärstudie wurden auch Kinder im Alter von 11 bis 18 Jahren befragt. Die Daten der Kinderbefragung werden in der vorliegenden Studie nicht ausgewertet, da das gesamte Altersspektrum von 4 bis 18 Jahren untersucht werden soll.

2.3 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign besteht aus einer Subgruppenanalyse (3 Altersgruppen/Geschlecht, vgl. Kapitel 2.3.3) der Kinder psychisch kranker Eltern nach Z-Normierung der Daten anhand der beiden Referenzgruppen (vgl. Kapitel 2.3.1), die jeweils im Hinblick auf die in Kapitel 2.3.2 definierten Zielgrößen hin überprüft wurden.

2.3.1 Referenzgruppen

Da in der vorliegenden Studie keine Kontrollgruppen von nachweislich psychisch erkrankten Kindern und Kindern mit psychisch gesunden Eltern zur Verfügung standen, wurden die vorliegenden Daten mit publizierten Normstichproben von gesunden Kindern (im Folgenden „Feldstichprobe“, CBCL-Referenzgruppe 1) und psychisch kranken Kindern (im Folgenden „Klinikstichprobe“, CBCL-Referenzgruppe 2) der *Child Behavior Checklist* (CBCL) verglichen.

Sowohl die Daten der Feldstichprobe als auch die Daten der Klinikstichprobe stammten vollständig aus dem Handbuch der *Child Behavior Checklist*. Die Normierung der deutschen Version der CBCL erfolgte innerhalb einer Studie über „Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen“ (PAK-KID-Studie) in einer klinischen Stichprobe N = 1653 (Klinikstichprobe) und einer Stichprobe gesunder Kontrollen N = 1622 (Feldstichprobe). Hierfür waren jeweils mehr als 1600 Eltern befragt worden. Die Klinikstichprobe besteht aus Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrien Berlin, Frankfurt und Köln. Die Probanden der Feldstichprobe stammten aus dem Münsterland.

Mit Ausnahme der Syndromskala schizoid/zwanghaft sind alle Syndromskalen hinreichend reliabel ($r_{tt} \geq .70$). In den übergeordneten Skalen und für den Gesamtwert zeigten sich in den beiden Normreferenzgruppen gute bis sehr gute interne Konsistenzen ($r > .85$).

Für die Lebensqualität lagen zwar in anderen Studien (KIGGS; Hölling et al. 2007; Ravens-Sieberer 2007) Referenzstichproben vor. Es wurde jedoch darauf verzichtet, die Daten mit diesen zu vergleichen, da das nicht der Fokus dieser Arbeit war.

2.3.2 Zielkriterien und Prädiktorvariablen

Die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch erkrankter Eltern wurden mittels der *Child Behavior Checklist* (CBCL 4/18, vgl. Kap. 2.5.1) erhoben. Die Lebensqualität wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL-R, vgl. Kap. 2.5.2) erfasst.

Als Kriteriumvariablen wurden die psychische Auffälligkeit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und die Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern definiert.

Als Prädiktorvariablen dienten der dreistufige Gruppenzugehörigkeitsfaktor (Kinder psychisch kranker Eltern, gesunde Kinder und Klinikstichprobe) sowie der zweistufige Gruppenzugehörigkeitsfaktor Geschlecht und das kategorisierte Lebensalter (4-6 Jahre, 7-13 Jahre und 14-18 Jahre) sowie das Geschlecht in Kombination mit den drei Altersgruppen.

Tabelle 1: Zielkriterien und Prädiktorvariablen

Gruppe	Zielkriterium/ Kriteriumvariable	Prädiktorvariable
Untersuchungsgruppe: - Kinder psychisch erkrankter Eltern	Belastungsfaktoren: - gemessen mit CBCL Lebensqualität: - gemessen mit KINDL-R	- Geschlecht und 3 Altersgruppen (4-6, 7-13, 14-18 Jahre) - Geschlecht in Kombination mit den 3 Altersgruppen (4-6, 7-13, 14-18 Jahre)
1. Vergleichsgruppe (Feldstichprobe, vgl. Kapitel 2.3.1): - gesunde Kinder der Allgemeinbevölkerung	Verhaltensauffälligkeiten: - gemessen mit CBCL	
2. Vergleichsgruppe (Klinikstichprobe, vgl. Kapitel 2.3.1): - erkrankte Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Verhaltensauffälligkeiten: - gemessen mit CBCL	

Zudem wurden die soziodemografischen Variablen deskriptiv dargestellt und geprüft, ob sich die gebildeten Gruppen darin unterscheiden.

2.3.3 Subgruppenanalysen

Die in der vorliegenden Studie eingeschlossenen Kinder psychisch kranker Eltern wurden einer der folgenden drei Altersgruppen (AG) zugeordnet:

4 bis 6 Jahre (AG 1), 7 bis 13 Jahre (AG 2) und 14 bis 18 Jahre (AG 3).

Außerdem wurden sämtliche Auswertungen nach Geschlecht (Jungen und Mädchen) unterteilt vorgenommen.

2.4 Ablauf der Studie

2.4.1 Versuchsleitung

Die Interviews in der Primärstudie führten sechs Studentinnen der Humanmedizin und Psychologie durch, in der Sekundärstudie wurden diese durch Psychologen bzw. wissenschaftliche Mitarbeiter der Psychiatrie der Vitos Klinik durchgeführt. Um eine standardisierte Datenerhebung zu gewährleisten, absolvierten die Interviewer ein Interviewer-Training. Dieses beinhaltete vier Stunden Theorie, in der die Projektleiterin

(Diplom-Psychologin) über mögliche Fehlerquellen (Interviewereffekte, Antwortverzerrungen der Interviewten) bzw. Standardisierung bei der Interviewdurchführung und Regeln zum Ablauf bzw. der Interviewdurchführung im Hinblick auf Fragestellung und Registrierung der Antworten sowie Reaktion auf problematische Situationen (wie z.B. Fragentext genau wörtlich vorlesen, langsam, deutlich und richtig betont vorlesen, langsam sprechen, Antworten genau aufschreiben) informierte. Danach wurden die Ein- bzw. Ausschlusskriterien, der Ablauf des Interviews, das Testmaterial, die Aufklärung des Patienten über Daten- und Versicherungsschutz erläutert.

Abschließend wurde ein dreistündiges Probeinterview durchgeführt, wobei die vorher besprochenen Regeln Anwendung fanden und das Gelernte überprüft werden sollte.

2.4.2 Ablauf der Befragung

Bei Aufnahme der Patienten in den kooperierenden Kliniken (vgl. Kapitel 2.1) erfolgte eine erste standardisierte Befragung zur Patientenrekrutierung. Die Patienten wurden gefragt, ob sie Kinder im Alter von 4 bis 18 Jahren haben. Wenn die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, wurden diese gefragt, ob sie sich bereit erklären würden, an einer standardisierten Befragung zur aktuellen Situation ihrer Kinder teilzunehmen.

Die Rekrutierung erfolgte durch Pflege- und Ärztepersonal sowie durch die Interviewer selbst. Der behandelnde Psychiater bzw. Psychotherapeut überprüfte die Ein- und Ausschlusskriterien und ob eine Studienteilnahme für den Patienten vor dem Hintergrund der aktuellen Symptomatik unschädlich bzw. zumutbar war und erfragte die Bereitschaft des Patienten zur Studienteilnahme.

In der Primärstudie wurden die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie von den Interviewerinnen persönlich bei neu aufgenommenen Patienten erfragt.

In der Sekundärstudie (vgl. Kapitel 2.1) wurden geeignete und interessierte Patienten den Interviewern genannt. Bei bestehender Bereitschaft suchten die Interviewer die potenziellen Teilnehmer in der Klinik auf. Potenzielle Probanden wurden (von den Interviewern) mithilfe eines standardisierten Textes angesprochen, welcher sie über das Ziel der Studie und den Ablauf des Interviews aufklären sollte (vgl. Abbildung 13 im Anhang). Zudem wurden die Ein- und Ausschlusskriterien erfragt. Patienten, die diesen Kriterien entsprachen und der Teilnahme zustimmten, erhielten ein Informationsblatt mit Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung und die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Es wurde ein Termin für das Interview vereinbart, welches in der jeweiligen Klinik stattfand, in der die Patienten stationär untergebracht waren. Somit hatten die Patienten mehrere Tage Zeit, um das ausgegebene Material ausführlich zu sichten und Gelegenheit, eventuelle Fragen bezüglich Unklarheiten zu stellen.

Für die Durchführung der Interviews wurde von der Klinik ein Raum zur Verfügung gestellt, um ein ungestörtes Setting mit möglichst hoher Konzentrationsfähigkeit gewährleisten zu können.

Vor Durchführung des Interviews wurde von den Interviewern erneut die Bereitschaft zur Teilnahme erfragt und eine schriftliche Einwilligung eingeholt, nachdem eventuelle Fragen zuvor geklärt worden waren.

Danach bekamen die Probanden ein Fragebogenheft vorgelegt, das aus zwei Teilen bestand. Der erste Teil beinhaltete Fragen zur eigenen Person, der zweite Teil zu einem Kind. Um die Daten für die Kinder zu erheben, gab es zwei Versionen, eine für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren und eine für Kinder von 6 bis 18 Jahren. Bei mehreren Kindern mussten sich die Probanden ein Kind aussuchen, über das sie befragt werden wollten.

Die Fragen und Antwortmöglichkeiten wurden von dem Interviewer vorgelesen, da es für die meisten Patienten in stationärer Behandlung (z.B. „depressive Patienten“) schwierig sein kann, umfangreiche Testhefte durchzulesen bzw. zu beantworten. Damit bei allen Interviews gleiche Bedingungen hergestellt werden konnten, wurden daher bei allen Teilnehmern die Fragebögen in Form eines Interviews erhoben.

Den Probanden wurde ein Skalenheft mit den Antwortmöglichkeiten vorgelegt, um die Antwortmöglichkeiten zu verdeutlichen und Fehler bei den Antwortmöglichkeiten zu vermeiden. Die Antworten wurden von dem Interviewer notiert.

Die Dauer der Interviews betrug in der Regel 2 Stunden, Pausen wurden angeboten und eingelegt, sofern sie von den Patienten gewünscht wurden.

Zuerst wurden soziodemografische Angaben zu den Eltern abgefragt, wie Alter, Beruf, Kinder, Kinderbetreuungssituation und Schulabschluss. Im Anschluss wurden Angaben zu den Kindern erhoben, wie das Alter, Geschlecht, Alter bei Ersterkrankung des Elternteils sowie das Vorhandensein einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr.

Zusätzlich wurden das Haushaltsnettoeinkommen, die Anzahl der Geschwister, die Häufigkeit des Sprechens über die Erkrankung innerhalb der Familie sowie Bezugspersonen der Kinder innerhalb und außerhalb der Familie erfragt.

Der KINDL-R wurde nicht bei allen der 364 Probanden durchgeführt, so dass die Angaben zur Lebensqualität lediglich für 285 Fälle vorliegen. Dies ergab sich, da einige Probanden die Befragung nicht vollständig durchführen konnten. Da die CBCL der primäre Outcome-Parameter der Hauptstudie war, wurde diese zuerst vorgegeben. Der KINDL Fragebogen wurde als sekundärer Outcome-Parameter zum Ende der Befragung vorgegeben.

Nach Beendigung des Interviews bekamen die Probanden ein Formular ausgehändigt, in dem sie der Befragung des Partners und Kindes zustimmen konnten. In dem gleichen Formular konnten sie einwilligen, dass dem behandelnden Arzt ein Fragebogen vorgelegt werden kann.

Am Ende erhielten die Probanden ein kleines Geschenk als Aufwandsentschädigung wie z.B. eine CD mit Kinderliedern oder Märchen und eine Broschüre zur Aufklärung kleiner Kinder über die psychische Erkrankung des Elternteils als Dank für die Teilnahme an der Studie. Die Probanden konnten sich ein Geschenk aussuchen.

Die Studienteilnehmer wurden zu ihren Kindern (zu einem einzigen Zeitpunkt) befragt.

2.4.3 Ethische Aspekte

Da in der Studie einige wenige Kinder klinisch relevante Auffälligkeiten zeigten, wurde im Verlauf der Studie in der Klinik Vitos Kurhessen ein Elternberatungsangebot eingerichtet. Für die Studienteilnehmer bestand die Möglichkeit, nach Bedarf ein bis zwei Beratungsstunden in Anspruch zu nehmen. Hier wurde über Unterstützungsmöglichkeiten für Familien informiert. Die Ergebnisse der Befragung wurden den Studienteilnehmern auf Wunsch rückgemeldet. Falls die CBCL-Ergebnisse auf eine klinisch relevante Belastung hindeuteten, wurde den Eltern das Angebot unterbreitet, die Kinder in eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung zu vermitteln. Die Beratungsstunden und die Vermittlungsangebote wurden von den Eltern gut angenommen.

2.5 Befragungsinstrumente

Mittels der Fragebögen wurden soziodemografische Daten der Eltern bzw. Kinder, die Krankengeschichte der Eltern (wie z.B. die Diagnose, Dauer der Erkrankung und Anzahl der Klinikaufenthalte), Lebensgewohnheiten, kritische Lebensereignisse, die Lebensqualität und Belastung, eventuelle Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder und die Stressverarbeitung erfasst.

Für die Studie wurden zudem die folgenden zwei etablierten Fragebögen verwendet (vgl. Kapitel 2.5.1 und 2.5.2):

1. CBCL/4-18: Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe *Deutsche Child Behavior Checklist* (1993, 1998), in deutscher Fassung, vgl. Kapitel 2.5.1.
2. KINDL-R: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form (Ravens-Sieberer und Bullinger 2000), vgl. Kapitel 2.5.2.

2.5.1 Child Behavior Checklist (CBCL 4/18)

Der Elternfragenbogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (*Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist* 1993, 1998) kam in der deutschen Fassung zum Einsatz.

Mit diesem Fragebogen von der Arbeitsgruppe *Deutsche Child Behavior Checklist* (1998, 2. Auflage bearbeitet von Döpfner, Plück, Bölte, Melchers & Heim) können über die Befragung von den Eltern die Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten (Fragenbezug auf die letzten sechs Monate), emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren standardisiert erfasst werden.

Eine Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe von etwa 2900 Kindern und Jugendlichen, aus der Normskalen (Prozentränge und T-Werte) getrennt für Jungen und Mädchen zwischen 4 bis 11 Jahren und 12 bis 18 Jahren abgeleitet wurden.

Die Formulierung der Items ist einfach gehalten, so dass auch Eltern mit einem geringen Bildungsniveau die Fragen verstehen und beantworten können. Bei Unklarheiten besteht die Möglichkeit des Fragenstellens.

Der Fragebogen ist in zwei Teile untergliedert, wobei der erste Abschnitt Fragen über Kompetenzen des Kindes enthält. Der zweite Teil erfragt Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten sowie somatische Beschwerden des Kindes. Die Kompetenzfragen umfassen die Bereiche Sport, Hobbies, soziale Kontakte, Schulleistungen sowie offene Fragen zu Schulleistungen und positiven Seiten des Kindes. Hierbei werden die Qualität und Intensität im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst. Ähnlich wird das Engagement in Organisationen und Arbeiten bzw. Pflichten des Kindes erfasst. Außerdem wird das Verhalten gegenüber den Geschwistern, Eltern und anderen

Kindern bzw. Jugendlichen erfragt. Zusätzlich werden bei Schulkindern die Noten erfragt.

Die Items der Kompetenzfragen werden zu drei Skalen zusammengefasst, nämlich Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule. Der Gesamtscore (Skala 2.Ordnung) setzt sich aus der Summe der drei Unterskalen zusammen. Erst ab einem Alter von sechs Jahren ist eine Auswertung sinnvoll, da die Skalen vorher nicht zwischen Klinik- und Feldstichproben unterscheiden. Da die Konsistenz der Kompetenzwerte in der deutschen Normstichprobe nicht ausreichend ist, sollte eine Interpretation nur zurückhaltend erfolgen (Döpfner, Berner & Lehmkuhl 1994).

Die Fragen zu Problemen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Insgesamt werden 113 Items erfragt. Das Antwortformat ist eine dreistufige Likert-Skala, die sich von 0 (nicht zutreffend) über 1 (etwas oder manchmal zutreffend) bis 2 (genau oder häufig zutreffend) erstreckt. Acht Syndromskalen werden aus den Problemskalen gebildet, welche in drei übergeordnete Skalen (Sekundärskalen) zusammengefasst werden: internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten sowie die Restkategorie „andere Probleme“. Letztere wurden aufgrund der Heterogenität in dieser Kategorie nicht in die Auswertung einbezogen.

Die internalisierenden Probleme beinhalten die Subskalen „sozialer Rückzug“, „körperliche Beschwerden“, „Angst/Depressivität“. Die externalisierenden Faktoren umfassen die Subskalen „dissoziales Verhalten“ und „aggressives Verhalten“. Die Skalen „internalisierende Auffälligkeiten“ und „externalisierende Auffälligkeiten“ können zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden.

Laut Manual wird für den regulären Einsatz ein Cut-off-Wert (Grenzwert) für klinische Auffälligkeit als T-Wert für alle Syndrom- und Sekundärskalen angegeben. Diesen Cut-off-Wert oder höhere Werte hatten 2% der Repräsentativstichprobe.

Zudem wird ein Übergangsbereich von klinisch unauffällig zu auffällig angegeben. Für die Syndromskalen wird ein T-Wert von T > 70 (Übergangsbereich 67-70) und für die Sekundärskalen ein T-Wert von T > 63 (Übergangsbereich 60-63) für den Übergang in klinische Auffälligkeit angegeben (Esser 2009). Bis auf die Skala „schizoid/zwanghaft“ seien die Problemskalen ausreichend reliabel ($r_{tt} > .70$).

Nach Döpfner et al. (1994) haben die übergeordneten Skalen wie „internalisierende Auffälligkeiten“ und „externalisierende Auffälligkeiten“ sowie die Gesamtskala gute bis sehr gute Konsistenzen ($r > 0.85$). So sind internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten ausreichend voneinander unabhängig. Die Reliabilität des CBCL-

Fragebogens in Bezug auf den Gesamtauffälligkeitswert liegt bei $r_{tt} = .94$. Das Verfahren gilt als sehr gut validiert und wird international als Diagnostikinstrument eingesetzt.

Die Kompetenzskalen haben sich laut Döpfner et al. (1994) als nicht ausreichend konsistent erwiesen (Alpha < .50), weswegen die Skalenwerte nur zurückhaltend interpretiert werden sollen. Dennoch könne man für die klinische Praxis wichtige Informationen gewinnen.

2.5.2 Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form (KINDL-R)

Der Fragebogen KINDL-R zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form, nach Ravens-Sieberer und Bullinger (1998) ist eine Weiterentwicklung des ursprünglichen KINDL-Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und wurde von Bullinger (1994) entwickelt.

Er ist bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren anwendbar, und zwar sowohl bei Gesunden als auch chronisch Kranken und dient der Zustands- und/oder Verlaufsbeschreibung in klinischen, rehabilitationswissenschaftlichen oder epidemiologischen Studien. Zudem ist eine Paper-Pencil-Bearbeitung zur Selbstbeurteilung der Lebensqualität und Fremdbeurteilung durch Eltern oder weitere Bezugspersonen möglich.

Den unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsphasen wird durch unterschiedliche Versionen für jede Altersgruppe Rechnung getragen. So gibt es Selbstberichte für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren, 7 bis 13 Jahren und 14 bis 17 Jahren und Fremdberichte für die Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren, 7 bis 13 Jahren und 14 bis 17 Jahren (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998). Die Bearbeitungszeit beträgt jeweils etwa 10 Minuten.

Die Eltern sollen im KINDL-R die subjektive Lebensqualität ihrer Kinder nach Ravens-Sieberer und Bullinger (1998) in Form eines Fremdberichts in verschiedenen Bereichen einschätzen. Der KINDL-R besteht aus 24 Likert-skalierten Items mit einer fünfstufigen Skala mit den Antwortkategorien „nie“ (1) bis „immer“ (5). Die Lebensqualität wird in sechs Skalen (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Funktionsfähigkeit im Alltag) und einem Gesamtwert erfasst. Die psychometrischen Gütekriterien können als erfüllt angesehen werden, die Reliabilität ist als gut einzustufen (Cronbach`s alpha ≥ .70), die Validität wurde bestätigt. Das Instrument wurde unter anderem in repräsentativen Befragungen (z.B. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, KiGGS-Studie, Ravens-Sieberer et al. 2007) eingesetzt.

Beispielitem für Dimensionen:

- Körperliches Wohlbefinden: „In der letzten Woche habe ich mich krank gefühlt“
- Selbstwert: „In der letzten Woche mochte ich mich selbst leiden“
- Körperliches Befinden: „In der letzten Woche hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen“

Es besteht eine hohe Akzeptanz des Instruments bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Es gibt Zusatzmodule zu spezifischen Belastungen durch eine Erkrankung (krankheitsspezifische Module). Sofern eine länger andauernde Krankheit vorliegt, wird das Modul Erkrankung aufgenommen und erfasst die Lebensqualität in Bezug zur Erkrankung. Es gibt krankheitsspezifische Fragebogenmodule für die Erkrankungen Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis und Diabetes mellitus.

Der Fragebogen KINDL-R wurde in diversen Studien an über 3000 gesunden und chronisch kranken Kindern sowie deren Eltern im Verlauf von bis zu 3 Jahren eingesetzt und geprüft (u.a. KIGGS-Studie, Ravens-Sieberer et al. 2000a, Ravens-Sieberer et al. 2000b). In der Mehrzahl der Skalen und Stichproben ergab sich eine hohe Reliabilität (Cronbach’s alpha ≥ .70) und befriedigende konvergente Validität des Verfahrens. Es besteht eine hohe Akzeptanz des Instrumentes bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998).

In der hier vorliegenden Studie erfolgte die Fremdbeurteilung der Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren, die noch nicht die Schule besuchten, mit der Elternversion für den Altersbereich 4 bis 7 Jahre mit der Fragebogenversion des KINDL-R „Kiddy-KINDL^R für Eltern“ (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Bei Schulkindern wurde die Fremdbeurteilung durch die Eltern mit der Fragebogenversion „Kid & Kiddo-KINDL^R für Eltern“ (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998) durchgeführt.

Vor der Auswertung wurden die Rohwerte der Skalen in Werte von 0 bis 100 transformiert anhand der Formel: $\frac{\text{Skalenmittelwert}}{\text{Itemanzahl}} * 100$, wobei Null die niedrigste und 100 die höchste Lebensqualität angibt.

2.6 Statistische Methoden

Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software SPSS, Version 27 (*IBM SPSS Statistics for Windows*).

Für die Auswertung der CBCL-Daten wurden Fälle mit fehlenden Angaben bei >3% der Items (n=35; 8,8% von 399) der CBCL von der Auswertung ausgeschlossen. Bei ≤3% fehlenden Angaben (n= 110; 27,6% von 399 mit max. 3 von 113 Items fehlend) wurden die fehlenden Werte in den Einzelitems durch den Mittelwert der dazugehörigen Syndromskala ersetzt.

Für die Auswertung der KINDL-Daten wurden analog zum Vorgehen bei den CBCL-Daten die Fälle mit fehlenden Angaben bei >3% der Items ausgeschlossen (n=89). Bei ≤3% fehlender Angaben (n=15 mit max. 1 von 24 Items fehlend) wurden die fehlenden Werte in den Einzelitems durch den Mittelwert der dazugehörigen Skala des erfassten Lebensqualitätsbereichs ersetzt.

Die einfache Imputation mit Ausschluss von Datensätzen >3% fehlenden Werten wurde trotz des Risikos einer Unterschätzung der Varianzen vor dem Hintergrund gewählt, dass Probanden die Fragebögen entweder nahezu vollständig oder gar nicht bearbeitet hatten. Weiterhin sind in den Testhandbüchern (CBCL-Handbuch, Achenbach 1991) und dem KINDL-Manual (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998) diese Anteile fehlender Werte für die Auswertbarkeit als tolerierbar angegeben.

Insgesamt gingen damit 364 von 399 Fällen in die Auswertung der CBCL-Daten ein. Betrachtet wurden die acht der neun CBCL-Syndromskalen, welche vorgegebene Syndrombereiche erfassen, d.h. alle außer „andere Probleme“. Zudem wurden die Sekundärskalen „internalisierende Probleme“ und „externalisierende Probleme“ und der CBCL-Gesamtwert analysiert. Die neunte Syndromskala „andere Probleme“ wurde aufgrund der Heterogenität der hier erfassten Auffälligkeiten nicht in die Analyse aufgenommen.

Mittels der Normen für die beiden im CBCL-Handbuch angegebenen Referenzgruppen, 1) der Feldstichprobe (im Folgenden auch verkürzt „gesunde“ Stichprobe) und 2) der Stichprobe aus in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelter Kinder (Klinikstich-probe) wurden die Skalenrohwerte jeweils in Z-Werte transformiert.

Für die mit dem KINDL-R gemessene Lebensqualität gingen insgesamt 285 Fälle in die Analysen ein. Der Lebensqualitätsbereich „Schule / Ausbildung“ war für 20 Befragte (mit Kindergartenkindern) nicht anwendbar und wird hier für die verbleibenden 265 Fälle angegeben. Die Rohwerte wurden, wie im Handbuch vorgeschlagen, auf den

Wertebereich von 0-100 transformiert, so dass die Skalenwerte für die einzelnen Lebensqualitätsbereiche vergleichbar sind.

Für nominale und ordinale Variablen werden in der vorliegenden Arbeit absolute (N) und relative (%) Häufigkeiten dargestellt. Für metrische Variablen werden das arithmetische Mittel als Maß der zentralen Tendenz, die Standardabweichung sowie Minimum und Maximum als Maße der Streubreite dargestellt.

Da sich die Fallzahlen mit ausreichenden Angaben für die CBCL (N=364) und KINDL (N=285) deutlich unterschieden, erfolgt die Darstellung der soziodemografischen Variablen für die CBCL-Auswertung für die Gesamtstichprobe und erneut für die Auswertung für die KINDL-Stichprobe, um bestehende Gruppenunterschiede, die Einfluss auf die Ergebnisse in den Zielvariablen haben könnten, für beide Analysen transparent darzustellen.

Für die Betrachtung der Variable „Alter“ wurden drei Altersgruppen 4-6 Jahre, 7-13 Jahre sowie 14-18 Jahre gebildet. Diese Altersgruppeneinteilung wurde analog der vom KINDL-Lebensqualitätsfragebogen vorgeschlagenen Altersgruppen übernommen (KINDL-Manual, Ravens-Sieberer und Bullinger 1998), da hier eine etwas feinere Dreigruppen-Einteilung und nicht wie in der CBCL lediglich eine Zweigruppen-Einteilung (4-11 Jahre und 12-18 Jahre) erreicht wird. Auf eine Betrachtung einzelner Altersstufen wurde verzichtet, da sich hier stark unterschiedliche und teils nur sehr kleine Subgruppen ergeben hätten. Da im CBCL-Handbuch ein Gruppenvergleich anhand von zwei statt der hier untersuchten drei Altersgruppen erfolgte, wurde wie oben beschrieben eine Z-Wert-Normierung der Rohwerte anhand der CBCL-Altersnormen vorgenommen, um die drei Altersgruppen vergleichen zu können.

Zur Darstellung der Verteilungseigenschaften der metrischen Variablen, insbesondere CBCL und KINDL, wurden Histogramme erstellt sowie Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Prüfung auf Normalverteilung berechnet (vgl. Tabelle 53 und Abb. 10-12 im Anhang).

Da sowohl die Prüfung auf Normalverteilung wie auch die visuelle Inspektion auf nicht-normalverteilte Daten hindeutete, wurden die Gruppenvergleiche in metrischen Variablen non-parametrisch mittels Mann-Whitney-U Test durchgeführt. Bei einer Gruppengröße von $n \geq 50$ wird hier jeweils die asymptotische Signifikanz, bei $n < 50$ wird die exakte Signifikanz nach Fischer angegeben. Zur Prüfung von Unterschieden in kategorialen Variablen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Im Falle von Substichprobengrößen kleiner 50 wird hier ebenfalls die exakte Signifikanz nach Fischer (bzw. nach Fischer-Freeman-Halton) angegeben.

Die untersuchten Subgruppen wurden jeweils mit der Gesamtheit der verbleibenden Stichprobe verglichen (z.B. 4- bis 6-jährige Mädchen vs. die gesamte restliche Stichprobe) und nicht etwa mit jeder der anderen Subgruppen. Dieses Vorgehen wurde aufgrund der Zielsetzung der Arbeit gewählt, hervorstechende Merkmale bzw. typische Syndrom- oder Defizitbereiche einzelner Geschlechts- und Altersgruppen zu identifizieren, um hieraus mögliche Hinweise auf sinnvolle Inhalte von Screening-verfahren oder Präventionsmaßnahmen bei Kindern psychisch kranker Eltern ableiten zu können. Des Weiteren reduzierte dieses Vorgehen die Anzahl durchgeführter statistischer Tests erheblich zugunsten eines geringeren Alphafehler-Risikos. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde keine Korrektur der p-Werte für multiples Testen vorgenommen. Um sensitiv zu prüfen, ob die untersuchten Alters- und Geschlechtsgruppen sich hinsichtlich soziodemografischer Variablen unterschieden, wurde hier ein Alphafehler-Risiko von 0,1 festgesetzt. Das Alphafehler-Risiko für die interessierenden Kriteriumvariablen CBCL und KINDL wurde auf 0,05 festgesetzt. Die Bewertung der Ergebnisse für den Alters- und Geschlechtsgruppenvergleich erfolgt in der Arbeit zudem vor allem anhand des Effektstärkemaßes r für die durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests. Dieses wird folgendermaßen berechnet (Bortz, 1999. Statistik für Sozialwissenschaftler, 5. Auflage, Springer, ISBN: ISBN 978-3-662-10031-8):

$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$, mit N: Gesamtstichprobe

und

$Z = \frac{U - \mu(U)}{SD(U)}$, mit $\mu(U) = \frac{n1 * n2}{2}$, mit n1 und n2: Substichprobe

und

$$SD(U) = \sqrt{\frac{n1 * n2 * (n1 + n2 + 1)}{12}}$$

Für die Bewertung der Effektstärken wurde die Einteilung nach Cohen verwendet, wobei ein schwacher Effekt ab r = 0,10, ein mittlerer Effekt ab r = 0,30 und ein starker Effekt ab r= 0,50 angenommen wird (Cohen 1988).

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemografische Charakterisierung der Gesamtstichprobe

In der in die Auswertung eingehenden Stichprobe zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Anteil an Mädchen und Jungen. Mädchen bildeten etwas mehr als die Hälfte der Stichprobe (vgl. Tabelle 2). Die analog zum KINDL-Manual (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998) gebildeten Altersgruppen waren demgegenüber mit signifikantem Chi-Quadrat-Test nicht gleichmäßig vertreten, wobei die jüngste Altersgruppe (4-6 Jahre) mit weniger als 20% unterrepräsentiert war. Die beiden anderen Altersgruppen waren demgegenüber mit je etwa 40% in etwa gleich vertreten. Für das Haushaltseinkommen, die Anzahl der Geschwister sowie die Position in der Geschwisterreihenfolge ergaben sich bei den stark differenziert gewählten Antwortkategorien erwartungsgemäß signifikante Abweichungen von der Gleichverteilung über die Kategorien. Deskriptiv ist hervorzuheben, dass über 60% der Haushalte ein Monatseinkommen unter 2000 € angaben, ca. ein Fünftel gab ein Haushaltseinkommen bis 1000 € an. Knapp die Hälfte der Kinder hatten ein Geschwister, weshalb in der Geschwisterreihenfolge die Kategorien „ältestes Kind“ und „jüngstes Kind“ am häufigsten vertreten waren. Mit je einem Fünftel der Stichprobe waren Einzelkinder und Kinder mit mehreren Geschwistern in etwa gleich vertreten.

An der Untersuchung nahmen mit knapp 60% signifikant mehr Mütter als Väter teil (vgl. Tabelle 3). Die überwiegende Mehrheit der Eltern (95%) hatte einen Regelschulabschluss, etwa ein Viertel hatte das Abitur bzw. einen Hochschulabschluss erworben. Die Eltern waren mit 57% signifikant häufiger berufstätig als nicht berufstätig. Etwa zwei Drittel der Eltern lebte mit einem Partner zusammen.

Die vergebenen Hauptdiagnosen, welche nach inhaltlich verwandten Störungsbildern in Gruppen zusammengefasst wurden, traten in der Stichprobe signifikant unterschiedlich häufig auf. Mit mehr als der Hälfte der Stichprobe waren depressiv erkrankte Eltern überrepräsentiert. Mit knapp 20% waren Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung relativ häufig, mit unter 5% waren Störungen aus dem schizophrenieformen Spektrum und mit unter 7% auch bipolare Störungen demgegenüber seltener vertreten. Die Hauptdiagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ war mit 5% der Gesamtstichprobe die am häufigsten als Hauptdiagnose vergebene Persönlichkeitsstörung. Eine Erkrankung beider Eltern lag in ca. 20% der Fälle vor; mit ca. 60% waren am häufigsten beide Eltern nicht psychisch erkrankt.

Tabelle 2 zeigt die soziodemografischen Variablen der in der vorliegenden Studie eingeschlossenen Kinder psychisch kranker Eltern.

Tabelle 3 zeigt die soziodemografischen Variablen der in der vorliegenden Studie interviewten psychisch kranken Eltern.

Tabelle 2: Kinderbezogene soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364)

Variable			N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Geschlecht	weiblich		197	54,1	2,473	1	0,116
	männlich		167	45,9			
	fehlend		0	0,0			
Alter (Jahre)	MW: 11,92	SD: 4,34	60	16,5			
	Min.: 4	Max.: 18	149	40,9			
Altersgruppe	4-6 Jahre		155	42,6	46,654	2	**<0,001**
	7-13 Jahre						
	14-18 Jahre						
Haushalts-einkommen	Bis 1000 €		76	20,9	154,280	5	**<0,001**
	>1000 €-1200€		23	6,3			
	>1200 €-1500 €		52	14,3			
	>1500 €-1700 €		24	6,6			
	>1700 €-2000 €		42	11,5			
	>2000 €		136	37,4			
	fehlend		11	3,0			
Anzahl Geschwister	0		76	20,9	449,341	6	**<0,001**
	1		172	47,3			
	2		64	17,6			
	3		28	7,7			
	4		6	1,6			
	5		4	1,1			
	6		2	0,5			
	fehlend		12	3,3			
	MW: 1,25	SD: 1,07					
Geschwister-reihenfolge	Ältestes Kind		128	35,2	63,486	3	**<0,001**
	Mittleres Kind		32	8,8			
	Jüngstes Kind		114	31,3			
	Einzelkind		76	20,9			
	fehlend		14	3,8			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; df: Freiheitsgrade

Tabelle 3: Elternbezogene soziodemographische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364)

Variable			N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Geschlecht	Mutter		214	58,8	11,639	1	**0,001**
	Vater		149	40,9			
	fehlend		1	0,3			
Alter (Jahre)	MW: 41,48	SD: 7,06					
	Min.: 22	Max.: 58					
Höchster Schulabschluss	Hauptschule		116	31,9	257,227	5	**<0,001**
	Mittlere Reife		138	37,9			
	Abitur		63	17,3			
	Hochschulabschluss		27	7,4			
	keinen		9	2,5			
	sonstigen		9	2,5			
	fehlend		2	0,5			
berufstätig	Ja		206	56,6	6,614	1	**0,010**
	Nein		157	43,1			
	fehlend		1	0,3			
Beziehungsstand	verheiratet		196	53,8	297,076	4	**<0,001**
	geschieden		42	11,5			
	verwitwet		7	1,9			
	getrennt lebend		66	18,1			
	mit neuem Partner		46	12,6			
	fehlend		7	1,9			
Diagnosegruppe	Abhängigkeits-erkrankung		63	17,3	1174,359	11	**<0,001**
	Schizophrenieformes Spektrum		14	3,8			
	Bipolare Störung		24	6,6			
	Depressive Störung/Dysthymie		201	55,2			
	Angststörungen		12	3,3			
	Zwangsstörungen		1	0,3			
	Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung		15	4,1			
	Anpassungsstörung		4	1,1			
	Konversionsstörungen		1	0,3			
	Somatoforme Störungen		2	0,5			
	Borderline-Persönlichkeitsstörung		18	4,9			
	Persönlichkeitsstörung (ohne Borderline-)		4	1,1			
	fehlend		5	1,4			
Anderer Elternteil ist psychisch erkrankt/ suchterkrankt	Ja		72	19,8	73,503	1	**<0,001**
	Nein		218	59,9			
	fehlend		74	20,3			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; df: Freiheitsgrade

Die Angaben zur Betreuungssituation und zu Bezugspersonen der teilnehmenden Kinder werden im Folgenden für die in die Analyse eingegangene Gesamtstichprobe deskriptiv dargestellt, da eine statistische Auswertung, ob die Kategorien gleichverteilt sind, hier keinen Informationsgewinn in Bezug auf die Fragestellung dargestellt hätte.

Der überwiegende Teil der Betreuung (vgl. Tab. 11 im Anhang) der Kinder entfiel mit mehr als der Hälfte auf die weiterführende Schule und mit einem Fünftel auf die Grundschule. Kindergarten/Hort und Nachmittagsbetreuung waren mit etwas mehr als 15% gleich häufig vertreten. Eine Hausaufgabenbetreuung wurde lediglich von 8% und eine Tagesmutter mit ca. 1% am seltensten in Anspruch genommen.

Die Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 12 im Anhang) waren mit fast Dreiviertel am häufigsten die Mütter, die Väter waren mit 35% seltener vertreten. Ca. ein Drittel entfiel auf die Großmütter und ein Fünftel auf die Großväter. Die Geschwister waren mit ca. 15% Bezugsperson. Ein Großteil entfiel auf „andere Verwandte“ mit fast 60% und der Partner der Mutter/des Vaters waren am seltensten mit knapp 2% Bezugsperson. Die Anzahl der Bezugspersonen innerhalb der Familie lag am häufigsten mit gut 30% bei 5 bzw. 6 Bezugspersonen.

Über die Erkrankung in der Familie gesprochen wurde in der überwiegenden Zahl mit fast 50% „manchmal“. Deskriptiv hervorzuheben ist, dass in einem Drittel der Familien „nie“ und in gut 10% der Fälle „sehr häufig“ über die Erkrankung gesprochen wurde.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 13 im Anhang) waren am häufigsten mit einem Drittel „gleichaltrige Kinder“, am zweithäufigsten waren es mit fast 10% „ältere Kinder“. Erzieher, Freizeitleiter und Nachbarn waren mit ca. 5% am seltensten Bezugsperson. Die Anzahl der Bezugspersonen außerhalb der Familie lag am häufigsten mit über 40% bei 6 bzw. 7.

3.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern

3.1.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht

Geschlecht: In der vorliegenden Stichprobe wurden 197 Mädchen und 167 Jungen untersucht. Mädchen bildeten damit etwas mehr als die Hälfte (54,1%) der Stichprobe (Tabelle 2), es zeigte sich kein Verteilungsunterschied zwischen dem Anteil an Mädchen und Jungen.

Tabelle 4 spezifiziert die soziodemografischen Variablen der Stichprobe aufgegliedert nach Mädchen und Jungen.

Tabelle 4: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Geschlecht (n=364)

	Mädchen (n=197)		Jungen (n=167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Altersgruppe nach KINDL							
4-6 Jahre	29	14,7	31	18,6	5,596	2	**0,061**
7-13 Jahre	73	37,1	76	45,5			
14-18 Jahre	95	48,2	60	35,9			
fehlend	0	0,0	0	0,0			
Alter des Kindes	MW: 12,45	SD: 4,22	MW: 11,29	SD: 4,40	MWU: 13871,0	r: n.a.	p-Wert: **0,010**
Haushaltsein-kommen					4,993	5	0,417
Bis 1000€	40	20,3	36	21,6			
>1000€-1200€	15	7,6	8	4,8			
>1200€-1500€	31	15,7	21	12,6			
>1500€-1700€	9	4,6	15	9,0			
>1700€-2000€	24	12,2	18	10,8			
>2000€	70	35,5	66	39,5			
fehlend	8	4,1	3	1,8			
Anzahl Geschwister							
0	39	19,8	37	22,2	7,378	6	0,287
1	97	49,2	75	44,9			
2	39	19,8	25	15,0			
3	10	5,1	18	10,8			
4	4	2,0	2	1,2			
5	1	0,5	3	1,8			
6	1	0,5	1	0,6			
fehlend	6	3,0	6	3,6			
	MW: 1,21	SD: 0,99	MW: 1,29	SD: 1,15	MWU: 15206,5	r: n.a.	p-Wert: 0,849
Geschwister-reihenfolge					12,744	3	**0,005**
Ältestes Kind	85	43,1	43	25,7			
Mittleres Kind	15	7,6	17	10,2			
Jüngstes Kind	51	25,9	63	37,7			
Einzelkind	39	19,8	37	22,2			
fehlend	7	3,6	7	4,2			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Bei den 4- bis 6-Jährigen waren beide Geschlechter in etwa gleich häufig vertreten (vgl. Tab. 4), wobei die Jungen mit knapp 20% häufiger und die Mädchen mit 15% etwas seltener vertreten waren. In der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen waren die Jungen ebenfalls häufiger vertreten (45%) als die Mädchen (über 35%). Bei den 14- bis 18-Jährigen war es umgekehrt, hier waren mehr Mädchen (knapp 50%) als Jungen

(über 35%) vorhanden. Die Verteilungsunterschiede waren signifikant (p=0,061). Das Durchschnittsalter lag bei den Mädchen höher (ca. 12,5 Jahre) als bei den Jungen (11,3 Jahre), wobei sich die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen unterschied (p=0,010).

Knapp 40% der Eltern der Jungen und 35% der Mädchen gaben ein Haushaltseinkommen von mehr als 2000 € an. Deskriptiv hervorzuheben ist, dass ein Fünftel der Eltern bei beiden Geschlechtern ein Haushaltseinkommen von unter 1000 € monatlich angab.

Knapp die Hälfte der Mädchen und knapp 45% der Jungen hatten ein Geschwister, knapp ein Fünftel der Mädchen und gut ein Fünftel der Jungen hatten keine Geschwister. Es zeigten sich keine Verteilungsunterschiede für die Anzahl der Geschwister zwischen beiden Geschlechtern (p=0,287). Für die Geschwisterreihenfolge ergab sich mit knapp 40% bei den Jungen am häufigsten die Kategorie „jüngstes Kind“, mit einem Viertel wurden „ältestes Kind“ und knapp einem Viertel „Einzelkind“ noch häufig angegeben. Bei den Mädchen waren in der Geschwisterreihenfolge häufiger „ältestes Kind“ mit knapp 45%, „jüngstes Kind“ mit über einem Viertel und „Einzelkind“ mit einem Fünftel noch häufig vertreten. Die Verteilungsunterschiede waren signifikant zwischen Jungen und Mädchen (p=0,005).

Der überwiegende Teil der Betreuung der Jungen und Mädchen (vgl. Tab. 14 im Anhang) entfiel mit über 50% auf die „weiterführende Schule“, wobei sich die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen nicht unterschied (p=0,825). Die Betreuung der Jungen erfolgte am zweithäufigsten in Kindergarten/Hort mit knapp 23%. Die Verteilung unterschied sich zwischen beiden Geschlechtern (p=0,003), wobei Kindergarten/Hort bei den Jungen häufiger vertreten war als bei den Mädchen (23% vs. 11% bei den Mädchen).

Bezugspersonen des Kindes innerhalb der Familie (vgl. Tab. 15 im Anhang) waren mit knapp 70% bei den Jungen und gut 75% bei den Mädchen häufiger die Mütter (p=0,055), wobei sich die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen unterschied. Für Väter und Großmütter als Bezugsperson zeigte sich eine statistische Abweichung sowohl für die Jungen als auch die Mädchen. Bei den Jungen wurden die Väter (p=0,005) häufiger als Bezugsperson (45% vs. 30% bei den Mädchen) und bei den Mädchen häufiger die Großmütter (p=0,093) als Bezugsperson (35% vs. 25% bei den Jungen) angegeben, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei gut einem Fünftel wurden die Großväter (p=0,651) bei beiden Geschlechtern genannt, wobei sich in der Verteilung kein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen zeigte. Knapp 50% der befragten Eltern der Jungen und Mädchen gaben an, „manchmal/oft“ innerhalb der Familie über

die Erkrankung zu sprechen (p=0,642). Deskriptiv hervorzuheben ist, dass in über 35% in den Familien der Jungen und knapp 40% in den Familien der Mädchen „nie“ sowie in fast 15% in den Familien der Jungen sowie in gut 10% in den Familien der Mädchen „sehr häufig“ über die Erkrankung gesprochen wurde.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 16 im Anhang) waren am häufigsten „gleichaltrige Kinder“ (p=0,095). Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die Mädchen, wo „gleichaltrige Kinder“ häufiger vertreten waren als bei den Jungen (35% vs. 30% bei den Jungen).

3.1.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Altersgruppen

Tabelle 5: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Alter des Kindes (Jahre)	MW: 4,90	SD: 0,82	MW: 10,50	SD: 2,05	MW: 16,00	SD: 1,45
	Min: 4	Max: 6	Min: 7	Max: 13	Min: 14	Max: 18
MWU	0,000		8940,0		0,000	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**	
Geschlecht des Kindes						
Mädchen	29	48,3	73	49,0	95	61,3
Junge	31	51,7	76	51,0	60	38,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Haushaltseinkommen						
Bis 1000 €	11	18,3	29	19,5	36	23,2
>1000€-1200€	3	5,0	9	6,0	11	7,1
>1200€-1500€	9	15,0	25	16,8	18	11,6
>1500€-1700€	1	1,7	9	6,0	14	9,0
>1700€-2000€	6	10,0	21	14,1	15	9,7
>2000€	28	46,7	54	36,2	54	34,8
fehlend	2	3,3	2	1,3	7	4,5
Chi-Quadrat	4,915		2,912		5,989	
df	5		5		5	
p-Wert	0,426		0,714		0,307	
Anzahl Geschwister						
0	16	26,7	37	24,8	23	14,8
1	28	46,7	73	49,0	71	45,8
2	9	15,0	17	11,4	38	24,5
3	3	5,0	13	8,7	12	7,7
4	1	1,7	0	0,0	5	3,2
5	1	1,7	1	0,7	2	1,3
6	0	0,0	1	0,7	1	0,6
fehlend	2	3,3	7	4,7	3	1,9
Chi-Quadrat	2,714		12,519		16,321	
df	6		6		6	
p-Wert	0,844		**0,051**		**0,012**	
	MW: 1,10	SD: 1,04	MW: 1,11	SD: 1,02	MW: 1,44	SD: 1,10
Geschwisterreihenfolge						
Ältestes Kind	28	46,7	38	25,5	62	40,0
Mittleres Kind	4	6,7	8	5,4	20	12,9
Jüngstes Kind	10	16,7	58	38,9	46	29,7
Einzelkind	16	26,7	37	24,8	23	14,8
fehlend	2	3,3	8	5,4	4	2,6
Chi-Quadrat	9,108		16,629		11,853	
df	3		3		3	
p-Wert	**0,028**		**0,001**		**0,008**	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Das durchschnittliche Alter lag bei den 4- bis 6-Jährigen bei knapp 5 Jahren, bei den 7- bis 13-Jährigen bei knapp 11 Jahren und bei den 14- bis 18-Jährigen bei 16 Jahren (vgl. Tab. 5).

Bei den 4- bis 6-Jährigen und 7- bis 13-Jährigen waren Mädchen und Jungen in etwa gleich häufig vertreten, wobei die Jungen mit etwas über 50% leicht in der Überzahl waren. In der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen waren Mädchen mit über 60% überrepräsentiert.

Das Haushaltseinkommen lag in allen Altersgruppen am häufigsten bei über 2000 €, wobei dieses in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen mit fast 50% am häufigsten vertreten war. Bei den 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen war dieses lediglich in ca. 30% der Fälle vorhanden.

Die Anzahl der Geschwister war mit ca. 50% am häufigsten in jeder Altersgruppe „ein Geschwister“, es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen. Im Vergleich der Angaben fiel hier auf, dass für die 7- bis 13-Jährigen „ein Geschwister“ häufiger angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (50% vs. 47% bei den 4-6-Jährigen und 14-18-Jährigen). In der Geschwisterreihenfolge zeigte sich statistisch eine Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen, wo „ältestes Kind“ häufiger angegeben wurde im Vergleich zur restlichen Stichprobe (45% vs. 40% bei den 14-18-Jährigen; 25% bei den 7-13-Jährigen). Bei den 7- bis 13-Jährigen zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung, wo am häufigsten „jüngstes Kind“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe angegeben wurde (40% vs. 30% bei den 14-18-Jährigen; 15% bei den 4-6-Jährigen). Auch in der Gruppe der 4- bis 6-Jährigen war eine statistische Abweichung nachweisbar, hier wurde „Einzelkind“ häufiger angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (27% vs. 25% bei den 7-13-Jährigen; 15% bei den 14-18-Jährigen).

Die am häufigsten angegebenen Betreuungsarten (vgl. Tab. 17 im Anhang) waren in allen Altersgruppen die „Schulen“ (ca. 40% bis 60%), ebenfalls noch häufig waren „Kindergarten/Hort“ (vgl. Tab. 18 im Anhang). Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen ($p=0,008$), wo „Kindergarten/Hort“ häufiger angegeben wurde als bei der restlichen Stichprobe (23% vs. 18% bei den 4-6-Jährigen und 10% bei den 14-18-Jährigen). Bei den 14- bis 18-Jährigen zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung ($p=0,003$), wo trivialerweise „Kindergarten/Hort“ seltener angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (10% vs. 18% bei den 4-6-Jährigen und 23% bei den 7-13-Jährigen).

Als Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 18 im Anhang) wurden in allen Altersgruppen die Mütter mit über 70% angegeben, „andere Verwandte“ wurden mit 60% noch häufig angegeben. Väter waren zu einem Drittel Bezugsperson. Die Verteilung unterschied sich jeweils nicht signifikant zwischen den Altersgruppen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für Großmütter als Bezugsperson bei den 4- bis 6-Jährigen ($p<0,001$) und 14- bis 18-Jährigen ($p=0,007$). Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass die 4- bis 6-Jährigen häufiger Großmütter als Bezugsperson hatten (57% vs. 28% bei den 7-13-Jährigen; 23% bei den 14-18-Jährigen) und bei den 14- bis 18-Jährigen Großmütter seltener als Bezugsperson angegeben wurden, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe (23% vs. 28% bei den 7-13-Jährigen und 57% bei den 4-6-Jährigen). Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen ($p=0,005$), wo Großväter häufiger Bezugsperson waren als beim Rest der Stichprobe (35% vs. 25% bei den 7-13-Jährigen und 13% bei den 14-18-Jährigen). Bei den 14- bis 18-Jährigen zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung ($p<0,001$), wobei Großväter seltener als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Für Geschwister zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen ($p<0,001$), wobei diese bei den 4- bis 6-Jährigen seltener als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zur restlichen Stichprobe (0% vs. 14% bei den 7-13-Jährigen und 21% bei den 14-18-Jährigen). Für die 14- bis 18-Jährigen war ebenfalls eine statistische Abweichung ($p=0,003$) nachweisbar, wobei hier Geschwister häufiger angegeben wurden im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die Anzahl der Bezugspersonen lag in allen Altersgruppen im Durchschnitt bei 5 Bezugspersonen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen ($p=0,044$) und 14- bis 18-Jährigen ($p=0,056$). Bei den 4- bis 6-Jährigen wurden 5 Bezugspersonen häufiger angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (32% vs. 30% bei den 7-13-Jährigen und 31% bei den 14-18-Jährigen) und bei den 14- bis 18-Jährigen wurden 6 Bezugspersonen häufiger angegeben als beim Rest der Stichprobe (38% vs. 28% bei den 7-13-Jährigen und 20% bei den 4-6-Jährigen).

Über die Erkrankung gesprochen wurde bei den 4- bis 6-Jährigen ($p=0,210$) und 14- bis 18-Jährigen ($p=0,221$) „manchmal“ in über der Hälfte, bei den 7- bis 13-Jährigen ($p=0,011$) „nie“ in knapp 50%, „sehr häufig“ über die Erkrankung gesprochen wurde in ca. 10% in jeder Altersgruppe. In den Angaben, wie häufig über die Erkrankung gesprochen wurde, zeigte sich statistisch eine Abweichung für die Gruppe der 7- bis 13-Jährigen. Im Vergleich der Angaben fiel hier auf, dass für die 7- bis 13-Jährigen häufiger angegeben wurde, dass in der Familie „nie“ über die Erkrankung gesprochen wurde

(46% vs. 32% bei den 14-18-Jährigen; 29% bei den 4-6-Jährigen) im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 19 im Anhang) waren in allen Altersgruppen am häufigsten „gleichaltrige Kinder“ mit ca. 30%, „Andere“ waren mit ca. 20% noch häufig Bezugsperson. Die Verteilung unterschied sich jeweils nicht zwischen den Altersgruppen. „Lehrer“ waren mit höherem Alter seltener Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,084) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,023). Bei den 14- bis 18-Jährigen wurden „Lehrer“ seltener als Bezugsperson (7% vs. 14% bei den 7-13-Jährigen und 13% bei den 4-6-Jährigen) und bei den 7- bis 13-Jährigen häufiger als Bezugsperson angegeben, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Es zeigte sich für „Nachbarn“ als Bezugsperson eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,009) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,019). Bei den 7- bis 13-Jährigen wurden „Nachbarn“ häufiger angegeben (7% vs. 3% bei den 4-6-Jährigen; 1% bei den 14-18-Jährigen) und bei den 14- bis 18-Jährigen wurden diese seltener als Bezugsperson angegeben, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

3.1.1.3 Soziodemografische Eigenschaften der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen

Geschlecht und Altersgruppen *(vgl. Tab. 20 im Anhang)**:*** In den Alters- und Geschlechtsgruppen zeigte sich bei den 4- bis 6-Jährigen und 7- bis 13-Jährigen kein Unterschied zwischen dem Anteil an Mädchen und Jungen. In der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen waren die Mädchen mit über 60% überrepräsentiert.

Das Alter lag im Durchschnitt bei den 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen bei 5 Jahren, bei den 7- bis 13-jährigen Mädchen bei knapp 11 Jahren und bei den 7- bis 13-jährigen Jungen bei über 10 Jahren, die 14- bis 18-jährigen Mädchen und Jungen waren im Durchschnitt ca. 16 Jahre alt. Die Mittelwerte waren in allen Gruppen trivialerweise signifikant verschieden.

Das Haushaltseinkommen lag am häufigsten bei über 2000 € monatlich in allen Gruppen.

Die Anzahl der Geschwister lag in allen Gruppen deskriptiv am häufigsten bei „einem Geschwister“. Dementsprechend waren bei der Geschwisterreihenfolge am häufigsten „jüngstes Kind“ und „ältestes Kind“ vertreten. „Einzelkind“ war ebenfalls noch häufig vertreten, wobei dies am häufigsten mit ca. einem Viertel bei den 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen sowie bei den 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen angegeben wurde. Bei den 14- bis 18-jährigen Jungen war „Einzelkind“ mit knapp 20% und bei den

14- bis 18-jährigen Mädchen mit knapp 15% seltener vorhanden im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den Eltern der 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,006), der 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,027) und der 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,005) zeigte sich statistisch eine Abweichung. Es fiel hier auf, dass für die Eltern der 7- bis 13-jährigen Jungen häufiger „jüngstes Kind“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe angegeben wurde (43% vs. 38% bei den 14-18-jährigen Jungen; 35% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 25% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 4-6-jährigen Jungen; 10% bei den 4-6-jährigen Mädchen). Für die 4- bis 6-jährigen Mädchen wurde häufiger „ältestes Kind“ angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (55% vs. 39% bei den 4-6-jährigen Jungen; 30% bei den 7-13-jährigen Mädchen und 14-18-jährigen Jungen; 18% bei den 7-13-jährigen Jungen; 47% bei den 14-18-jährigen Mädchen). Für die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,005) wurde „Einzelkind“ seltener angegeben im Vergleich zur restlichen Stichprobe (13% vs. 18% bei den 14-18-jährigen Jungen; 25% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 7-13-jährigen Jungen; 30% bei den 4-6-jährigen Jungen und 7-13-jährigen Mädchen).

Bei den Betreuungsarten nach Geschlecht und Altersgruppe (vgl. Tab. 21 im Anhang) waren deskriptiv mit ca. 70% am häufigsten die Schulen vertreten, wobei die 4- bis 6-jährigen Jungen mit über 40% am häufigsten die „Grundschule“ besuchten. Die 14- bis 18-jährigen Mädchen besuchten trivialerweise mit über 60% und die 14- bis 18-jährigen Jungen zu über 65% die „weiterführende Schule“. Eine „Hausaufgabenbetreuung“ wurde von knapp 20% der 4- bis 6-jährigen Jungen sowie von knapp 15% der 7- bis 13-jährigen Mädchen genutzt. Eine statistische Abweichung war bei den 4- bis 6-jährigen Jungen nachweisbar (p=0,038), wobei bei diesen häufiger eine „Hausaufgabenbetreuung“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe angegeben wurde (20% vs. 14% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 10% bei den 7-13-jährigen Jungen und 14-18-jährigen Jungen; 3% bei den 4-6-jährigen und 14-18-jährigen Mädchen). Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen wurde eine „Nachmittagsbetreuung“ mit einem Drittel häufiger als bei den übrigen Alters- und Geschlechtsgruppen genutzt. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,009) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,015), eine „Nachmittagsbetreuung“ wurde bei den 4- bis 6-Jährigen häufiger angegeben im Vergleich zur restlichen Stichprobe (35% vs. 22% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 17% bei den 4-6-jährigen Mädchen sowie 7-13-jährigen Jungen; 12% bei den 14-18-jährigen Jungen und 8% bei den 14-18-jährigen Mädchen). Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen wurde trivialerweise seltener eine „Nachmittagsbetreuung“ angegeben im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppe und Geschlecht (vgl. Tab. 22 im Anhang) waren in allen Gruppen am häufigsten die Mütter (über 60% bis 80%), Väter wurden zu einem Drittel als Bezugsperson angegeben. Die Großmütter waren noch häufig Bezugsperson mit über 65% bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen ($p<0,001$) und knapp 50% bei den 4- bis 6-jährigen Jungen ($p=0,023$), was mit höherem Alter abnahm. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen ($p<0,001$), wo Großmütter häufiger als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zum Rest der Stichprobe (65% vs. 48% bei den 4-6-jährigen Jungen; 33% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 25% bei den 7-13-jährigen Jungen und 14-18-jährigen Mädchen; 20% bei den 14-18-jährigen Jungen). Die Großväter waren ebenfalls mit zunehmendem Alter weniger häufig Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen ($p=0,016$), wo für diese häufiger Großväter als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zur restlichen Stichprobe (40% vs. 30% bei den 4-6-jährigen Jungen und 7-13-jährigen Jungen; 22% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 14% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 12% bei den 14-18-jährigen Jungen). „Andere Verwandte“ wurden deskriptiv mit über der Hälfte nach den Müttern als Bezugsperson angegeben. Je älter die Kinder, desto häufiger waren die Geschwister Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen ($p=0,013$), wo für diese weniger häufig bzw. gar nicht Geschwister als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zum Rest der Stichprobe (0%, vs. 14% bei den 7-13-jährigen Mädchen und Jungen; 22% bei den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen). Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung ($p=0,044$), wo häufiger Geschwister als Bezugsperson angegeben wurde als beim Rest der Stichprobe (22%). Es zeigte sich bei „Partner des erkrankten Elternteils“ als Bezugsperson eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen ($p=0,009$), wo der „Partner der Mutter/des Vaters“ häufiger als Bezugsperson angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (10% vs. 0% bei den 4-6-jährigen Mädchen sowie den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen; 2% bei den 7-13-jährigen Jungen und Mädchen). Die Anzahl der Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 22 im Anhang) lag am häufigsten bei über 5 Bezugspersonen in allen Alters- und Geschlechtsgruppen. Es zeigte sich hier für die 14- bis 18-jährigen Mädchen eine statistische Abweichung ($p=0,075$), wo 6 Bezugspersonen häufiger angegeben wurden als beim Rest der Stichprobe (41% vs. 33% bei den 14-18-jährigen Jungen; knapp 29% bei den 7-13-jährigen Jungen und 26% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 22% bei den 4-6-jährigen Jungen und 17% bei den 4-6-jährigen Mädchen).

Über die Erkrankung gesprochen wurde bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen mit über 60% „manchmal/oft“, bei den 4- bis 6-jährigen Jungen zu knapp 55%. Bei den 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen wurde mit ca. 45% „nie“ über die Erkrankung gesprochen, bei den 14- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen wurde mit über 50% „manchmal/oft“ über die Erkrankung gesprochen. In den Angaben, wie häufig über die Erkrankung gesprochen wird, zeigte sich statistisch eine Abweichung für die Gruppe der 7- bis 13-jährigen Mädchen (p=0,069), wo in der Familie häufiger „nie“ über die Erkrankung gesprochen wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (48% vs. 45% bei den 7-13-jährigen Jungen; 30% bei den 4-6-jährigen Mädchen sowie den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen; 25% bei den 4-6-jährigen Jungen).

In den unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsgruppen wurden als Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 23 im Anhang) am häufigsten „gleichaltrige Kinder“ und „Andere“ angegeben. Bei den 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen waren „gleichaltrige Kinder“ in ca. 30% und bei den 14- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen in ca. 35% der Fälle Bezugsperson. Für die 14- bis 18-jährigen Mädchen zeigte sich statistisch eine Abweichung (p=0,017). Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass für die 14- bis 18-jährigen Mädchen „Andere“ als Bezugspersonen außerhalb der Familie (30% vs. 15% bei den 14-18-jährigen Jungen sowie 4-6-jährigen und 7-13-jährigen Mädchen; 20% bei den 4-6-jährigen und 7-13-jährigen Jungen) häufiger angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe. „Gleichaltrige Kinder“ waren am häufigsten in knapp 50% bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen Bezugsperson, bei den 4- bis 6-jährigen Jungen waren es knapp 20%, in den Angaben zeigte sich jedoch statistisch keine Abweichung. In den Angaben zu den „Lehrern“ als Bezugsperson zeigte sich bei den 7- bis 13-jährigen Mädchen (p<0,001) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,046) statistisch eine Abweichung. Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass für die 7- bis 13-jährigen Mädchen „Lehrer“ als Bezugsperson außerhalb der Familie häufiger angegeben wurden (20% vs. 13% bei den 4-6-jährigen Mädchen und Jungen; 8% bei den 7-13-jährigen Jungen und 14-18-jährigen Jungen; 5% bei den 14-18-jährigen Mädchen) und für die 14-18-jährigen Mädchen „Lehrer“ seltener angegeben wurden (5% vs. 8% bei den 7-13-jährigen und 14-18-jährigen Jungen; 13% bei den 4-6-jährigen Mädchen und Jungen; 8% bei den 7-13-jährigen und 14-18-jährigen Jungen), jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. In den Angaben zu den Bezugspersonen außerhalb der Familie, zeigte sich statistisch eine Abweichung für die Gruppe der 7- bis 13-jährigen Mädchen (p=0,009), wo für diese häufiger „Nachbarn“ als Bezugsperson angegeben wurden als beim Rest der Stichprobe (10% vs. 5% bei den 4-6-jährigen und 7-13-jährigen Jungen; 0% bei den 4-6-jährigen Mädchen; 1% bei den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen). Für die 14- bis 18-Jährigen

zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung, hier wurden „Nachbarn“ mit 1% seltener angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (p=0,019). Die durchschnittliche Anzahl der Bezugspersonen lag in allen Alters- und Geschlechtsgruppen bei ca. 6 Bezugspersonen. Es zeigte sich hier eine statistische Abweichung für die 14- bis 18-Jährigen (p=0,022), wo 6 Bezugspersonen häufiger angegeben wurden im Vergleich zur restlichen Stichprobe (52% vs. 33% bei den 7-13-Jährigen und 4-6-Jährigen) und 7 Bezugspersonen seltener angegeben wurden im Vergleich zum Rest der Stichprobe (35% vs. 45% bei den 7-13-Jährigen und 4-6-Jährigen).

3.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern

3.1.2.1 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Geschlecht

Tabelle 6 zeigt die soziodemografischen Variablen der Eltern unterteilt nach Geschlecht. Überprüft wurde, ob sich die Verteilung der Diagnosen zwischen den Gruppen für die Eltern von Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterscheiden.

Tabelle 6: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht (n=364)

	Mädchen (n=197)		Jungen (n= 167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Eltern							
Mutter	121	61,4	93	55,7	1,084	1	0,298
Vater	76	38,6	73	43,7			
fehlend	0	0,0	1	0,6			
Alter des Elternteils	MW: 41,31	Min: 22	MW: 41,66	Min: 22	MWU: 15482,0	r: n.a.	p-Wert: 0,575
	SD: 7,15	Max: 58	SD: 6,97	Max: 58			
Höchster Schulabschluss							
Hauptschule	54	27,4	62	37,1	10,131	5	**0,072**
Mittlere Reife	86	43,7	52	31,1			
Abitur	29	14,7	34	20,4			
Hochschulabschluss	18	9,1	9	5,4			
keinen	4	2,0	5	3,0			
sonstigen	5	2,5	4	2,4			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
berufstätig							
Ja	106	53,8	100	59,9	1,519	1	0,218
Nein	91	46,2	66	39,5			
fehlend	0	0,0	1	0,6			
Beziehungsstand							
verheiratet	99	50,3	97	58,1	5,750	4	0,219
geschieden	20	10,2	22	13,2			
verwitwet	4	2,0	3	1,8			
getrennt lebend	41	20,8	25	15,0			
mit neuem Partner	30	15,2	16	9,6			
fehlend	3	1,5	4	2,4			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Fortsetzung Tabelle 6: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht (n=364)

Variable	Mädchen (n=197)		Jungen (n= 167)		Chi-Quadrat	df	p-Wert
ICD-Diagnosegruppe	N	%	N	%			
Abhängigkeitserkrankung	29	14,7	34	20,4	13,904	11	0,238
Schizophrenieformes Spektrum	4	2,0	10	6,0			
Bipolare Störung	15	7,6	9	5,4			
Depressive Störung/Dysthymie	117	59,4	84	50,3			
Angststörungen	7	3,6	5	3,0			
Zwangsstörungen	0	0,0	1	0,6			
Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	9	4,6	6	3,6			
Anpassungsstörungen	1	0,5	3	1,8			
Konversionsstörungen	0	0,0	1	0,6			
Somatoforme Störungen	1	0,5	1	0,6			
Borderline-Persönlichkeitsstörung	12	6,1	6	3,6			
Persönlichkeitsstörung (nicht Borderline-)	1	0,5	3	1,8			
fehlend	1	0,5	4	2,4			
Anderer Elternteil (psychisch erkrankt/suchterkrankt)							
Ja	41	20,8	31	18,6	0,006	1	0,938
Nein	123	62,4	95	56,9			
fehlend	33	16,8	41	24,6			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

An der Untersuchung nahmen deskriptiv bei den Mädchen mehr Mütter mit über 60% als Väter mit knapp 40% teil, bei den Jungen waren es mit 55% ebenfalls mehr Mütter als Väter. Das Durchschnittsalter der Eltern lag sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen bei gut 41 Jahren (vgl. Tab. 6).

Der überwiegende Anteil der Eltern hatte bei beiden Geschlechtern einen „Regelschulabschluss“ (90%), ein „Abitur“ bzw. einen „Hochschulabschluss“ hatten ein Viertel der Eltern bei beiden Geschlechtern. Die Verteilung unterschied sich zwischen Jungen und Mädchen (p=0,072).

Die Eltern waren bei beiden Geschlechtern häufiger berufstätig als nicht berufstätig, bei den Jungen waren es knapp 60% und bei den Mädchen knapp 55%. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen Jungen und Mädchen (p=0,218). Etwa 65% der Eltern

der Mädchen und Jungen lebten in einer Partnerschaft, wobei sich die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen nicht statistisch unterschied (p=0,219).

Überprüft wurde, ob sich die Verteilung der Diagnosen zwischen den Gruppen für die Eltern der Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterschied (vgl. Tab. 6). Die vergebenen Hauptdiagnosen waren am häufigsten in beiden Gruppen „depressive Erkrankungen“, wobei diese bei den Eltern der Jungen bei 50% und bei denen der Mädchen bei 60% lagen. Mit gut 20% wurde eine „Abhängigkeitserkrankung“ bei den Eltern der Jungen und knapp 15% bei denen der Mädchen am zweithäufigsten vergeben. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen beiden Geschlechtern (p=0,238).

3.1.2.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Altersgruppen

Tabelle 7: Soziodemografie der interviewten Eltern nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Geschlecht (Eltern)						
Mutter	33	55,0	83	55,7	98	63,2
Vater	27	45,0	66	44,3	56	36,1
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Chi-Quadrat	0,464		1,102		2,424	
df	1		1		1	
p-Wert	0,496		0,294		0,119	
Alter des Elternteils	MW: 40,33	SD: 7,44	MW: 40,45	SD: 7,02	MW: 42,93	SD: 6,73
	Min: 24	Max: 55	Min: 22	Max: 58	Min: 22	Max: 58
MWU	7963,5		13231,5		12315,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,170		**0,014**		**<0,001**	
Höchster Schulabschluss						
Hauptschule	19	31,7	43	28,9	54	34,8
Mittlere Reife	20	33,3	56	37,6	62	40,0
Abitur	9	15,0	27	18,1	27	17,4
Hochschulabschluss	8	13,3	11	7,4	8	5,2
Keinen	3	5,0	4	2,7	2	1,3
Sonstigen	1	1,7	6	4,0	2	1,3
fehlend	0	0,0	2	1,3	0	0,0
Chi-Quadrat	6,025		3,324		5,948	
df	5		5		5	
p-Wert	0,304		0,650		0,311	
berufstätig						
Ja	25	41,7	94	63,1	87	56,1
Nein	35	58,3	55	36,9	67	43,2
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Chi-Quadrat	6,662		4,136		0,007	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,010**		**0,042**		0,933	
Beziehungsstand						
verheiratet	33	55,0	78	52,3	85	54,8
geschieden	6	10,0	20	13,4	16	10,3
verwitwet	1	1,7	1	0,7	5	3,2
getrennt lebend	9	15,0	30	20,1	27	17,4
mit neuem Partner	9	15,0	17	11,4	20	12,9
fehlend	2	3,3	3	2,0	2	1,3
Chi-Quadrat	0,891		3,797		2,853	
df	4		4		4	
p-Wert	0,926		0,434		0,583	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Fortsetzung Tabelle 7: Soziodemografie der interviewten Eltern nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
ICD-Diagnosegruppe						
Abhängigkeitserkrankung	12	20,0	25	16,8	26	16,8
Schizophrenieformes Spektrum	4	6,7	5	3,4	5	3,2
Bipolare Störung	1	1,7	9	6,0	14	9,0
Depressive Störung/Dysthymie	25	41,7	82	55,0	94	60,6
Angststörungen	2	3,3	6	4,0	4	2,6
Zwangsstörungen	1	1,7	0	0,0	0	0,0
Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	6	10,0	4	2,7	5	3,2
Anpassungsstörungen	1	1,7	3	2,0	0	0,0
Konversionsstörungen	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Somatoforme Störungen	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Borderline-Persönlichkeitsstörung	6	10,0	9	6,0	3	1,9
Persönlichkeitsstörung (nicht Borderline-)	1	1,7	1	0,7	2	1,3
fehlend	1	1,7	4	2,7	0	0,0
Chi-Quadrat	22,694		8,453		17,203	
df	11		11		11	
p-Wert	**0,020**		0,672		0,102	
Anderer Elternteil (psychisch erkrankt/suchterkrankt)						
Ja	8	13,3	30	20,1	34	21,9
Nein	35	58,3	83	55,7	100	64,5
fehlend	17	28,3	36	24,2	21	13,5
Chi-Quadrat	1,048		0,294		0,040	
df	1		1		1	
p-Wert	0,345[a]		0,588		0,842	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher

Unterteilt nach Altersgruppen (vgl. Tab. 7) nahmen an der Untersuchung mit über 50% mehr Mütter als Väter teil. Der Anteil der Mütter lag in der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen mit knapp 65% höher im Vergleich zur restlichen Stichprobe (55%).

Die überwiegende Mehrheit der Eltern hatte einen „Regelabschluss“ mit etwa 90%, am häufigsten hatten die Eltern in allen Altersgruppen die „Mittlere Reife“. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 7).

Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen (p=0,010), wo im Vergleich der Angaben auffiel, dass die Eltern der 4- bis 6-Jährigen häufiger nicht

berufstätig waren im Vergleich zur restlichen Stichprobe (60% vs. 40% bei den 7-13-Jährigen und 14-18-Jährigen). Bei den 7- bis 13-Jährigen zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung (p=0,042), wo sich im Vergleich der Angaben zeigte, dass die Eltern der 7- bis 13-Jährigen häufiger berufstätig waren als der Rest der Stichprobe (63% vs. 42% bei den 4-6-Jährigen und 56% bei den 14-18-Jährigen). In einer Partnerschaft lebten über 60% der Eltern in allen Altersgruppen. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 7).

Die Hauptdiagnosen waren in der vorliegenden Studie am häufigsten in jeder Altersgruppe „depressive Erkrankungen“, wobei diese bei den Eltern der 14- bis 18-Jährigen mit über 60%, der 7- bis 13-Jährigen mit 55% und der 4- bis 6-Jährigen mit über 40% vertreten waren. Am zweithäufigsten waren „Abhängigkeitserkrankungen“ mit ca. einem Fünftel bei den Eltern der 4- bis 6-Jährigen und mit über 15% bei den Eltern der 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen vorhanden. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die Eltern der 4- bis 6-Jährigen (p=0,020). Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass in dieser Altersgruppe „Abhängigkeitserkrankungen“ häufiger vorhanden waren als beim Rest der Stichprobe (20% vs. 16% bei den 7-13- und 14-18-Jährigen). „Depressive Erkrankungen“ waren bei den Eltern der 4- bis 6-Jährigen (p=0,020) seltener vorhanden im Vergleich zur restlichen Stichprobe (42% vs. 55% bei den 7-13-Jährigen und 60% bei den 14-18-Jährigen). Eine Erkrankung beider Eltern lag in über der Hälfte nicht vor, in 13 % der Fälle war diese in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen und zu einem Fünftel in den übrigen Altersgruppen vorhanden. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 7).

3.1.2.3 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen

Das Alter der Eltern lag im Durchschnitt bei den Eltern 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen sowie den 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen bei über 40 Jahren, in der Altersgruppe der 14- bis 18-jährigen Mädchen lag das Alter der Eltern bei über 42 Jahren und bei den Eltern der 14- bis 18-jährigen Jungen bei knapp 44 Jahren (vgl. Tab. 24 im Anhang).

Die überwiegende Mehrheit der Eltern hatte mit über 90% einen „Regelschulabschluss“, eine „Mittlere Reife“ wurde am häufigsten angegeben (vgl. Tab. 24 im Anhang).

Ca. 60% der Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen waren nicht berufstätig, über die Hälfte der Eltern der übrigen Gruppen waren berufstätig. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,090). Im Vergleich der

Angaben fiel auf, dass die Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen häufiger nicht berufstätig waren (60% vs. 37% bei den 7-13-jährigen Jungen und Mädchen; 50% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 33% bei den 14-18-jährigen Jungen) im Vergleich zum Rest der Stichprobe (vgl. Tab. 24 im Anhang).

Die Mehrheit der Eltern aller Geschlechts- und Altersgruppen lebten mit ca. 60% in einer Partnerschaft. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Gruppen.

In fast allen Alters- und Geschlechtsgruppen waren „depressive Störungen“ mit über 50% als Hauptdiagnose überrepräsentiert, vgl. Tabelle 24 im Anhang. Bei den Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen zeigte sich eine statistische Abweichung ($p<0,001$), wo „Abhängigkeitserkrankungen“ häufiger (26% vs. 14% bei den 4-6-jährigen Mädchen; 17% bei den 7-13-jährigen Jungen und Mädchen; 14% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 22% bei den 14-18-jährigen Jungen) und „depressive Störungen“ seltener vorhanden waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (23% vs. 62% bei den 4-6-jährigen und 14-18-jährigen Mädchen; 55% bei den 7-13-jährigen Jungen und Mädchen; 60% bei den 14-18-jährigen Jungen). In den restlichen Gruppen machten „Abhängigkeitserkrankungen“ ca. 15% bis 20% aus und stellten die am zweithäufigsten vertretene Diagnosekategorie dar. Das „schizophrenieforme Spektrum“ sowie eine „akute Belastungsreaktion“ bzw. „Posttraumatische Belastungsreaktion“ waren mit 13% häufiger ($p<0,001$) bei den Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen vertreten im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Beide Elternteile waren mit über der Hälfte nicht psychisch erkrankt. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen beiden Geschlechts- und Altersgruppen (vgl. Tab. 24 im Anhang).

3.2 Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern

3.2.1 Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Abbildung 1 zeigt die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit einer Gruppe gesunder Kinder (CBCL-Feldstichprobe).

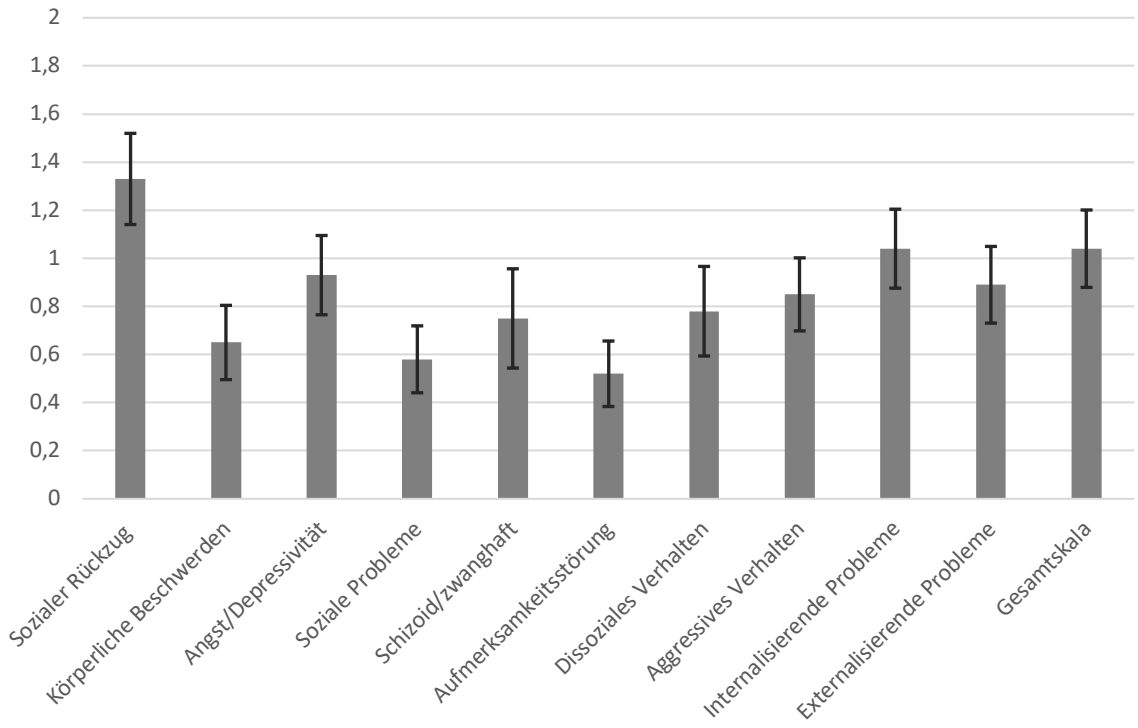


Abbildung 1: Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich mit der Referenzgruppe gesunder Kinder aufgegliedert nach CBCL-Subskalen (n=364), Abweichungen als Z-Werte

Anhand der Z-Werte (vgl. Tab. 25 im Anhang) zeigten sich für die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit den „gesunden“ Kindern der Feldstichprobe (CBCL-Referenzstichprobe 1) deskriptiv die ausgeprägtesten psychischen Auffälligkeiten in der Subskala „sozialer Rückzug“. Hier im Vergleich mit der Stichprobe der „gesunden“ Kinder (Feldstichprobe, CBCL-Referenzstichprobe 1) ergibt sich im Bereich „sozialer Rückzug“ umgerechnet ein Prozentrang von 91%, d.h. weniger als 10% der „gesunden“ Kinder der Feldstichprobe haben eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“.

In der Gesamtgruppe zeigte sich deskriptiv anhand der Z-Werte (vgl. Tab. 25 im Anhang) für die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit den „gesunden“ Kindern der Feldstichprobe neben der höchsten psychischen Auffälligkeitsausprägung für den Symptombereich „sozialer Rückzug“ dies entsprechend auch für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ sowie noch eine hohe Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „Angst/Depressivität“. Es ergibt sich für „internalisierende Probleme“ ein Prozentrang von 85%, d.h. weniger als 15% der „gesunden“ Kinder der Feldstichprobe haben eine höhere Auffälligkeitsausprägung im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Für die Subskala „Angst/Depressivität“ ergibt sich ein Prozentrang von 82%, somit haben weniger als 20% der „gesunden“ Kinder eine

höhere Auffälligkeitsausprägung als die restliche Stichprobe. Die geringsten psychischen Auffälligkeiten zeigten sich dagegen deskriptiv für die Symptombereiche „Aufmerksamkeitsstörung“, „soziale Probleme“ und „körperliche Beschwerden“.

Abbildung 2 zeigt die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit der zweiten CBCL-Referenzgruppe erkrankter Kinder der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikstichprobe.

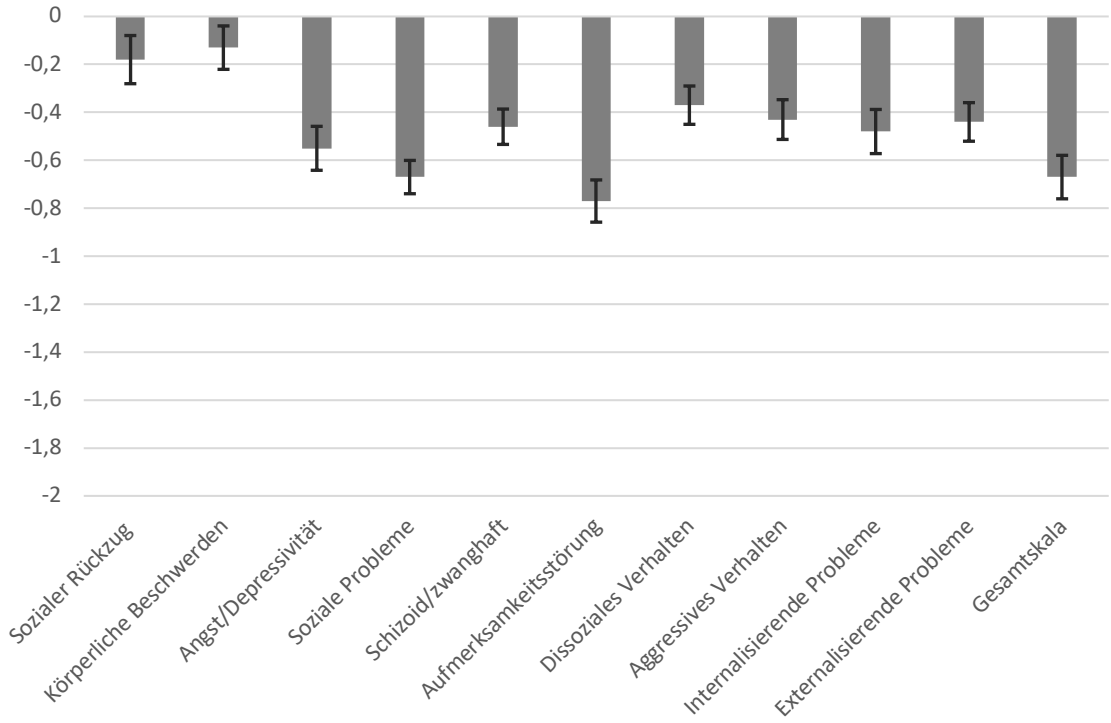


Abbildung 2: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zur Referenzgruppe kranker Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (CBCL-Referenzstichprobe 2) (Abweichungen als Z-Werte)

Auf Basis der anhand der Stichprobe psychisch kranker Kinder (Klinikstichprobe) Z-normierten Werte (vgl. Tab. 25 im Anhang) zeigten sich die höchsten psychischen Auffälligkeiten für die Symptombereiche „sozialer Rückzug“ und „körperliche Beschwerden“. Die geringste psychische Auffälligkeit zeigte sich auch hier für die Symptombereiche „Aufmerksamkeitsstörung“ und „soziale Probleme“. Im Vergleich mit der Stichprobe der psychisch bereits erkrankten Kinder (Klinikstichprobe, CBCL-Referenzstichprobe 2) ergibt sich im Bereich „sozialer Rückzug“ – umgerechnet in Prozentränge – ein Prozentrang von 43%. Somit haben mehr als die Hälfte der Kinder der Klinikstichprobe eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“ im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Für die Subskala „Körperliche Beschwerden“ ergibt sich ein Prozentrang von 45%, hier haben ebenfalls mehr als die

Hälfte der Kinder der Klinikstichprobe eine höhere Auffälligkeitsausprägung im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

3.2.2 Verhaltensauffälligkeiten von Jungen und Mädchen im Vergleich

Analysiert wurde, ob bzw. inwiefern bei diesen Ergebnissen das Geschlecht der Kinder relevant ist. Überprüft wurde, ob bzw. inwiefern die oben dargestellten Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern bei Jungen und Mädchen variieren (vgl. Tab. 8 und Tab. 9).

Tabelle 8: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten als CBCL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechtsvergleich

CBCL-Skala	Mädchen (n=197)		Jungen (n=167)		MWU	r	p-Wert
	MW	SD	MW	SD			
Sozialer Rückzug	1,33	1,89	1,33	1,79	16064,5	0,02	0,700
Körperliche Beschwerden	0,70	1,51	0,60	1,49	16242,5	0,01	0,836
Angst/Depressivität	1,01	1,64	0,85	1,56	15490,0	0,05	0,337
Soziale Probleme	0,68	1,37	0,47	1,34	13899,0	0,13	**0,010**
Schizoid/zwanghaft	0,54	1,72	0,99	2,29	11020,0	0,29	**<0,0001**
Aufmerksamkeitsstörung	0,60	1,33	0,43	1,32	15231,0	0,06	0,223
Dissoziales Verhalten	0,90	2,03	0,65	1,52	15645,0	0,04	0,421
Aggressives Verhalten	0,87	1,62	0,82	1,29	16196,0	0,01	0,800
Internalisierende Probleme	1,10	1,66	0,97	1,52	15821,0	0,03	0,530
Externalisierende Probleme	0,95	1,73	0,82	1,32	16388,0	0,00	0,951
Gesamtskala	1,09	1,64	0,97	1,48	16004,0	0,02	0,656

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U, r: Effektstärke

Tabelle 9: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten als CBCL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechtsvergleich

CBCL-Skala	Mädchen (n=197)		Jungen (n=167)		MWU	r	p-Wert
	MW	SD	MW	SD			
Sozialer Rückzug	-0,23	0,96	-0,12	1,00	15576,0	0,05	0,382
Körperliche Beschwerden	-0,17	0,80	-0,08	0,97	15653,0	0,04	0,425
Angst/Depressivität	-0,56	0,90	-0,53	0,88	15937,0	0,03	0,608
Soziale Probleme	-0,56	0,64	-0,80	0,69	12246,0	0,22	**<0,0001**
Schizoid/zwanghaft	-0,53	0,68	-0,36	0,75	11360,0	0,27	**<0,0001**
Aufmerksamkeitsstörung	-0,60	0,72	-0,98	0,96	10401,5	0,32	**<0,0001**
Dissoziales Verhalten	-0,27	0,81	-0,49	0,73	12186,5	0,22	**<0,0001**
Aggressives Verhalten	-0,33	0,87	-0,56	0,71	13877,0	0,13	**0,010**
Internalisierende Probleme	-0,49	0,88	-0,46	0,92	16297,0	0,01	0,879
Externalisierende Probleme	-0,34	0,83	-0,57	0,70	13604,0	0,15	**0,004**
Gesamtskala	-0,60	0,90	-0,75	0,86	14938,0	0,08	0,131

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U, r: Effektstärke

Abbildung 3 zeigt zunächst die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit den gesunden Kindern der Feldstichprobe (CBCL-Referenzgruppe 1) (Abweichungen als Z-Werte) unterteilt in Jungen und Mädchen.

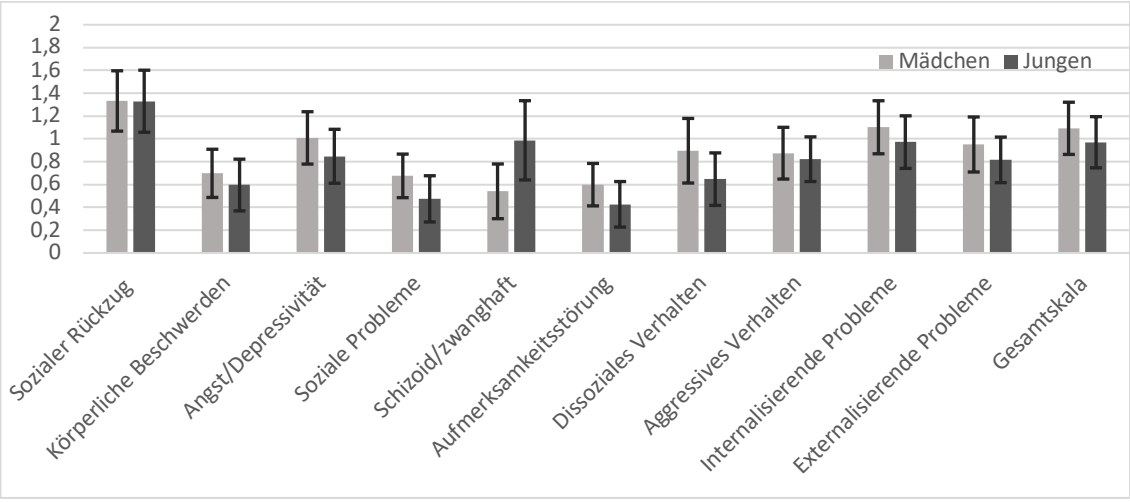


Abbildung 3: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zur Referenzgruppe gesunder Kinder (CBCL-Referenzgruppe 1) (Abweichungen als Z-Werte) unterteilt nach Geschlecht

Anhand der Z-Werte (vgl. Tab. 8) zeigten sich sowohl für Jungen als auch für Mädchen mit psychisch kranken Eltern deskriptiv die im Vergleich mit der Feldstichprobe (CBCL-Referenzgruppe 1) am höchsten ausgeprägten Auffälligkeiten in den Symptombereichen „sozialer Rückzug“ (p=0,700, r=0,02, MW=1,33), „Angst/Depressivität“ (p=0,337, r=0,05, MW: Mädchen=1,01, MW: Jungen=0,85) und entsprechend für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ (p=0,530, r=0,03, MW: Mädchen=1,10, MW: Jungen=0,97), in deren Berechnung die Symptomskalen eingehen. „Externalisierende Probleme“ insgesamt und hierbei „aggressives Verhalten“ (p=0,951, r=0,00, MW=0,95) sowie bei den Mädchen auch „dissoziales Verhalten“ (p=0,421, r=0,04, MW=0,90) waren aber deskriptiv nicht deutlich geringer gegenüber den „gesunden“ Kindern (Feldstichprobe, CBCL-Referenzgruppe 1) ausgeprägt. Zusammenfassend wurden damit internalisierende Probleme besonders deutlich, externalisierende Probleme waren in der Stichprobe aber ebenfalls vorhanden.

Im statistischen Geschlechtergruppenvergleich zeigten sich bei Verwendung der anhand der Stichprobe „gesunder“ Kinder (Feldstichprobe, CBCL-Referenzgruppe 1) Z-normierten Werte (vgl. Tab. 8) lediglich in zwei der acht betrachteten Subskalen signifikante Unterschiede. Mit schwachem Effekt waren „soziale Probleme“ (p=0,010, r=0,13, MW=0,68) bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen (p=0,010, r=0,13, MW=0,47) und mit knapp noch schwachem Effekt wurden die Jungen im Durchschnitt stärker „schizoid / zwanghaft“ (p<0,001, r=0,29, MW=0,99) beschrieben. Demnach fallen die Mädchen der Stichprobe gegenüber gesunden Kindern eher durch soziale Probleme auf, die Jungen eher durch sonderbares Verhalten.

Abbildung 4 zeigt die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich mit den kranken Kindern der Klinikstichprobe (CBCL-Referenzgruppe 2) unterteilt in Jungen und Mädchen.

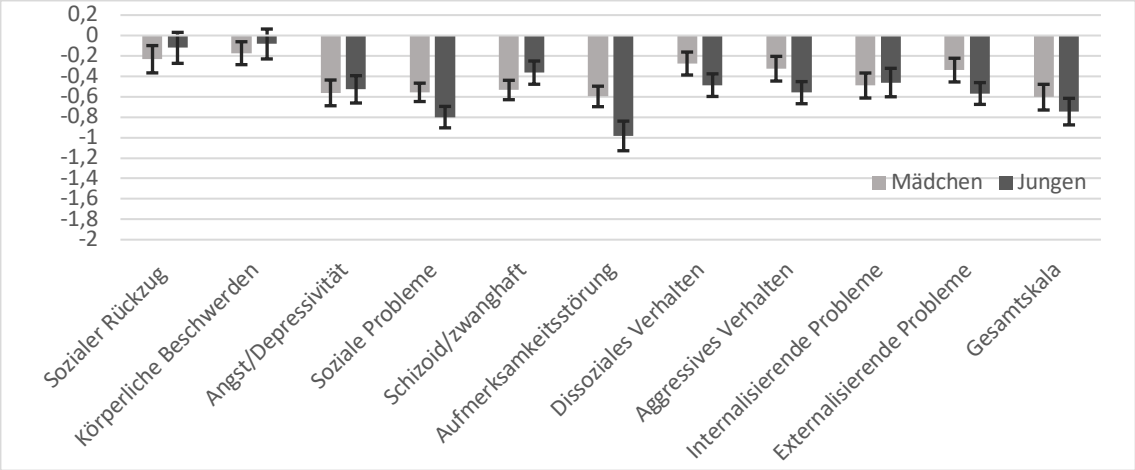


Abbildung 4: CBCL-Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zu erkrankten Kindern der Klinikstichprobe (CBCL-Referenzgruppe 2) unterteilt nach Geschlecht

Auf Basis der nach der Stichprobe psychisch kranker Kinder (Klinikstichprobe) Z-normierten Werte (vgl. Tab. 9) konnten Geschlechtsunterschiede für fünf der acht betrachteten Subskalen gefunden werden. Jungen lagen für die Subskala „schizoid/ zwanghaft“ näher am Mittelwert der durchschnittlichen Auffälligkeitsausprägung bei psychisch kranken Kindern ($p<0,001$, $r=0,27$, $MW=-0,36$). Die Mädchen lagen demgegenüber im Durchschnitt in den Symptombereichen „soziale Probleme“ ($p<0,001$, $r=0,22$, $MW=-0,56$), „Aufmerksamkeitsstörung“ ($p<0,001$, $r=0,32$, $MW=-0,60$) sowie bei „dissozialem“ ($p<0,001$, $r=0,22$, $MW=-0,27$) und „aggressivem Verhalten“ ($p=0,010$, $r=0,13$, $MW=-0,33$) am klinischen Mittel und dementsprechend auch auf der Sekundärskala „externalisierende Probleme“ ($p=0,004$, $r=0,15$, $MW=-0,34$). Die Effektstärken waren hier insgesamt schwach, lediglich für die Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ mittelgradig ausgeprägt.

Geschlechtsunterschiede wurden in der vorliegenden Stichprobe somit nicht in den Symptombereichen mit den stärksten Auffälligkeitsausprägungen gefunden. Zusammenfassend scheinen sich die Mädchen in der Ausprägung „externalisierender Probleme“ weniger von psychisch kranken Mädchen zu unterscheiden als die Jungen der Stichprobe von psychisch kranken Jungen. Jungen scheinen gegenüber Mädchen insgesamt mehr durch „schizoid/zwanghaftes Verhalten“ aufzufallen.

3.2.3 Verhaltensauffälligkeiten im Altersgruppenvergleich

Überprüft wurde, ob bzw. inwiefern die oben dargestellten Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern mit dem Lebensalter variieren.

Die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern sind in Abbildung 5 (vgl. Tabelle 26 im Anhang) für die drei Altersgruppen 4 bis 6 Jahre, 7 bis 13 Jahre und 14 bis 18 Jahre als der gesunden Stichprobe Z-normierten Werte spezifiziert.

Die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern sind in Abbildung 6 (vgl. Tabelle 27 im Anhang) für die drei Altersgruppen 4 bis 6 Jahre, 7 bis 13 Jahre und 14 bis 18 Jahre als der Klinikstichprobe Z-normierten Werte spezifiziert.

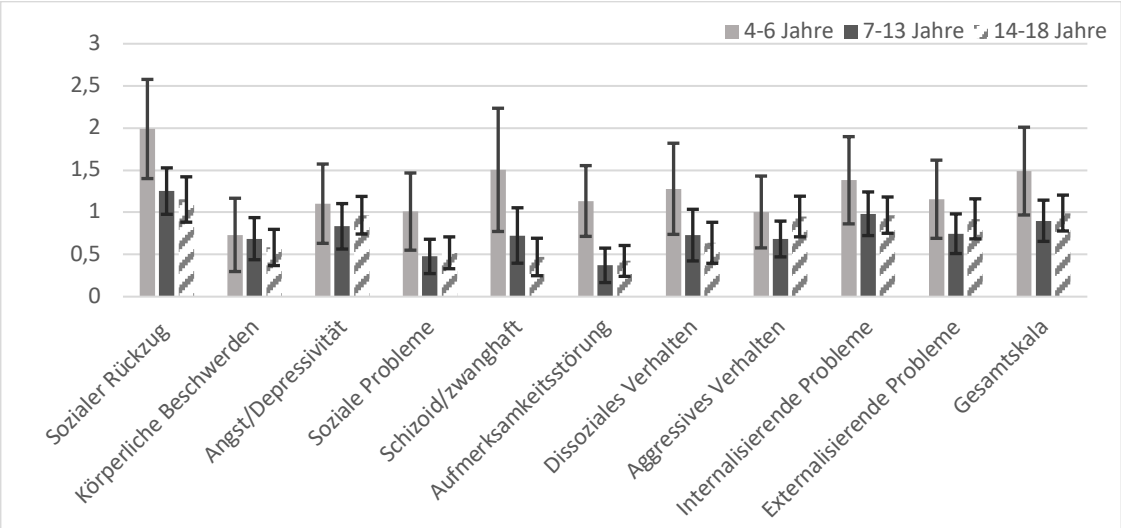


Abbildung 5: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzgruppe unterteilt nach Altersgruppen

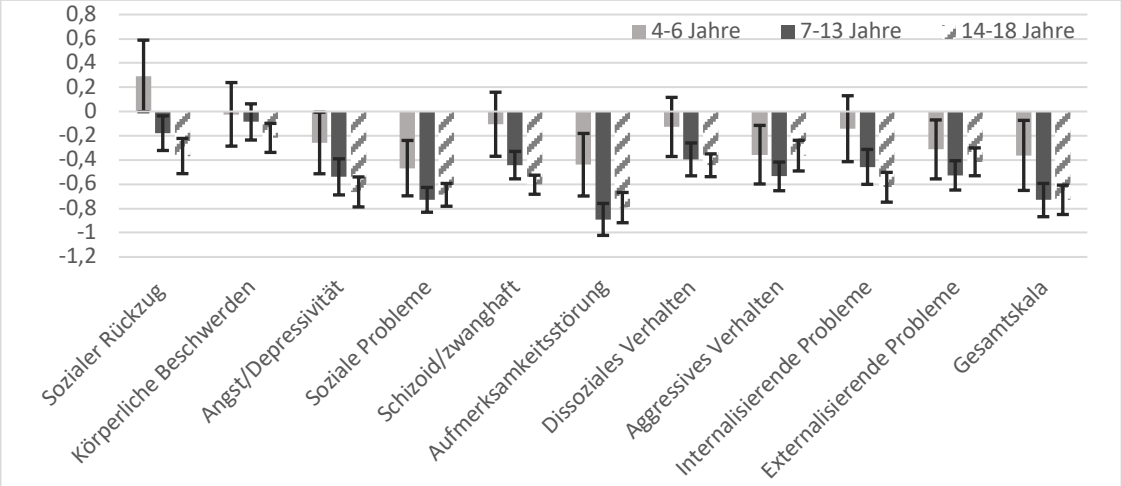


Abbildung 6: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzgruppe unterteilt nach Altersgruppen

Im Altersgruppenvergleich zeigten sich bei Verwendung der anhand der Stichprobe „gesunder“ Kinder (Feldstichprobe, CBCL-Referenzgruppe 1) Z-normierten Werte in der jüngsten Altersgruppe (4-6 Jahre) signifikante Unterschiede (vgl. Tab. 26 im Anhang). Mit schwachem Effekt waren Auffälligkeiten in den Syndromskalen „sozialer Rückzug“ ($p=0,027$, $r=0,12$, $MW=1,99$), „schizoid/zwanghaft“ ($p<0,001$, $r=0,19$, $MW=1,50$), „Aufmerksamkeitsstörung“ ($p=0,002$, $r=0,17$, $MW=1,13$) und „dissoziales Verhalten“ ($p=0,037$, $r=0,11$, $MW=1,28$) und in der Sekundärskala „internalisierende Probleme“ im Vergleich zur restlichen Stichprobe stärker ausgeprägt.

In der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen zeigte sich kein signifikanter Unterschied gegenüber der Gesamtstichprobe (vgl. Tab. 26 im Anhang).

In der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit knapp noch schwachem Effekt für die Syndromskala „schizoid/zwanghaft“ ($p<0,0001$, $r=0,19$, $MW=0,47$, vgl. Tab. 26 im Anhang). Die Auffälligkeiten waren gegenüber der restlichen Stichprobe schwächer ausgeprägt. Es ergibt sich für die Subskala „sozialer Rückzug“ – umgerechnet in Prozentränge – ein Prozentrang von knapp 98% in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen sowie von knapp 90% bei den 7- bis 13-Jährigen und von knapp 88% bei den 14- bis 18-Jährigen. Somit hatten knapp 2% in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen, 10% der 7- bis 13-Jährigen und über 12% der 14- bis 18-Jährigen der „gesunden“ Stichprobe eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die Auffälligkeitsausprägung in dieser Subskala stieg mit zunehmendem Alter an.

Auf Basis der anhand der Stichprobe psychisch kranker Kinder (Klinikstichprobe, CBCL-Referenzgruppe 2) Z-normierten Werte zeigten sich Altersgruppenunterschiede (vgl. Tab. 27 im Anhang) für die 4- bis 6-jährigen Kinder für die Subskalen „sozialer Rückzug“ ($MW=0,29$, $p<0,001$, $r=0,19$), „Angst/Depressivität“ ($MW=-0,26$, $p=0,018$, $r=0,12$), „schizoid/zwanghaft“ ($MW=-0,11$, $p=<0,001$, $r=0,24$), „Aufmerksamkeitsstörung“ ($MW=-0,44$, $p=0,004$, $r=0,15$) und „dissoziales Verhalten“ ($MW=-0,13$, $p=0,039$, $r=0,11$) sowie für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ ($MW=-0,14$, $p=0,011$, $r=0,13$) mit schwachem Effekt. In den Syndromskalen „Angst/Depressivität“, „schizoid/zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsstörung“ und „dissoziales Verhalten“ sowie für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ lag die jüngste Altersgruppe (4-6 Jahre) näher am klinischen Mittel als der Rest der Stichprobe. Der Z-Wert der Syndromskala „sozialer Rückzug“ ($MW=0,29$, $p<0,001$, $r=0,19$) lag in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen als einziger im positiven Bereich, diese Altersgruppe lag somit als einzige über dem Mittelwert der klinischen Stichprobe. 7- bis 13-Jährige zeigten signifikante Altersgruppenunterschiede in der Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ mit schwachem

Effekt (MW=-0,89, p=0,029, r=0,11), die Auffälligkeitsausprägungen in dieser Gruppe lagen für die Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ jedoch nicht näher am klinischen Mittelwert als der Rest der Stichprobe. 14- bis 18-Jährige zeigten Altersgruppenunterschiede für die Subskalen „sozialer Rückzug“ (MW=-0,37, p=0,001, r=0,18), „schizoid/zwanghaft“ (MW=-0,60, p<0,001, r=0,27) sowie für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ mit schwachem Effekt (MW=-0,62, p=0,028, r=0,12), die Auffälligkeitsausprägungen lagen jedoch nicht näher am klinischen Mittel als die restliche Stichprobe.

Zusammenfassend scheinen sich die 4- bis 6-Jährigen in den Subskalen „Angst/ Depressivität“, „schizoid/zwanghaft“ und „dissoziales Verhalten“ sowie der Sekundärskala „internalisierende Probleme“ weniger von psychisch kranken Kindern zu unterscheiden als der Rest der Stichprobe.

Die Altersgruppen der 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen scheinen sich in keiner Auffälligkeitsausprägung weniger von psychisch kranken Kindern zu unterscheiden als die restliche Stichprobe.

3.2.4 Verhaltensauffälligkeiten im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Im Folgenden wurde die obige isolierte Betrachtung von Alters- und Geschlechtsgruppen um differentielle Effekte (Alter $*$ Geschlecht) ergänzt. Die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Erscheinungsformen der Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern sind in Tabelle 28 im Anhang für die drei Altersgruppen (4 bis 6 Jahre, 7 bis 13 Jahre und 14 bis 18 Jahre) als der „gesunden“ Stichprobe (Feldstichprobe) Z-normierten Werte für Jungen und Mädchen gesondert spezifiziert.

Die mittels der CBCL-Subskalen erhobenen Erscheinungsformen der Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern sind in Tabelle 29 im Anhang für die drei Altersgruppen (4 bis 6 Jahre, 7 bis 13 Jahre und 14 bis 18 Jahre) als der Klinikstichprobe Z-normierten Werte für Jungen und Mädchen gesondert spezifiziert.

Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen zeigten sich signifikante Unterschiede anhand der Z-Werte der „gesunden“ Referenzstichprobe (vgl. Tab. 28 im Anhang) in den Syndromskalen „sozialer Rückzug“ (p=0,006, r=0,14, MW=2,25), „schizoid/zwanghaft“ (p=0,04, r=0,15, MW=1,67) und „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,046, r=0,10, MW=1,11) mit stärkerer Auffälligkeitsausprägung im Vergleich zum Rest der Stichprobe, bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen in der Syndromskala „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,023, r=0,12, MW=1,16) stärker ausgeprägt gegenüber dem Rest der Stichprobe. Es zeigten sich bei beiden Gruppen schwache Effektstärken. Der Prozentrang lag für die

Syndromskala „sozialer Rückzug“ bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen bei 96%, bei den Jungen dieser Altersgruppe bei 99%. Somit haben nur 4% der Mädchen bzw. 1% der Jungen der „gesunden“ Stichprobe eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

In der Altersgruppe der 7- bis 13-jährigen Jungen zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede mit schwachen Effektstärken (vgl. Tab. 28 im Anhang) in den Syndromskalen „soziale Probleme“ (p=0,003, r=-0,16, MW=0,31), „schizoid/zwanghaft“ (p=0,007, r=-0,14, MW=0,96) und „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,023, r=-0,12, MW=0,22), wobei die Auffälligkeitsausprägung bei „soziale Probleme“ und „Aufmerksamkeitsstörung“ schwächer ausgeprägt war im Vergleich zum Rest der Stichprobe. In der Skala „schizoid/zwanghaft“ zeigte sich eine stärkere Auffälligkeitsausprägung im Vergleich zu der ältesten Altersgruppe und eine schwächere Ausprägung im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe. Bei den Mädchen in dieser Altersgruppe zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Bei den 7- bis 13-jährigen Mädchen lag der Prozentrang bei 91%, bei den Jungen bei 87%. Somit haben weniger als 10% der Mädchen und über 10% der Jungen eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Bei den 14- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied (vgl. Tab. 28 im Anhang) in der Subskala „schizoid/zwanghaft“ mit schwachen Effektstärken bei den Jungen (p=0,018, r=0,12, MW=0,67) mit schwächerer Auffälligkeitsausprägung und mittleren Effektstärken bei den Mädchen (p<0,0001, r=0,32, MW=0,35) ebenfalls schwächer ausgeprägt im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

Somit fallen die Jungen der Stichprobe jeder Altersgruppe sowie die 4- bis 6-jährigen und 14- bis 18-jährigen Mädchen eher durch externalisierende Probleme auf im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Bei den 7- bis 13-jährigen Mädchen zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

In der Altersgruppe der 14- bis 18-jährigen Mädchen lag der Prozentrang bei 88% und bei den Jungen bei 86%. Über 10% der Mädchen und knapp 15% der Jungen haben eine höhere Auffälligkeitsausprägung in der Subskala „sozialer Rückzug“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Auf Basis der anhand der Klinikstichprobe Z-normierten Werte (vgl. Tab. 29 im Anhang) zeigten sich Geschlechts- und Altersgruppenunterschiede für die 4- bis 6-jährigen Jungen in den Symptombereichen „sozialer Rückzug“ (p<0,0001, r=0,20, MW=0,49),

„schizoid/zwanghaft“ (p<0,0001, r=0,21, MW=-0,06) und für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ (p=0,032, r=0,11, MW=-0,11), bei den Mädchen dieser Altersgruppe zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Symptombereichen „schizoid/zwanghaft“ (p=0,032, r=0,11, MW=-0,15) und „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,002, r=0,16, MW=-0,38) mit jeweils schwachen Effektstärken. In den Syndromskalen „schizoid/zwanghaft“ sowie für die Sekundärskala „internalisierende Probleme“ lag die jüngste Altersgruppe (4 bis 6 Jahre) der Jungen näher am klinischen Mittel als der Rest der Stichprobe. Die Mädchen lagen in der Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ (und in der Gesamtskala) näher am Mittelwert als der Rest der Stichprobe. Die 4- bis 6-jährigen Jungen lagen in den Subskalen „schizoid/zwanghaft“, der Sekundärskala „internalisierende Probleme“ und in der Gesamtskala näher an der durchschnittlichen Auffälligkeitsausprägung als der Rest der Stichprobe.

Der mittlere Z-Wert der Syndromskala „sozialer Rückzug“ lag in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen bei beiden Geschlechtern im positiven Bereich sowie zusätzlich bei den Jungen bei „körperliche Beschwerden“, „Angst/Depressivität“ und „soziale Probleme“ und lag somit über dem Mittelwert der klinischen Stichprobe (vgl. Tab. 29 im Anhang).

In der Gruppe der 7- bis 13-jährigen Jungen wurden statistisch signifikante Unterschiede in den Symptombereichen „soziale Probleme“ (p=0,001, r=-0,17, MW=-0,87), „schizoid/zwanghaft“ (p=0,001, r=-0,18, MW=-0,35), „Aufmerksamkeitsstörung“ (p<0,001, r=-0,27, MW=-1,14), „dissoziales Verhalten“ (p<0,001, r=-0,19, MW=-0,53), „aggressives Verhalten“ (p=0,009, r=-0,14, MW=-0,65) und in der Sekundärskala „externalisierende Probleme“ (p=0,005, r=-0,15, MW=-0,65) gefunden, bei den Mädchen zeigten sich signifikante Unterschiede in den Symptombereichen „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,009, r=-0,14, MW=-0,63) und „dissoziales Verhalten“ (p=0,037, r=-0,11, MW=-0,25). Es waren in beiden Gruppen schwache Effektstärken nachweisbar. In der Skala „Aufmerksamkeitsstörung“ war bei den Jungen knapp noch ein schwacher Effekt zu beobachten, schwächer ausgeprägt im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Die Auffälligkeitsausprägungen in dieser Gruppe lagen hier jedoch nicht näher am klinischen Mittelwert als der Rest der Stichprobe.

In der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen zeigten sich bei den Jungen in den Symptombereichen „soziale Probleme“ (p=0,038, r=0,11, MW=-0,84), „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,002, r=0,16, MW=-1,04) und „dissoziales Verhalten“ (p=0,005, r=0,15, MW=-0,60), bei den Mädchen in den Symptombereichen „sozialer Rückzug“ (p=0,025, r=0,12, MW=-0,37), „schizoid/ zwanghaft“ (p<0,0001, r=0,31, MW=-0,65), „Aufmerksamkeitsstörung“ (p=0,009, r=0,14, MW=-0,64), „dissoziales

Verhalten“ (p=0,046, r=0,10, MW=-0,35) und „aggressives Verhalten“ (p=0,014, r=0,13, MW=-0,26) sowie in der Sekundärskala „externalisierende Probleme“ (p=0,034, r=0,11, MW=-0,31) signifikante Unterschiede im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Es waren sowohl bei den 14- bis 18-jährigen Jungen als auch den Mädchen schwache Effektstärken nachweisbar, für die Subskala „schizoid/zwanghaft“ ergab sich bei den Mädchen eine mittlere Effektstärke (r=0,31). Die Auffälligkeitsausprägungen in dieser Gruppe lagen hier jedoch nicht näher am klinischen Mittelwert als der Rest der Stichprobe. Eine Ausnahme bildete die Subskala „aggressives Verhalten“, wo die Auffälligkeitsausprägungen bei den Mädchen etwas näher am Mittelwert lagen als beim Rest der Stichprobe.

Somit unterschieden sich die 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen in Bezug auf „internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ weniger von psychisch kranken Kindern als der Rest der Stichprobe. Die 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen unterschieden sich in keiner Auffälligkeitsausprägung weniger von psychisch kranken Kindern und die 14- bis 18-jährigen Mädchen unterschieden sich in der Auffälligkeitsausprägung „aggressives Verhalten“ weniger von psychisch kranken Mädchen, jeweils im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

3.3 Lebensqualität

3.3.1 Soziodemografische Charakterisierung der Stichprobe (n=285)

Die Angaben zur Lebensqualität lagen lediglich für 285 Fälle vor, diese beinhaltete 164 Mädchen und 121 Jungen. Mehr als die Hälfte der zur Analyse vorliegenden Antwortdatensätze bezogen sich auf Mädchen (57,2%). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Anteil an Mädchen und Jungen (p=0,011, vgl. Tab. 30 im Anhang), wobei von den Eltern häufiger über Mädchen berichtet wurde als über Jungen. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei 12 Jahren.

Die analog zum KINDL-Manual (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998) gebildeten Altersgruppen waren demgegenüber mit signifikantem Chi-Quadrat-Test nicht gleichmäßig vertreten (p<0,001, vgl. Tab. 30 im Anhang), wobei die jüngste Altersgruppe (4-6 Jahre) mit weniger als 20% unterrepräsentiert war. Die beiden anderen Altersgruppen waren demgegenüber mit je etwa 40% in etwa gleich vertreten. Für das Haushaltseinkommen, die Anzahl der Geschwister sowie die Position in der Geschwisterreihenfolge ergaben sich bei den stark differenziert gewählten Antwortkategorien erwartungsgemäß signifikante Abweichungen (p<0,001) von der Gleichverteilung über die Kategorien. Deskriptiv ist hervorzuheben, dass 60% der

Haushalte ein Monatseinkommen unter 2000 € angaben, ca. ein Fünftel gab ein Haushaltseinkommen bis 1000 € an. Knapp die Hälfte der Kinder hatten „ein Geschwister“, weshalb in der Geschwisterreihenfolge die Kategorien „ältestes Kind“ und „jüngstes Kind“ am häufigsten vertreten waren. Mit je einem Fünftel der Stichprobe waren Einzelkinder und Kinder mit mehreren Geschwistern in etwa gleich vertreten.

An der Untersuchung nahmen mit knapp 60% signifikant mehr Mütter als Väter teil (vgl. Tab. 31 im Anhang). Die überwiegende Mehrheit der Eltern (über 70%) hatte einen Regelschulabschluss (vgl. Tab. 31 im Anhang), etwa ein Fünftel hatte das Abitur, ca. 10% hatten einen Hochschulabschluss erworben. Die Eltern waren mit 57% signifikant häufiger berufstätig als nicht berufstätig. Etwa zwei Drittel der Eltern lebte mit einem Partner zusammen.

Die vergebenen Hauptdiagnosen, welche nach inhaltlich verwandten Störungsbildern in Gruppen zusammengefasst wurden, traten in der Stichprobe signifikant unterschiedlich häufig auf (p=0,001). Mit mehr als der Hälfte der Stichprobe waren „depressive Störungen“ bei den Eltern überrepräsentiert. Mit 20% waren Eltern mit einer „Abhängigkeitserkrankung“ relativ häufig, mit unter 5% waren Störungen aus dem „schizophrenieformen Spektrum“ und mit 7% auch „bipolare Störungen“ demgegenüber seltener vertreten. Die Hauptdiagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ war mit 5% der Gesamtstichprobe die am häufigsten als Hauptdiagnose vergebene Persönlichkeitsstörung.

Eine psychische Erkrankung beider Eltern lag in ca. 25% der Fälle vor, am häufigsten mit 70% waren beide Eltern nicht psychisch erkrankt.

Die häufigsten Betreuungsarten (vgl. Tab. 32 im Anhang) waren mit über 70% die Schulen und mit weniger als 20% Kindergarten/Hort. Die Kinder waren am seltensten (1%) bei einer Tagesmutter untergebracht.

Die Mütter waren zu ca. 80% Bezugsperson (vgl. Tab. 33 im Anhang), die Väter zu knapp 40%. Großmütter waren zu einem Drittel und Großväter zu einem Fünftel Bezugsperson. Die Anzahl der Bezugspersonen innerhalb der Familie lag am häufigsten mit 33% bei 6 Bezugspersonen.

Über die Erkrankung gesprochen wurde am häufigsten in knapp 50% der Fälle „manchmal“. Deskriptiv hervorzuheben ist, dass in 35% der Fälle „nie“ über die Erkrankung gesprochen wurde.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 34 im Anhang) waren am häufigsten mit über 30% „gleichaltrige Kinder“, mit einem Fünftel waren „Andere“ noch relativ häufig vertreten; „Lehrer“ waren mit 10% seltener Bezugsperson. Die Anzahl der

Bezugspersonen außerhalb der Familie lag am häufigsten mit ca. 45% bei 6 Bezugspersonen.

3.3.1.1 Soziodemografische Eigenschaften der eingeschlossenen Kinder der psychisch erkrankten Eltern der KINDL-Stichprobe unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen sowie Geschlechts- und Altersgruppen

Geschlecht *(vgl. Tab. 35 im Anhang)**:*** Das durchschnittliche Alter lag bei den Mädchen bei knapp 13 Jahren und bei den Jungen bei über 11 Jahren. Das Haushaltseinkommen wurde am häufigsten bei beiden Geschlechtern mit knapp 40% mit über 2000 € angegeben. Deskriptiv hervorzuheben ist, dass dieses mit 20% bei bis zu 1000 € angegeben wurde. Knapp 50% der Mädchen und ca. 40% der Jungen hatten ein Geschwister. Es zeigte sich in der Verteilung der Anzahl der Geschwister eine statistische Abweichung (p=0,097) bei den Mädchen im Vergleich zum Rest der Stichprobe, wobei die Mädchen häufiger ein Geschwister im Gegensatz zu den Jungen hatten (48% vs. 40% bei den Jungen). Für die Verteilung in der Geschwisterreihenfolge zeigte sich eine statistische Abweichung (p=0,011) für die Mädchen und Jungen, wobei Mädchen häufiger die „ältesten Geschwister“ waren (45% vs. 26% bei den Jungen) und Jungen häufiger die „jüngsten Geschwister“ (35% vs. 23% bei den Mädchen, vgl. Tab. 35 im Anhang), jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. „Einzelkind“ war mit ca. 20% noch häufig vertreten bei beiden Geschlechtern, wobei dieses etwas häufiger bei den Jungen vorhanden war im Vergleich zu den Mädchen (23% vs. 20% bei den Mädchen).

Die häufigsten Betreuungsarten (vgl. Tab. 36 im Anhang) waren die „weiterführende Schule“ mit über 50% bei den Mädchen und knapp 50% bei den Jungen, in der „Grundschule“ waren über 20% sowohl der Jungen als auch der Mädchen. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen Jungen und Mädchen. „Kindergarten/Hort“ sowie „Nachmittagsbetreuung“ wurden von 10% der Mädchen und fast einem Viertel der Jungen in Anspruch genommen. Es zeigte sich bei „Kindergarten/Hort“ eine statistische Abweichung (p=0,010). Bei der „Nachmittagsbetreuung“ zeigte sich kein Unterschied in der Verteilung zwischen Jungen und Mädchen.

Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 37 im Anhang) waren am häufigsten die Mütter mit über 70% bei den Jungen und über 80% bei den Mädchen. Die Verteilungsunterschiede waren signifikant zwischen beiden Geschlechtern (p=0,092). Väter waren bei den Jungen (45%) häufiger Bezugsperson als bei den Mädchen (30%), wobei die Verteilungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen signifikant waren (p=0,014). Großmütter waren zu 30% bei den Jungen und 35% bei den Mädchen Bezugsperson, Großväter waren zu 20% bei beiden Geschlechtern Bezugsperson. Die

Verteilung unterschied sich jeweils nicht zwischen Jungen und Mädchen. Die Anzahl der Bezugspersonen innerhalb der Familie lag bei 5 bei über 30% bei beiden Geschlechtern.

Über die Erkrankung gesprochen wurde in der Familie am häufigsten bei beiden Geschlechtern in über 45% „manchmal".

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 38 im Anhang) waren am häufigsten „gleichaltrige Kinder" mit knapp 40% bei den Mädchen und knapp 25% bei den Jungen. Die Verteilung unterschied sich signifikant zwischen beiden Geschlechtern (p=0,012). „Andere" waren mit 25% bei den Mädchen und 15% bei den Jungen noch relativ häufig Bezugsperson (p=0,047), wobei sich die Verteilung zwischen beiden Geschlechtern unterschied. „Lehrer" wurden bei knapp 10% bei beiden Geschlechtern noch häufig angegeben, die Verteilung unterschied sich jedoch nicht zwischen Jungen und Mädchen. „Ältere Kinder" wurden bei knapp 10% der Mädchen und knapp 5% der Jungen angegeben, wobei sich hier ein Verteilungsunterschied zwischen beiden Geschlechtern zeigte (p=0,071).

Altersgruppen *(vgl. Tab. 39 im Anhang)**:*** Das durchschnittliche Alter lag bei den 4- bis 6-Jährigen bei knapp 5 Jahren, bei den 7- bis 13-Jährigen bei über 10 Jahren und bei den 14- bis 18-Jährigen bei 16 Jahren. In der jüngsten Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen waren Jungen mit über 50% und Mädchen mit knapp 50% in etwa gleich verteilt. Mädchen waren in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen (knapp 55%) und 14- bis 18-Jährigen (knapp 65%) in der Überzahl im Vergleich zu den Jungen mit 45% bei den 7- bis 13-Jährigen und 35% bei den 14- bis 18-Jährigen. Das Haushaltseinkommen lag in jeder Altersgruppe häufiger bei über 2000 € mit knapp 40%. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen. In der Geschwisterreihenfolge war „ältestes Kind" häufig vertreten in allen Altersgruppen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen (p=0,010), wo „ältestes Kind" häufiger angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (50% vs. 30% bei den 7-13-Jährigen; 40% bei den 14-18-Jährigen). Bei den 7- bis 13-Jährigen (p=0,015) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,034) zeigte sich ebenfalls eine statistische Abweichung, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den 7- bis 13-Jährigen war „jüngstes Kind" häufiger vertreten (25% vs. 30% bei den 14-18-Jährigen; 10% bei den 4-6-Jährigen) und bei den 14- bis 18-Jährigen war „mittleres Kind" häufiger vertreten im Vergleich zum Rest der Stichprobe (15% vs. 6% bei den 7-13-Jährigen und 4-6-Jährigen).

Bei den Betreuungsarten (vgl. Tab. 40 im Anhang) waren die Schulen am häufigsten in allen Altersgruppen vertreten. Es zeigte sich für die Nachmittagsbetreuung eine statistische Abweichung für alle Altersgruppen (p=0,061 bei den 4-6-Jährigen; p=0,095

bei den 7-13-Jährigen; p=0,002 bei den 14-18-Jährigen), wobei diese für die 4- bis 6-Jährigen häufiger in Anspruch genommen wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (25% vs. 19% bei den 7-13-Jährigen; 7% bei den 14-18-Jährigen). Kindergarten/Hort wurde von den 7- bis 13-Jährigen häufiger in Anspruch genommen im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,006) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,004). Bei den 7- bis 13-Jährigen wurde Kindergarten/Hort häufiger angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (24% vs. 18% bei den 4-6-Jährigen; 10% bei den 14-18-Jährigen).

Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 41 im Anhang) waren häufiger die Mütter mit über 70% in allen Altersgruppen, Väter waren demgegenüber seltener Bezugsperson mit über 30%. Großmütter waren noch häufig Bezugsperson, waren jedoch mit zunehmendem Alter weniger häufig Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen (p<0,001) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,018). Bei den 4- bis 6-Jährigen waren Großmütter häufiger Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (55% vs. 30% bei den 7-13-Jährigen; 25% bei den 14-18-Jährigen). Großväter waren mit zunehmendem Alter ebenfalls weniger häufig Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für alle Altersgruppen (4-6-Jährige: p=0,039; 7-13-Jährige: p=0,075; 14-18-Jährige: p=0,001), wobei Großväter bei den 4- bis 6-Jährigen häufiger Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (30% vs. 25% bei den 7-13-Jährigen; 10% bei den 14-18-Jährigen). Geschwister waren mit zunehmendem Alter häufiger Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 4- bis 6-Jährigen (p=0,001) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,010), wobei Geschwister bei den 14- bis 18-Jährigen häufiger Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (20% vs. 13% bei den 7-13-Jährigen; 0% bei den 4-6-Jährigen) und bei den 4- bis 6-Jährigen seltener Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Der Partner des erkrankten Elternteils war selten Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen (p=0,028) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,042). Bei den 4- bis 6-Jährigen war der Partner des erkrankten Elternteils häufiger Bezugsperson (7% vs. 2% bei den 7-13-Jährigen; 0% bei den 14-18-Jährigen) und bei den 14- bis 18-Jährigen seltener Bezugsperson, jeweils im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die Anzahl der Bezugspersonen lag im Durchschnitt bei 5 Personen. In der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen lag die Anzahl der Bezugspersonen häufiger mit 40% bei 6 Personen im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen.

Über die Erkrankung wurde häufiger „manchmal“ gesprochen (vgl. Tab. 41 im Anhang). Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen, wo häufiger „nie“

über die Erkrankung gesprochen wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (44% vs. 29% bei den 4-6-Jährigen; 31% bei den 14-18-Jährigen). Seltener wurde bei den 7- bis 13-Jährigen „manchmal“ über die Erkrankung gesprochen im Vergleich zum Rest der Stichprobe (41% vs. 53% bei den 4-6-Jährigen; 52% bei den 14-18-Jährigen). „Sehr häufig“ über die Erkrankung gesprochen wurde zu 13% in allen Altersgruppen.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 42 im Anhang) waren häufiger „gleichaltrige Kinder“ in allen Altersgruppen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 14- bis 18-Jährigen (p=0,009), wo „gleichaltrige Kinder“ häufiger Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (40% vs. 26% bei den 7-13-Jährigen; 22% bei den 4-6-Jährigen). „Lehrer“ waren zu ca. 10% Bezugsperson, wobei sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,062) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,058) zeigte. Bei den 7- bis 13-Jährigen waren „Lehrer“ häufiger Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (15% vs. 11% bei den 4-6-Jährigen; 7% bei den 14-18-Jährigen). „Freizeitleiter“ waren seltener Bezugsperson. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,088), wobei „Freizeitleiter“ bei den 7- bis 13-Jährigen häufiger Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (5% vs. 2% bei den 14-18-Jährigen; 0% bei den 4-6-Jährigen). „Nachbarn“ waren ebenfalls seltener Bezugsperson, wobei sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen zeigte (p=0,043). „Nachbarn“ waren bei den 7- bis 13-Jährigen häufiger Bezugsperson im Vergleich zur restlichen Stichprobe (6% vs. 2% bei den 4-6-Jährigen und 1% bei den 14-18-Jährigen). Die Anzahl der Bezugspersonen lag im Durchschnitt bei 6 Personen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-Jährigen (p=0,084) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,007), bei den 14- bis 18-Jährigen wurden häufiger 6 Bezugspersonen angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (57% vs. 34% bei den 7-13-Jährigen; 33% bei den 4-6-Jährigen).

Geschlechts- und Altersgruppen *(vgl. Tab. 43 im Anhang)**:*** Das Alter lag bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen (p<0,001) und Jungen (p<0,001) bei durchschnittlich 5 Jahren, bei den 7- bis 13-jährigen Jungen (p<0,001) und Mädchen (p<0,001) bei 10 Jahren und bei den 14- bis 18-Jährigen Jungen (p<0,001) und Mädchen (p<0,001) bei durchschnittlich 16 Jahren. Die beiden Geschlechter waren bei den 4- bis 6-Jährigen und 7- bis 13-Jährigen in etwa gleich häufig vertreten, in der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen waren Mädchen mit 60% überrepräsentiert. Die Mehrheit der Eltern der Kinder aller Alters- und Geschlechtsgruppen gab ein Haushaltseinkommen von über 2000 € an.

Die Anzahl der Geschwister lag in allen Alters- und Geschlechtsgruppen am häufigsten bei einem Geschwister. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 7- bis 13-jährigen (p=0,064) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,033), bei den 7- bis 13-jährigen Mädchen wurde häufiger ein Geschwister angegeben als beim Rest der Stichprobe (55% vs. 45% bei den 4-6-jährigen Jungen und Mädchen; 38% bei den 7-13-jährigen Jungen; 44% bei den 14-18-jährigen Mädchen; 40% bei den 14-18-jährigen Jungen). Die 14- bis 18-jährigen Mädchen hatten häufiger zwei Geschwister im Vergleich zum Rest der Stichprobe (30% vs. 27% bei den 4-6-jährigen Mädchen; 13% bei den 4-6-jährigen Jungen; 8% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 15% bei den 7-13-jährigen Jungen; 17% bei den 14-18-jährigen Jungen). In der Geschwisterreihenfolge war „ältestes Kind“ häufig vertreten. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Mädchen (p=0,091) sowie die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,016) und Jungen (p=0,005). Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass „ältestes Kind“ bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen häufiger vertreten war im Vergleich zum Rest der Stichprobe (60% vs. 48% bei den 4-6-jährigen Jungen und 14-18-jährigen Mädchen; 35% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 23% bei den 7-13-jährigen Jungen; 20% bei den 14-18-jährigen Jungen). „Jüngstes Kind“ war bei den 14- bis 18-jährigen Jungen häufiger vertreten im Vergleich zum Rest der Stichprobe (40% vs. 38% bei den 7-13-jährigen Jungen; 32% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 20% bei den 14-18-jährigen Mädchen; 13% bei den 4-6-jährigen Jungen und 10% bei den 4-6-jährigen Mädchen).

Die Betreuungsarten entfielen häufig auf die Schulen in allen Alters- und Geschlechtsgruppen (vgl. Tab. 44 im Anhang). „Kindergarten/Hort“ sowie „Nachmittagsbetreuung“ waren noch häufig vertreten. Bei den 7- bis 13-jährigen Jungen (p<0,001) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,009) zeigte sich eine statistische Abweichung für „Kindergarten/Hort“, wo diese Betreuung bei den 7- bis 13-jährigen Jungen häufiger genutzt wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (35% vs. 18% bei den 4-6-jährigen Mädchen und Jungen; 15% bei den 7-13-jährigen Mädchen und 14-18-jährigen Jungen; 7% bei den 14-18-jährigen Mädchen). Für die „Nachmittagsbetreuung“ zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,009) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p= 0,012). In dem Vergleich der Angaben fiel auf, dass für die 4- bis 6-jährigen Jungen häufiger eine „Nachmittagsbetreuung“ genutzt wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (35% vs. 20% bei den 7-13-jährigen Mädchen und Jungen; 20% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 14% bei den 4-6-jährigen Mädchen; 6% bei den 14-18-jährigen Mädchen; 9% bei den 14-18-jährigen Jungen). Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen wurde trivialerweise eine „Nachmittagsbetreuung“ demgegenüber seltener genutzt im Vergleich zum Rest der Stichprobe (vgl. Tab. 44 im Anhang). Eine

„Hausaufgabenbetreuung“ wurde insgesamt selten genutzt, wobei sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen zeigte (p=0,019). Im Vergleich der Angaben zur „Hausaufgabenbetreuung“ zeigte sich, dass die 4- bis 6-jährigen Jungen häufiger eine „Hausaufgabenbetreuung“ nutzten im Vergleich zum Rest der Stichprobe (22% vs. 10% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 6% bei den 7-13-jährigen und 14-18-jährigen Jungen; 4% bei den 4-6-jährigen und 14-18-jährigen Mädchen).

Die Bezugspersonen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 45 im Anhang) waren häufiger die Mütter als die Väter. Es zeigte sich eine statistische Abweichung bei den 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,055), wo Mütter häufiger keine Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (33% vs. 22% bei den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen). Großmütter waren ebenfalls noch häufig Bezugsperson, was aber mit steigendem Alter abnahm, und zwar bei den Jungen stärker als bei den Mädchen (18% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 26% bei den 4-6-jährigen Jungen; 9% bei den 4-6-jährigen Mädchen). Großväter waren noch häufig Bezugsperson, wobei sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Mädchen (p=0,052), 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,070), 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,097) und Jungen (p=0,014) zeigte. Im Vergleich der Angaben zeigte sich, dass Großväter bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen häufiger im Vergleich zum Rest der Stichprobe als Bezugsperson angegeben wurden (36% vs. 26% bei den 4-6-jährigen Jungen; 28% bei den 7-13-jährigen Jungen; 22% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 13% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 7% bei den 14-18-jährigen Jungen). Großväter waren bei den 14- bis 18-jährigen Jungen demgegenüber seltener vertreten im Vergleich zum Rest der Stichprobe (vgl. Tab. 45 im Anhang). Geschwister waren seltener Bezugsperson, wobei sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,053) und Mädchen (p=0,053) und die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,049) zeigte. Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass Geschwister bei den 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen seltener Bezugsperson waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (0% vs. 12% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 15% bei den 7-13-jährigen Jungen; 20% bei den 14-18-jährigen Jungen; 21% bei den 14-18-jährigen Mädchen). Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen waren Geschwister häufiger Bezugsperson als beim Rest der Stichprobe. Der Partner des erkrankten Elternteils wurde in allen Alters- und Geschlechtsgruppen seltener als Bezugsperson angegeben als die eben genannten Personen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,004), für die häufiger der Partner der Mutter bzw. des Vaters als Bezugsperson angegeben wurde im Vergleich zum Rest der Stichprobe (13% vs. 2% bei den 7-13-jährigen Mädchen und Jungen; 0% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 14-18-jährigen Mädchen und Jungen). Die Anzahl der Bezugspersonen innerhalb der Familie lag bei

durchschnittlich 5 Personen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,022), für die seltener 5 Bezugspersonen angegeben wurden als beim Rest der Stichprobe (17% vs. 23% bei den 14-18-jährigen Mädchen; 38% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 37% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 14-18-jährigen Jungen).

Über die Erkrankung gesprochen wurde häufig „manchmal“ in der Familie, wobei sich die Verteilung nicht zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen unterschied.

Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. Tab. 46 im Anhang) waren in allen Alters- und Geschlechtsgruppen am häufigsten „gleichaltrige Kinder“. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,003), die 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,071) und die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,018). „Gleichaltrige Kinder“ waren bei den 4- bis 6-jährigen Jungen seltener Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (4% vs. 40% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 14-18-jährigen Mädchen; 35% bei den 14-18-jährigen Jungen; 30% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 22% bei den 7-13-jährigen Jungen).

„Andere“ wurden noch häufig als Bezugsperson benannt, wobei sich eine statistische Abweichung für die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,007) zeigte. Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass „Andere“ häufiger bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen als Bezugsperson angegeben wurden im Vergleich zur restlichen Stichprobe (30% vs. 26% bei den 4-6-jährigen Jungen; 18% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 7-13-jährigen Mädchen; 13% bei den 7-13-jährigen Jungen; 11% bei den 14-18-jährigen Jungen). „Lehrer“ wurden mit ca. 10% als Bezugsperson angegeben, wobei sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-jährigen Mädchen zeigte (p=0,002). Die 7- bis 13-jährigen Mädchen hatten häufiger „Lehrer“ als Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (22% vs. 14% bei den 4-6-jährigen Mädchen; ca. 10% bei den 4-6-jährigen Jungen, den 7-13-jährigen Jungen sowie den 14-18-jährigen Jungen und Mädchen). „Erzieher“ wurden seltener als Bezugsperson angegeben im Vergleich zu den vorher genannten Bezugspersonen, wobei sich eine statistische Abweichung für die 7- bis 13-jährigen Jungen (p=0,016) und die 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,067) zeigte. „Erzieher“ waren bei den 7- bis 13-jährigen Jungen häufiger Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (12% vs. 10% bei den 4-6-jährigen Mädchen; 5% bei den 4-6-jährigen Jungen und 7-13-jährigen Mädchen; 2% bei den 14-18-jährigen Jungen und 1% bei den 14-18-jährigen Mädchen). Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen waren „Erzieher“ trivialerweise seltener Bezugsperson im Vergleich zum Rest der Stichprobe (vgl. Tab. 46 im Anhang). Die Anzahl der Bezugspersonen außerhalb der Familie lag im Durchschnitt bei 6 Bezugspersonen, wobei sich hier eine statistische Abweichung für die

7- bis 13-jährigen Mädchen (p=0,067) und 14- bis 18-jährigen Mädchen (p=0,081) zeigte. Bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen waren 6 Bezugspersonen häufiger vorhanden im Vergleich zum Rest der Stichprobe (57% vs. 56% bei den 14-18-jährigen Jungen; 30% bei den 4-6-jährigen Jungen und 7-13-jährigen Jungen und über 35% bei den 4-6-jährigen Mädchen und 7-13-jährigen Mädchen).

3.3.1.2 Soziodemografische Eigenschaften der interviewten psychisch erkrankten Eltern der KINDL-Stichprobe

Geschlecht *(vgl. Tab. 47 im Anhang)**:*** Mütter waren bei den Mädchen mit über 60% häufiger vertreten im Gegensatz zu den Jungen mit über 50%. Väter waren bei den Mädchen (40%) seltener vertreten als bei den Jungen (45%). Das Alter der Eltern lag sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen bei 41 Jahren. Über 60% der Eltern bei beiden Geschlechtern hatten einen Regelschulabschluss, ein Abitur hatten 15% der Eltern der Mädchen und 20% der Eltern der Jungen angegeben. Ein Hochschulabschluss wurde von 10% der Eltern der Mädchen und 5% der Eltern der Jungen angegeben. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen Jungen und Mädchen. 55% der Eltern der Mädchen und 60% der Eltern der Jungen waren berufstätig. Es zeigte sich kein Verteilungsunterschied zwischen Jungen und Mädchen. Über 60% der Eltern beider Geschlechter lebten in einer Partnerschaft, wobei sich die Verteilung nicht zwischen Jungen und Mädchen unterschied. „Depressive Erkrankungen“ waren mit knapp 60% häufiger bei den Eltern der Mädchen als bei denen der Jungen mit knapp 50% vorhanden. „Abhängigkeitserkrankungen“ waren bei den Eltern der Jungen mit ca. 25% häufiger als bei denen der Mädchen mit knapp 20%. Die Verteilung unterschied sich zwischen beiden Geschlechtern (p=0,049). Beide Eltern waren bei knapp 25% der Mädchen und 23% der Jungen psychisch erkrankt. Die Verteilungsunterschiede waren nicht signifikant (p=0,793).

Altersgruppen *(vgl. Tab. 48 im Anhang)**:*** Der Anteil der Mütter lag in allen Altersgruppen mit über der Hälfte höher als der Anteil der Väter.

Das Alter der Eltern lag im Durchschnitt bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen bei knapp 41 Jahren (MWU=2658,5; p=0,625), bei den Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen lag dieses am niedrigsten mit knapp 39 Jahren (MWU=2229,0; p=0,050). Die Eltern der 7- bis 13-jährigen Mädchen (MWU=5646,5; p=0,114) und Jungen (MWU=5258,5; p=0,203) waren im Durchschnitt 40 Jahre alt, die Eltern der 14- bis 18-jährigen Mädchen 42 Jahre (MWU=6985,0; p=0,141) und die Eltern der 14- bis 18-jährigen Jungen 44 Jahre (MWU=3826,5; p=0,002). Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 14- bis 18-jährigen Jungen, wo das Alter der Eltern höher lag im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

Einen Regelschulabschluss hatten über 60% der Eltern aller Altersgruppen (vgl. Tab. 48 im Anhang). Die Eltern der 4- bis 6-Jährigen hatten häufiger einen „Hochschulabschluss“ mit 20% angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die Eltern der 7- bis 13-Jährigen hatten häufiger ein „Abitur“ angegeben mit 20% im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die Eltern der 14- bis 18-Jährigen (p=0,072), wobei diese häufiger eine „Mittlere Reife“ angegeben hatten im Vergleich zum Rest der Stichprobe (43% vs. 34% bei den 7-13-Jährigen; 25% bei den 4-6-Jährigen).

Die Eltern der 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen waren häufiger berufstätig im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die Eltern der 4- bis 6-Jährigen (p=0,014), wobei diese seltener berufstätig waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (40% vs. 60% bei den 7-13-Jährigen und 14-18-Jährigen). In einer Partnerschaft lebten 60% der Eltern aller Altersgruppen. Die Verteilung unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 48 im Anhang).

„Depressive Störungen“ waren die am häufigsten angegebenen Hauptdiagnosen in allen Altersgruppen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-Jährigen (p=0,096) und 14- bis 18-Jährigen (p=0,062). „Depressive Störungen“ wurden bei den 4- bis 6-Jährigen seltener angegeben im Vergleich zum Rest der Stichprobe (40% vs. 54% bei den 7-13-Jährigen und 57% bei den 14-18-Jährigen). Bei den 14- bis 18-Jährigen waren „depressive Störungen“ häufiger als beim Rest der Stichprobe (57% vs. 54% bei den 7-13-Jährigen; 40% bei den 4-6-Jährigen).

Eine psychische Erkrankung beider Eltern lag in der Mehrzahl der Fälle mit einem Fünftel in allen Altersgruppen nicht vor, wobei sich die Verteilung nicht zwischen den Altersgruppen unterschied.

Geschlecht und Altersgruppen *(vgl. Tab. 49 im Anhang)**:*** Das Alter der Eltern lag bei den 4- bis 6-jährigen und 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen bei ca. 40 Jahren, bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen bei 42 Jahren und 14- bis 18-jährigen Jungen bei 44 Jahren.

Eine „Mittlere Reife“ war der am häufigsten vergebene Schulabschluss. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,071), deren Eltern häufiger einen „Hauptschulabschluss“ hatten als die Eltern der restlichen Stichprobe (48% vs. 37% bei den 14-18-jährigen Jungen; 32% bei den 7-13-jährigen Jungen und 14-18-jährigen Mädchen; 23% bei den 7-13-jährigen Mädchen; 18% bei den 4-6-jährigen Mädchen). Die Mehrheit der Eltern der ältesten Kinder waren häufiger berufstätig als die

der jüngeren Altersgruppen; dies galt sowohl für die Eltern der Jungen als auch für die Eltern der Mädchen. Es zeigte sich eine statistische Abweichung für die 4- bis 6-jährigen Jungen (p=0,081), wo die Eltern seltener berufstätig waren im Vergleich zum Rest der Stichprobe (39% vs. 41% bei den 4-6-jährigen Mädchen; über 60% bei den 7-13-jährigen Jungen und Mädchen; 65% bei den 14-18-jährigen Jungen; 54% bei den 14-18-jährigen Mädchen, vgl. Tab. 49 im Anhang).

Über der Hälfte der Eltern aller Alters- und Geschlechtsgruppen lebten in einer Partnerschaft.

Unter den vergebenen Hauptdiagnosen waren „depressive Störungen“ in fast allen Alters- und Geschlechtsgruppen mit über 50% überrepräsentiert. Eine Ausnahme bildete die Gruppe der Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen, wo sich eine statistische Abweichung zeigte (p=0,003). Im Vergleich der Angaben fiel auf, dass bei den Eltern der 4- bis 6-jährigen Jungen häufiger eine „Abhängigkeitserkrankung“ auftrat (30% vs. 18% bei den 4-6-jährigen Mädchen sowie 7-13-jährigen Mädchen und Jungen; 16% bei den 14-18-jährigen Mädchen und 28% bei den 14-18-jährigen Jungen) im Vergleich zum Rest der Stichprobe im Hinblick auf die Verteilung der Diagnosegruppen (p=0,003). Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen waren „depressive Störungen“ mit einem Fünftel der Eltern seltener vertreten im Vergleich zum Rest der Stichprobe. „Bipolare Störungen“ waren bei den 4- bis 6-jährigen Jungen gar nicht vorhanden. Beide Eltern waren deskriptiv in der Mehrheit der Fälle in allen Alters- und Geschlechtsgruppen nicht psychisch erkrankt (vgl. Tab. 49 im Anhang).

Die Eltern waren in fast allen Alters- und Geschlechtsgruppen mit über der Hälfte häufiger berufstätig als nicht berufstätig. Eine Ausnahme bildeten die 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen, wo die Eltern mit 60% häufiger nicht berufstätig als berufstätig waren. Es zeigten sich jedoch keine Verteilungsunterschiede. Etwa 65% der Eltern lebten in einer Partnerschaft, von diesen war die Hälfte verheiratet. Etwas über 10% der Eltern waren geschieden und knapp 20% getrennt lebend. Die Eltern der 7- bis 13-jährigen Jungen waren mit 20% häufiger geschieden im Vergleich zum Rest der Stichprobe, wobei sich kein Verteilungsunterschied zeigte (4-6-jährige Mädchen: p=0,917; 4-6-jährige Jungen: p=0,849; 7-13-jährige Mädchen: p=0,279; 7-13-jährige Jungen: p=0,247; 14-18-jährige Mädchen: p=0,771; 14-18-jährige Jungen: p=0,478, vgl. Tab. 49 im Anhang).

3.3.2 Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Abbildung 7 (vgl. Tab. 50 im Anhang) zeigt die mittels KINDL gemessene Lebensqualität der Kinder psychisch erkrankter Eltern unserer Gesamtstichprobe ohne Differenzierung nach Alter und Geschlecht.

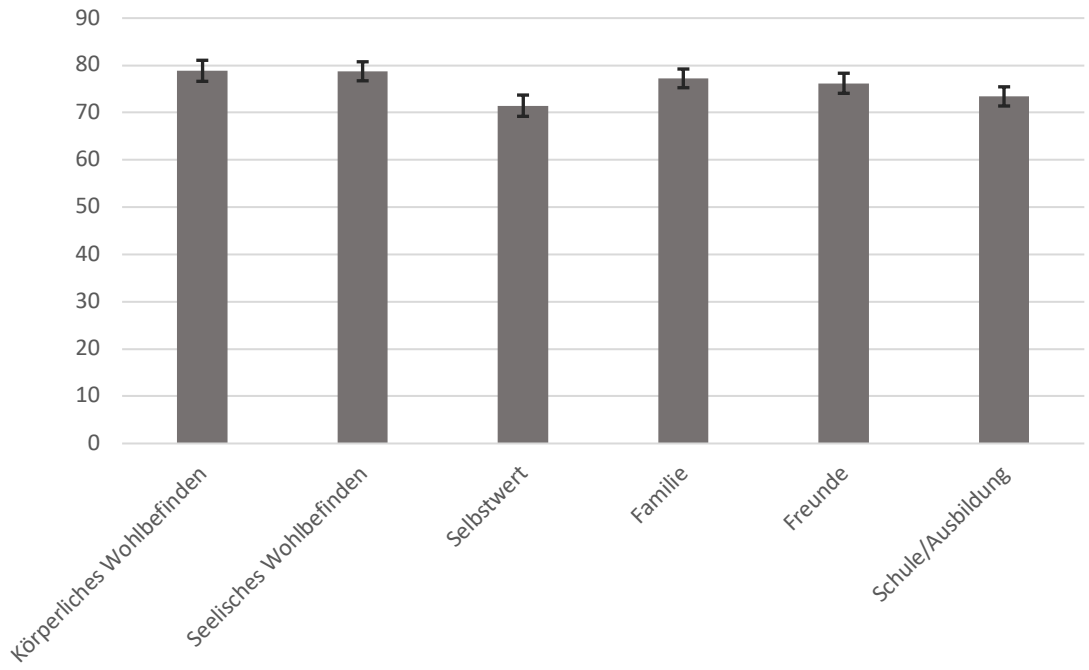


Abbildung 7: Lebensqualität in der Gesamtgruppe (KINDL) aufgeschlüsselt für die Subskalen „körperliches und seelisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“ sowie „Schule/Ausbildung“

Anhand der Rohwerte für die Lebensqualität zeigte sich in der Gesamtgruppe deskriptiv die höchste Lebensqualität in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“ sowie „Familie“ und „Freunde“. Die Rohwerte der Lebensqualitätsbereiche „Selbstwert“ und „Schule/Ausbildung“ lagen nur wenig darunter (vgl. Tab. 50 im Anhang).

3.3.3 Lebensqualität von Jungen und Mädchen im Vergleich

Tabelle 10 zeigt die mittels KINDL gemessene Lebensqualität der Kinder psychisch erkrankter Eltern unserer Gesamtstichprobe unterteilt in Jungen und Mädchen.

Tabelle 10: Subskalen von Lebensqualität als KINDL-Werte von Kindern psychisch kranker Eltern (als auf den Wertebereich 0-100 linear transformierte Werte) im Geschlechtsvergleich

KINDL-Skala	Mädchen (n=164)		Jungen (n=121)		MWU	r	p-Wert
	MW	SD	MW	SD			
Körperliches Wohlbefinden	76,91	19,73	81,49	18,13	8537,5	0,12	**0,042**
Seelisches Wohlbefinden	77,36	17,38	80,63	17,14	8721,5	0,10	0,079
Selbstwert	70,08	19,49	73,35	19,18	8798,5	0,10	0,100
Familie	76,66	17,84	78,05	15,96	9619,5	0,03	0,658
Freunde	75,97	18,64	76,55	17,88	9842,0	0,01	0,907
Schule/Ausbildung	73,35	16,56	73,56	17,31	8516,5	0,00	0,989

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: Minimaler aufgetretener Wert; Max.: Maximaler aufgetretener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Abbildung 8 zeigt die Subskalen der Lebensqualität (KINDL) der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt für Jungen und Mädchen.

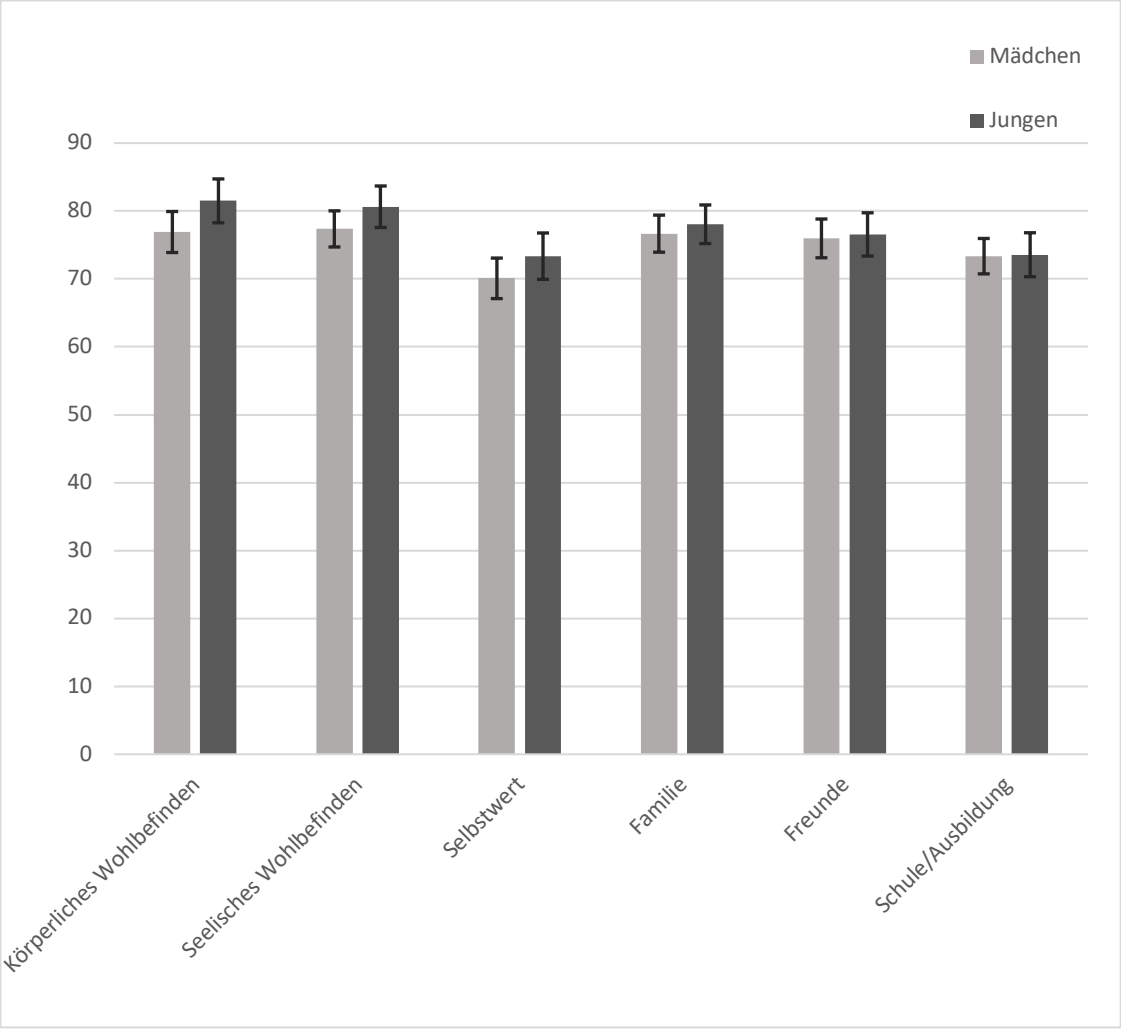


Abbildung 8: Subskalen der Lebensqualität Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Geschlecht

Anhand der sechs Lebensqualitätsskalen zeigte sich deskriptiv für Jungen und Mädchen die höchste Lebensqualität in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“, „Familie“ und „Freunde“. In diesen Bereichen hatten die Jungen deskriptiv die höchste Lebensqualität, in dem Bereich „Schule/Ausbildung“ war diese bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hoch (vgl. Tab. 10).

Geschlechtsunterschiede wurden in einer der sechs Skalen gefunden. In der Kategorie „körperliches Wohlbefinden“ zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit schwacher Effektstärke, wobei dieser Bereich bei den Jungen ($p=0,042$, $r=0,12$, $MW=81,49$) höher bewertet wurde als bei den Mädchen ($p=0,042$, $r=0,12$, $MW=76,91$, vgl. Tab. 10).

Zusammenfassend scheinen die Jungen eine höhere Lebensqualität in dem Bereich „körperliches Wohlbefinden“ im Vergleich zu den Mädchen zu haben. Für die übrigen Bereiche zeigten sich keine Unterschiede.

3.3.4 Lebensqualität im Altersgruppenvergleich

Abbildung 9 (vgl. Tabelle 51 im Anhang) zeigt die Subskalen der Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Altersgruppen.

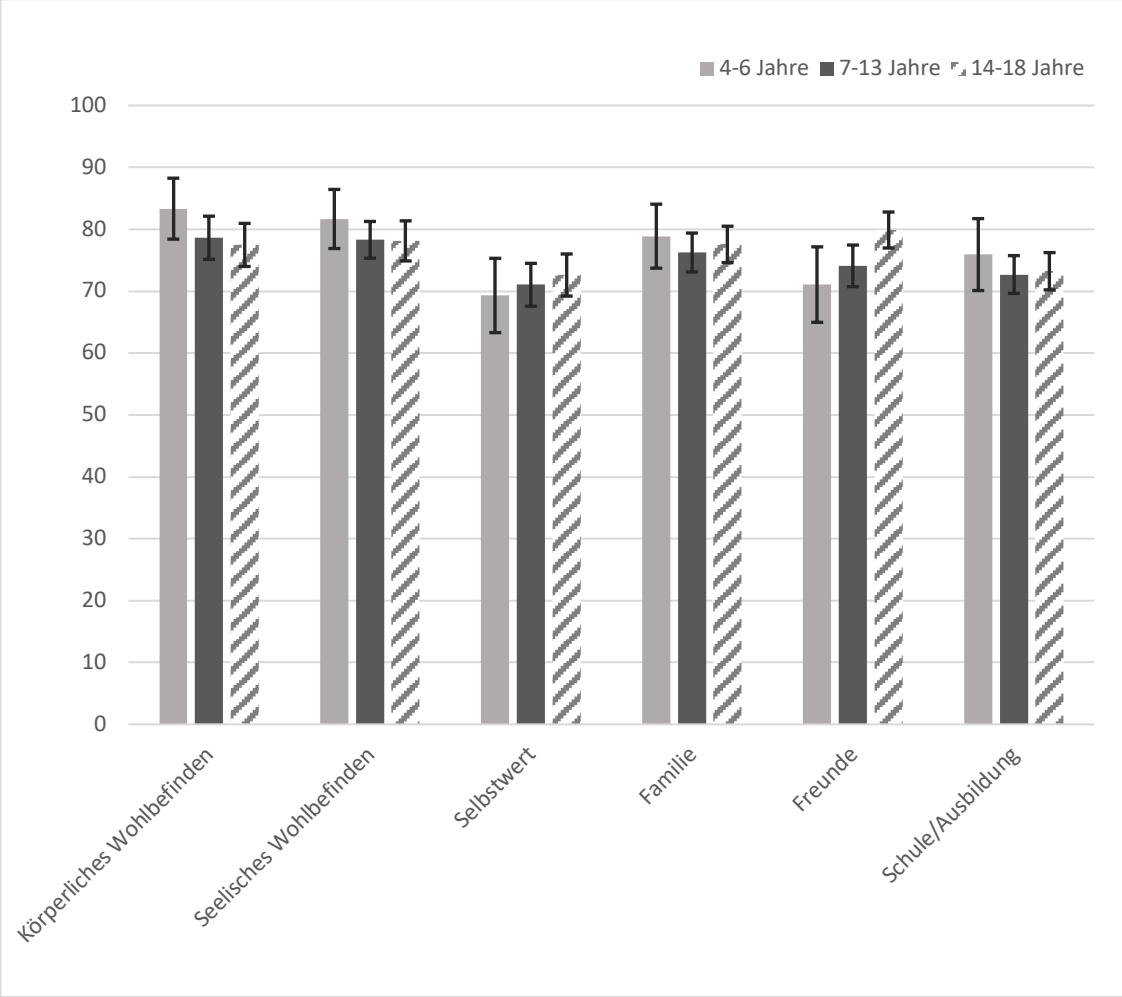


Abbildung 9: Subskalen der Lebensqualität Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

In allen Altersgruppen (vgl. Tab. 51 im Anhang) zeigten sich deskriptiv die höchsten Ausprägungen der Lebensqualität in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“, alle Dimensionen der Lebensqualität liegen deskriptiv jedoch eng beieinander. Die Dimension „Selbstwert“ weist deskriptiv die niedrigste Lebensqualität auf.

In der Dimension „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“ nimmt die Lebensqualität mit höherer Altersgruppe deskriptiv ab. In der Skala „Selbstwert“ und „Freunde“ ist es umgekehrt, dort steigt die Lebensqualität mit zunehmendem Alter. Es zeigte sich jedoch bei den 4- bis 6-Jährigen in keiner der sechs Skalen ein signifikanter statistischer Unterschied im Vergleich zur restlichen Stichprobe (vgl. Tab. 51 im

Anhang). In der Altersgruppe der 7- bis 13-jährigen und 14- bis 18-jährigen Kinder war ein statistisch signifikanter Unterschied in dem Bereich „Freunde“ mit jeweils schwacher Effektstärke nachweisbar, der in der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen stärker als in der Gruppe der 7- bis 13-Jährigen und hier wiederum stärker als in der jüngsten Altersgruppe ausgeprägt war.

Zusammenfassend scheinen die 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen die höchste gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich „Freunde“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe zu haben. Die geringste Lebensqualität zeigte sich deskriptiv im Bereich „Selbstwert“ für alle Altersgruppen, wobei diese in der jüngsten Altersgruppe am geringsten ausgeprägt war und mit zunehmendem Alter anstieg.

3.3.5 Lebensqualität im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Die Subskalen der Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht sind in Tabelle 52 im Anhang dargestellt.

In den Geschlechts- und Altersgruppen (vgl. Tab. 52 im Anhang) zeigten sich deskriptiv in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“ und „Familie“ sowie bei den 14- bis 18-Jährigen bei „Freunde“ die höchste Lebensqualität im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen ergab sich ein signifikanter Unterschied in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwert“ mit schwacher Effektstärke, welcher in beiden Dimensionen bei den Jungen stärker und bei den Mädchen schwächer ausgeprägt war im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den Mädchen zeigte sich zusätzlich in den Bereichen „seelisches Wohlbefinden“ und „Freunde“ ein signifikanter Unterschied ebenfalls mit schwacher Effektstärke schwächer ausgeprägt im Vergleich zum Rest der Stichprobe. In der Gruppe der 7- bis 13-jährigen und 14- bis 18-jährigen Mädchen war ein signifikanter Unterschied im Bereich „Freunde“ mit schwacher Effektstärke nachweisbar, wobei dieser bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen stärker ausgeprägt war als in der restlichen Stichprobe; bei den 14- bis 18-jährigen Jungen gab es keinen signifikanten Unterschied. Die 4- bis 6-jährigen Mädchen zeigten signifikant eine höhere Lebensqualität in dem Bereich „Familie“ mit schwacher Effektstärke stärker ausgeprägt gegenüber der verbleibenden Stichprobe; bei den 4- bis 6-jährigen Jungen war kein signifikanter Unterschied in den sechs Dimensionen nachweisbar. Bei den Jungen nahm die Lebensqualität in dem Bereich „Familie“ und „Freunde“ deskriptiv mit steigendem Alter zu. Im Bereich „Familie“ und „Freunde“ hatte die Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen deskriptiv eine niedrigere Lebensqualität als die 7- bis 13-Jährigen und diese wiederum eine niedrigere Lebensqualität als die 14- bis 18-Jährigen (vgl. Tab. 52 im Anhang).

Somit scheinen die 4- bis 6-jährigen Mädchen eine höhere Lebensqualität im Bereich „Familie“ zu haben, die 7- bis 13-jährigen Jungen in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwert“ im jeweiligen Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die 14- bis 18-jährigen Mädchen hatten eine höhere Lebensqualität im Bereich „Freunde“.

Im statistischen Geschlechts- und Altersgruppenvergleich scheinen die 7- bis 13-jährigen Mädchen die geringste Lebensqualität in dem Bereich „Selbstwert“ zu haben (p=0,010, r=0,15, MW=66,46) mit signifikantem Ergebnis im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Im Bereich „Freunde“ zeigte sich ebenfalls eine geringere Lebensqualität (p=0,011, r=0,15, MW=71,53) im Vergleich zur jüngsten Geschlechts- und Altersgruppe.

3.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Verhaltensauffälligkeiten

Geschlecht: Für die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern unter alleiniger Berücksichtigung des Geschlechts zeigten sich sowohl für Jungen als auch für Mädchen anhand der Feldstichprobe „gesunder“ Kinder deskriptiv vermehrt internalisierende Probleme wie „sozialer Rückzug“ und „Angst/Depressivität“.

Bei den Mädchen zeigte sich zusätzlich deskriptiv vermehrt „dissoziales Verhalten“. „Soziale Probleme“ waren signifikant häufiger bei den Mädchen als bei den Jungen und „schizoid/zwanghaftes Verhalten“ trat signifikant häufiger bei den Jungen als bei den Mädchen auf. Die Effekte waren jedoch schwach ausgeprägt. Die Mädchen fallen somit gegenüber gesunden Kindern eher durch soziale Probleme, die Jungen eher durch sonderbares Verhalten auf.

Jungen waren in der Subskala „schizoid/zwanghaft“ ähnlich auffällig wie bereits psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Mädchen waren in den Symptombereichen „soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitsstörung“ sowie bei „dissozialem und aggressivem Verhalten“ ähnlich auffällig wie bereits erkrankte Kinder und Jugendliche. Die Effektstärken waren jedoch jeweils schwach, lediglich für die Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ mittelgradig ausgeprägt. Somit fallen Jungen gegenüber Mädchen eher durch sonderbares Verhalten auf. Zusammenfassend scheinen sich die Mädchen in der Ausprägung externalisierender Probleme weniger von psychisch kranken Mädchen zu unterscheiden als die Jungen der Stichprobe von psychisch kranken Jungen.

Altersgruppen: Für die 4- bis 6-Jährigen zeigten sich für die Verhaltensauffälligkeiten bei Verwendung der anhand gesunder Kinder Z-normierten Werte signifikante Unterschiede in den Syndromskalen „sozialer Rückzug“, „schizoid/zwanghaft“,

„Aufmerksamkeitsstörung“ und „dissoziales Verhalten“ sowie in der Sekundärskala „internalisierende Probleme“ stärkere Ausprägungen im Vergleich zu den beiden älteren Altersgruppen mit schwachen Effektstärken. 14- bis 18-Jährige zeigten in der Skala „schizoid/zwanghaft“ signifikante Unterschiede im Vergleich zur restlichen Stichprobe mit schwachem Effekt schwächer ausgeprägt im Vergleich zu den 4- bis 6-Jährigen und 7- bis 13-Jährigen.

Der Z-Wert der Syndromskala „sozialer Rückzug“ lag in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen als einziger im positiven Bereich, diese Altersgruppe lag somit als einzige über dem Mittelwert der klinischen Stichprobe.

Die 4- bis 6-Jährigen unterschieden sich in den Subskalen „Angst/Depressivität“, „schizoid/zwanghaft“ und „dissoziales Verhalten“ sowie der Sekundärskala „internalisierende Probleme“ weniger von psychisch kranken Kindern als der Rest der Stichprobe. In der Subskala „sozialer Rückzug“ schienen die 4- bis 6-Jährigen ähnlich hohe Werte wie bereits psychisch erkrankte Kinder zu haben.

Geschlechts- und Altersgruppen: Jungen jeglichen Alters sowie die 4- bis 6-jährigen und 14- bis 18-jährigen Mädchen fielen anhand der Stichprobe „gesunder“ Kinder und Jugendlicher eher durch externalisierende Probleme auf im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

Die 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen unterschieden sich in Bezug auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten weniger von psychisch kranken Kindern als der Rest der Stichprobe. Die 7- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen unterschieden sich in keiner Auffälligkeitsausprägung weniger von psychisch kranken Kindern als die restliche Stichprobe. Die 14- bis 18-jährigen Mädchen unterschieden sich in der Auffälligkeitsausprägung „aggressives Verhalten“ weniger von psychisch kranken Mädchen als der Rest der Stichprobe.

3.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität

Geschlecht: Deskriptiv zeigten sowohl Jungen als auch Mädchen psychisch erkrankter Eltern eine vergleichsweise hohe Lebensqualität in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“, „Familie“ und „Freunde“. In diesen Bereichen hatten die Jungen deskriptiv eine höhere Lebensqualität im Vergleich zum Rest der Stichprobe, in dem Bereich „Schule/Ausbildung“ war diese bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hoch. In der Kategorie „körperliches Wohlbefinden“ zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit schwacher Effektstärke, wobei dieser Bereich bei den Jungen höher bewertet wurde als bei den Mädchen.

Zusammenfassend scheinen die Jungen eine höhere Lebensqualität in dem Bereich „körperliches Wohlbefinden“ im Vergleich zu den Mädchen zu haben. Für die übrigen Bereiche zeigten sich keine Unterschiede.

Altersgruppen: In allen Altersgruppen zeigten sich deskriptiv die höchsten Ausprägungen der Lebensqualität in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“, alle Dimensionen der Lebensqualität liegen deskriptiv jedoch eng beieinander. Die Dimension „Selbstwert“ wies dabei deskriptiv die niedrigste Lebensqualität auf. In der Dimension „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“ nahm die Lebensqualität mit höherer Altersgruppe deskriptiv ab. In der Skala „Selbstwert“ und „Freunde“ war es umgekehrt, dort stieg die Lebensqualität mit zunehmendem Alter.

Die 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen hatten eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich „Freunde“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Eine geringere Lebensqualität zeigte sich deskriptiv im Bereich „Selbstwert“ für alle Altersgruppen, wobei diese in der jüngsten Altersgruppe am geringsten ausgeprägt war und mit zunehmendem Alter anstieg.

Geschlechts- und Altersgruppen: Auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Geschlecht und Alter zeigten sich deskriptiv in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“ und „Familie“ sowie bei den 14- bis 18-Jährigen bei „Freunde“ eine höhere Lebensqualität im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Die 4- bis 6-jährigen Mädchen erreichten eine höhere Lebensqualität im Bereich „Familie“, die 7- bis 13-jährigen Jungen in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwert“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die 14- bis 18-jährigen Mädchen hatten eine höhere Lebensqualität im Bereich „Freunde“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe.

Die 7- bis 13-jährigen Mädchen hatten eine signifikant geringere Lebensqualität in dem Bereich „Selbstwert“ im Vergleich zur restlichen Stichprobe. Im Bereich „Freunde“ zeigte sich ebenfalls eine signifikant geringere Lebensqualität im Vergleich zur ältesten Geschlechts- und Altersgruppe.

4 Diskussion

4.1 Psychische Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Im Folgenden soll entsprechend unserer Fragestellung 1 (vgl. Kapitel 1.4) zunächst diskutiert werden, welche psychischen Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten Kinder von psychisch erkrankten Eltern im Vergleich zu Kindern mit diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen und gesunden Kindern aufweisen.

Im Vergleich zur Normstichprobe der Normalbevölkerung, zeichnete sich die durch Verhaltensauffälligkeiten zu Tage tretende psychische Belastung von Kindern psychisch erkrankter Eltern – unseren Daten zufolge – insbesondere durch die als „sozialen Rückzug“ bzw. „internalisierende Probleme“ erhobenen Verhaltensauffälligkeiten aus, vgl. Kapitel 3.2.1, Tab. 25 im Anhang. Zugleich belegten die vorliegenden Ergebnisse, dass diese Kinder am wenigsten durch „Aufmerksamkeitsstörungen“ und „soziale Probleme“ auffielen, vgl. Kapitel 3.2.1, Tab. 25 im Anhang. Die betroffenen Kinder reagieren also – bildlich gesprochen – eher mit einer Orientierung nach „innen“; sie isolieren sich, kapseln sich von anderen ab, und „verinnerlichen“ ihre Belastungen als innere Konflikte. Externe Konflikte, also das Verhalten „nach außen“ hin, der konfliktfreie Umgang mit anderen, sind zwar ebenfalls beeinträchtigt, allerdings vergleichsweise etwas weniger stark, und unterscheiden sich somit etwas weniger von dem der Kinder der Normstichprobe.

Dieses Phänomen findet sich zumindest tendenziell auch bereits bei Wiegand-Grefe et al. (2009). Die eingeschlossenen 62 ebenfalls psychisch erkrankten und nach psychopathologischen Auffälligkeiten ihrer Kinder befragten Eltern beschrieben bei ihren Kindern geringfügig mehr internalisierende als externalisierende Auffälligkeiten. In einer Studie von Wals et al. (2001, vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011) zeigten sich im Elternurteil bei 86 psychisch erkrankten Eltern im Vergleich zu einer Normstichprobe bei den Mädchen neben erhöhten Werten in den Skalen „körperliche Beschwerden“ und „soziale Probleme“, insbesondere auch internalisierende sowie externalisierende Verhaltens-auffälligkeiten.

Die Befunde ähneln in dieser Hinsicht den in der Literatur bereits beschriebenen Beobachtungen an Kindern mit somatisch erkrankten Eltern. So befragten Bergelt et al. (2012) 1.809 Eltern mit Krebserkrankungen zu ihren insgesamt 2.581 Kindern im Alter von bis zu 21 Jahren und fanden einen erheblichen Leidensdruck der Kinder; etwa die Hälfte der Kinder erwies sich während der elterlichen Erkrankung als psychisch stark

beeinträchtigt; bei etwa 25% wurden negative Veränderungen der psychischen Verfassung oder des Verhaltens nachgewiesen. Bemerkenswerterweise manifestierten sich diese Beeinträchtigungen ebenfalls vermehrt in Form internalisierender Symptome wie Ängste und Depression. Dieser Befund erweist sich als robust, denn auch im Rahmen des Hamburger Gesundheitssurveys (Barkmann et al. 2007) wurde bei Kindern von Eltern mit einer ernsthaften körperlichen Erkrankung ein häufigeres Auftreten von internalisierenden Problemen anhand einer bundesweit repräsentativen Stichprobe von 1.950 Familien mit Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren nachgewiesen.

Aufgrund der parallelen Entwicklung bei psychischen und somatischen Erkrankungen der Eltern liegt die Hypothese nahe, dass unsere Ergebnisse möglicherweise nicht auf die Art der Erkrankung, sondern schon allein auf die Tatsache einer elterlichen Erkrankung zurückzuführen sind. Weiterführende Studien könnten zeigen, inwiefern sich Kinder psychisch erkrankter Eltern von Kindern somatisch erkrankter Eltern – im Hinblick auf internalisierende bzw. externalisierende Verhaltensauffälligkeiten – unterscheiden.

Das Phänomen des „sozialen Rückzugs“ in Folge der elterlichen Erkrankung teilen die Kinder unserer Stichprobe mit den Kindern der Klinikstichprobe. Unseren Ergebnisse zufolge verhalten sich Kinder psychisch erkrankter Eltern im Hinblick auf „sozialen Rückzug“ und „körperliche Beschwerden“ ähnlich wie erkrankte Kinder mit manifesten psychischen Erkrankungen (vgl. Kap. 3.2.2).

Im Hinblick auf „Aufmerksamkeitsstörungen“ und „dissoziales Verhalten“ bestätigen unsere Ergebnisse zum Teil die Befunde der oben bereits erwähnten Studie von Barkmann et al. (2007), die zeigte, dass Kinder somatisch erkrankter Eltern in dieser Hinsicht unauffällig sind - zumindest insofern, als hier in beiden Fällen nicht von massiven Beeinträchtigungen auszugehen ist. Andererseits könnte die Tatsache, dass Kinder somatisch erkrankter Eltern Barkmann et al. (2007) zufolge keinerlei Auffälligkeiten zeigen, den hier vorliegenden Daten zufolge aber zumindest moderate Auffälligkeiten nachweisbar sind, darauf hindeuten, dass hier sehr wohl Unterschiede aufgrund der Art der elterlichen Erkrankung zu Tage treten.

4.2 Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen

Im Folgenden soll entsprechend der Fragestellung 2 (vgl. Kapitel 1.4) diskutiert werden, ob Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern für die verschiedenen Geschlechts- und Altersgruppen bei Kindern psychisch kranker Eltern existieren.

4.2.1 Geschlecht

Im statistischen Geschlechtsgruppenvergleich zeigten sich bei Verwendung der anhand der Stichprobe „gesunder Kinder“ Z-normierten Werte, dass zwar sowohl Jungen als auch Mädchen unserer Stichprobe in der Skala „soziale Probleme“ Auffälligkeiten zeigten, dies bei den Mädchen allerdings stärker ausgeprägt war als bei den Jungen.

Auch im Gruppenvergleich mit den erkrankten Kindern der Klinikstichprobe belegten unsere Daten signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in den Skalen „soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitsstörung“, „dissoziales und aggressives Verhalten“. Die Mädchen lagen in den Symptombereichen „soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitsstörung“ sowie bei „dissozialem und aggressivem Verhalten“ näher am klinischen Mittel bereits erkrankter Kinder und Jugendlicher.

In der Literatur finden sich gegensätzliche Erkenntnisse, in der für Mädchen eher internalisierende Probleme und Jungen eher externalisierende Probleme beschrieben werden. So auch in der BELLA-Studie (vgl. Klasen et al. 2016), wo bei Mädchen häufiger Symptome von Depression und Angst, bei Jungen häufiger Störungen des Sozialverhaltens auftraten. Auch bei Sell et al. (2021) zeigten Jungen mehr externalisierende Symptome als Mädchen. Hier wurden im Rahmen der CHIPMS (*children of mentally ill parents*) 195 Eltern und 290 Kinder und Jugendliche von psychisch erkrankten Eltern im Alter von 4 bis 18 Jahren im Rahmen einer Interviewstudie zum krankheitsbezogenen Coping und dem kindlichen psychischen Gesundheitszustand befragt.

In der KIGGS-Studie (vgl. Erhart et al. 2007) wurden von den Eltern im Hinblick auf Hyperaktivitätsprobleme Jungen häufiger als Mädchen als auffällig beschrieben. Auch im prosozialen Bereich wurden Defizite bei Jungen (4,7%) häufiger angegeben als bei Mädchen (2,5%), wenngleich diese bei der Mehrheit der Stichprobe weniger auffällig waren im Vergleich zu anderen auffälligen Verhaltensweisen.

In dem repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS, Hölling et al. 2007), in dem 6691 Kinder im Alter von 11 bis 17 Jahren Fragebögen zu personalen, sozialen und familiären Ressourcen beantworteten, zeigte sich eine schwache soziale Unterstützung vorwiegend bei den Jungen.

Das in unserer Studie auftretende externalisierende Verhalten sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen könnte daran liegen, dass in unserer Studie vermehrt Eltern mit affektiven Störungen befragt wurden (55,2%, vgl. Kap. 3.1.2). Foster et al. (2008) zufolge tritt externalisierendes Verhalten besonders bei Kindern auf, deren Mütter vermehrt negative und wenige positive Verhaltensweisen zeigen. Dafür sprechen auch die

Befunde von Döhnert und Wiegand-Grefe (2021), die in ihrer Kohortenstudie mit 652 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie aus der Normalbevölkerung in Leipzig zeigten, dass eine Depression der Mutter einen hohen Vorhersagewert sowohl für internalisierende als auch noch stärker für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten hatte. Ebenso wie in unseren Daten zeigte sich vermehrt externalisierendes Verhalten bei Kindern depressiver Mütter.

Nicht auszuschließen ist aber auch, dass die Eltern externalisierendes Verhalten überschätzten, da dieses nach außen hin offensichtlicher ist. Insofern könnte hier quasi auch ein methodisches Artefakt für die vergleichsweise starken externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich sein.

4.2.2 Altersgruppen

Im Gruppenvergleich mit den „gesunden" Kindern der Normstichprobe zeigte sich (vgl. Kap. 3.2.3, Tab. 26 im Anhang), dass Kinder aller drei Altersgruppen durch „sozialen Rückzug" auffielen. Dies galt für die jüngste Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen in besonderem Maße; mit steigendem Alter nahm das Ausmaß dieser Verhaltensauffälligkeit ab.

4- bis 6-jährige Kinder psychisch erkrankter Eltern fielen zudem im Vergleich zu den Daten der gesunden Kinder der Referenzstichprobe durch „dissoziales Verhalten" und „Aufmerksamkeitsstörung" auf, und zwar signifikant stärker als dies bei den älteren Kindern unserer Stichprobe der Fall war. Die vergleichsweise hohe Belastung bei den jüngeren Kindern manifestierte sich somit sowohl in internalisierenden als auch in externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten.

Auch im Gruppenvergleich mit bereits erkrankten Kindern der Klinikstichprobe bestätigten unsere Daten den Zusammenhang von „sozialem Rückzug" und jungem Lebensalter, denn ausschließlich in dieser Altersgruppe (4-6 Jahre), nicht aber bei den älteren Kindern, erreichte dieser ein Ausmaß, das sogar die Mittelwerte der klinischen Referenzstichprobe überstieg (vgl. Kapitel 3.2.3, Tab. 27 im Anhang).

Unseren Daten zufolge scheinen sich 4- bis 6-jährige Kinder psychisch erkrankter Eltern auch in den Subskalen „Angst/Depressivität", „dissoziales Verhalten" sowie der Sekundärskala „internalisierende Probleme" weniger von psychisch kranken Kindern zu unterscheiden als die älteren Kinder (vgl. Kap. 3.2.3, Tab. 27 im Anhang).

Auch im Hinblick auf die besondere Vulnerabilität sehr junger Kinder existieren Parallelen zu den in der Literatur verfügbaren Befunden für Kinder mit somatisch

erkrankten Eltern. So wurden in der oben bereits beschriebenen Studie von Bergelt et al. (2012, vgl. Kap. 4.1) Beeinträchtigungen der psychischen Verfassung oder des Verhaltens durch die Krebserkrankung eines Elternteils am häufigsten bei jungen Kindern bis zu fünf Jahren beschrieben: Vergleichsweise wenig Beeinträchtigungen in Befinden und Verhalten sowie positives Verhalten (Hilfsbereitschaft, Engagement, Aufmerksamkeit) fanden sich dagegen am häufigsten bei jungen Erwachsenen (18 bis 21 Jahre).

Andererseits konnten unsere Daten die Befunde der BELLA-Studie (vgl. Klasen et al. 2016) nicht bestätigen, die im Gegensatz zu unseren Ergebnissen zeigte, dass mit zunehmendem Lebensalter Störungen des Sozialverhaltens abnahmen, wohingegen internalisierende Auffälligkeiten mit steigendem Alter zunahmen. Und auch Sell et al. (2021) fanden dazu teilweise gegenläufig für jüngere Kinder mehr externalisierendes Verhalten und für ältere Kinder häufiger internalisierendes Verhalten. Hier stand der Einfluss des elterlichen Bewältigungsverhaltens (Coping) in einem engen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder, die in der vorliegenden Studie jedoch nicht kontrolliert wurde.

Nach Costello et al. (2011) nehmen Störungen des Sozialverhaltens sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen in der Allgemeinbevölkerung mit zunehmendem Alter ab, während internalisierende Auffälligkeiten mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern zunehmen. Zu Störungen des Sozialverhaltens existieren in der Literatur unterschiedliche Angaben (vgl. Costello et al. 2011). In einigen Studien zeigte sich mit zunehmendem Alter ein Anstieg, andere wiesen einen Abfall für beide Geschlechter sowie gleichbleibende Werte nach.

Rücker et al. (2014) identifizierten in einer 126 Kinder umfassenden Stichprobe der Jugendhilfe altersspezifische Unterschiede bei 6- bis 10-Jährigen und 10- bis 16-Jährigen. Zu Beginn einer teilstationären Jugendhilfemaßnahme wurden altersspezifische Unterschiede im Hinblick auf soziale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und Ressourcen erhoben. Bei jüngeren Kindern wurden die Eltern befragt, ältere Kinder beantworteten selbst die Fragen. In der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zeigten sich die größten Auffälligkeiten. Ältere Kinder wiesen im Vergleich zu jüngeren Kindern mehr Bewältigungsstrategien bzw. mehr soziale Ressourcen auf (vgl. Rücker et al. 2014).

Da in unserer Studie die Kinder nicht selbst befragt wurden, könnte es sein, dass die Eltern bei den älteren Kindern die internalisierenden Probleme unterschätzten, da sie die Probleme womöglich auf die Pubertät bezogen. Internalisierende Auffälligkeiten sind

im Fremdurteil außerdem schwieriger zu beurteilen als offensichtliche nach außen gerichtete Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. externalisierende Auffälligkeiten. Dies belegen z.B. die Studien von Holmbeck et al. (2002) und Klasen et al. (2016), wo Eltern internalisierende Auffälligkeiten ihrer Kinder systematisch unterschätzten, während diese im Selbsturteil von den Kindern regelmäßig höher angegeben wurden.

4.2.3 Geschlechts- und Altersgruppen

Im statistischen Gruppenvergleich zeigte sich bei Verwendung der anhand der Stichprobe „gesunder" Kinder Z-normierten Werte unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Lebensalter und Geschlecht, dass sich das Verhalten insbesondere 4- bis 6-jähriger Jungen mit psychisch erkrankten Eltern von dem der gleichaltrigen Mädchen, aber auch von dem älterer Kinder beider Geschlechter durch „sozialen Rückzug" signifikant unterschied. 4- bis 6-jährige Mädchen psychisch erkrankter Eltern zeichneten sich dagegen signifikant durch „Aufmerksamkeitsstörungen" gegenüber dem Rest der Stichprobe aus (vgl. Kap. 3.2.4, Tab. 28 im Anhang).

Dass Jungen mehr „internalisierende Verhaltensauffälligkeiten" zeigten, könnte daran liegen, dass diese häufiger „Einzelkind" im Vergleich zu den Mädchen waren. Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen waren außerdem Suchterkrankungen der Eltern häufiger als affektive Störungen im Vergleich zu den Mädchen, was die „internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten" bei den Jungen erklären könnte. Kinder aus Familien mit Suchterkrankungen weisen nach Hussong et al. (2008) mehr internalisierende Verhaltensauffälligkeiten auf. So zeigen sich bei diesen Kindern im Vergleich zu unbelasteten Familien gehäuft Depressionen oder Angststörungen. Da andererseits bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen affektive Störungen der Eltern häufiger waren als bei den Jungen, könnte dies die vermehrten externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bei den Mädchen erklären.

Auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter und Geschlecht erwiesen sich also besonders die jüngsten Kinder als in dieser Hinsicht psychisch vulnerabel bzw. anfällig für Verhaltensauffälligkeiten. Im Detail manifestierte sich deren Belastung in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Auch im Gruppenvergleich mit den erkrankten Kindern der Klinikstichprobe legten unsere Daten unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter und Geschlecht nahe, dass die 4- bis 6-jährigen Jungen in der Subskala „internalisierende Probleme", die 4- bis 6-jährigen Mädchen in der Skala „Aufmerksamkeitsstörung" näher an der durchschnittlichen Auffälligkeitsausprägung bereits psychisch erkrankter Kinder lagen als der Rest der Stichprobe (vgl. Kap. 3.2.4, Tab. 29 im Anhang).

Deutlich wurde auch hier, dass 7- bis 13-jährige Jungen zwar durch externalisierende Probleme auffielen, die Auffälligkeitsausprägung lag jedoch nicht näher am klinischen Mittel bereits psychisch erkrankter Kinder im Vergleich zur restlichen Stichprobe.

14- bis 18-jährige Mädchen unterschieden sich in der Auffälligkeitsausprägung „aggressives Verhalten“ weniger von psychisch kranken Mädchen als die übrigen Alters- und Geschlechtsgruppen.

In dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS-Studie, Hölling et al. 2007) fanden sich bei den 3- bis 6-Jährigen und 14- bis 17-Jährigen weniger Auffälligkeiten als bei den 7- bis 13-Jährigen. Mädchen wurden von den Eltern insgesamt als weniger auffällig gegenüber den Jungen beschrieben, wobei der Geschlechtsunterschied bei den 14- bis 18-Jährigen am geringsten eingeschätzt wurde. Verhaltensauffälligkeiten wurden bei den 3- bis 13-Jährigen fast identisch hoch beschrieben, die 14- bis 18-Jährigen wurden von den Eltern als etwas weniger auffällig beurteilt. Die KIGGS-Studie beschrieb ebenfalls, konträr zu unseren Ergebnissen, aggressives Verhalten eher bei Jungen als bei Mädchen.

Und die BELLA-Studie (vgl. Petermann und Koglin 2012) zeigte, dass sich Jungen und Mädchen nicht wesentlich in aggressiv-dissozialem Verhalten unterscheiden, zumindest aber tendenziell auch hier die Jungen mit 7,9% eher dieses Verhalten zeigten als Mädchen mit 7,2%.

4.3 Unterschiede im Lebensqualitätsprofil von Kindern psychisch erkrankter Eltern für verschiedene Geschlechts- und Altersgruppen

Im Folgenden soll entsprechend unserer Fragestellung 2 (vgl. Kapitel 1.4) diskutiert werden, ob es Unterschiede im Lebensqualitätsprofil der Kinder psychisch erkrankter Eltern für die verschiedenen Geschlechts- und Altersgruppen gibt.

In unserer Studie zeigte sich in der Gesamtskala deskriptiv die geringste Lebensqualität in der Skala „Selbstwert“ sowie „Schule/Ausbildung“. Die 7- bis 13-jährigen Mädchen hatten signifikant eine geringere Lebensqualität in den Skalen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“ und „Freunde“ im Vergleich zum Rest der Stichprobe. In der Skala „Familie“ lag die Lebensqualität bei den 4- bis 6-jährigen Mädchen signifikant höher im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen war die Lebensqualität in der Skala „Selbstwert“ deskriptiv niedriger im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Bei den 7- bis 13-jährigen Jungen lag die Lebensqualität in der Dimension „Selbstwert“ signifikant höher als in der restlichen Stichprobe. In dem Bereich „Familie“ und „Freunde“ stieg die Lebensqualität deskriptiv

mit zunehmendem Alter an. In der Skala „Schule/Ausbildung“ sank die Lebensqualität deskriptiv mit zunehmendem Alter bei den Jungen.

In der Studie von Ravens-Sieberer et al. (2007) konnte gezeigt werden, dass sich der Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, welche mit dem KINDL-R erhoben wurde, über die Altersgruppen hinweg von den 3- bis 6-Jährigen zu den 14- bis 17-Jährigen verringert. Dies galt ebenfalls für die Skalen „Schule“ und „Körper“ sowie etwas weniger stark ausgeprägt in den Skalen „Selbstwert“, „Familie“ und „Psyche“. Dieser Effekt der Verringerung der Lebensqualität über das Alter war bei den Mädchen stärker als bei den Jungen ausgeprägt. Außerdem zeigte sich bei den 11- bis 13-jährigen und 14- bis 17-jährigen Mädchen eine niedrigere Lebensqualität in der Skala „Körper“ im Vergleich zu den Jungen.

In unserer Studie zeigte sich deskriptiv ebenfalls eine Abnahme der Lebensqualität von der jüngsten Altersgruppe (4-6 Jahre) zur ältesten (14-18 Jahre) in der Skala „körperliches Wohlbefinden“, wobei dies auch hier bei den Jungen weniger stark ausgeprägt war als bei den Mädchen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich ältere Kinder bzw. Jugendliche häufiger mit dem Aussehen beschäftigen. Zusätzlich sinkt mit Eintritt der Menarche in der Pubertät das körperliche Wohlbefinden bei Mädchen (vgl. Fuhrer 2013). Dies könnte daran liegen, da sich der Körper des weiblichen Geschlechts in der Pubertät im Gegensatz zum Körper des männlichen Geschlechts stärker verändert mit daraus folgender höherer Entfremdung des eigenen Körpers. In der Studie von Schmidt et al. (2012), welche 328 Jugendliche und junge Erwachsene auf Unterschiede im Hinblick auf das Körperbild, damit verbundene Stresserhöhung und abnehmende Lebensqualität untersuchten, wurden ebenfalls Geschlechtsunterschiede nachgewiesen. Hier zeigten junge Frauen ihrem Körper gegenüber mehr Ablehnung als junge Männer. In der Studie von Schmidt et al. (2012) war das weibliche Geschlecht stärker auf das Körperbild bedacht, weswegen dieses eine höhere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper gehabt haben könnte im Vergleich zum männlichen Geschlecht.

4.3.1 Geschlecht

Die in unserer Studie eingeschlossenen Jungen verfügten deskriptiv im Allgemeinen über eine höhere Lebensqualität als Mädchen. Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigten sich allerdings lediglich in dem Bereich „körperliches Wohlbefinden“, wobei die Jungen eine signifikant höhere Lebensqualität im Vergleich zu den Mädchen erreichten (vgl. Kap. 3.3.3, Abb. 8 bzw. Tab. 10).

Dies bestätigt die Befunde der Fachliteratur. In der Studie von Ravens-Sieberer et al. (2012) zeigten Mädchen grundsätzlich eine geringere gesundheitsbezogene

Lebensqualität als Jungen. Auch in dem Jugend- und Gesundheitssurvey (KIGGS) (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007) gaben die Jungen eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die Mädchen an.

4.3.2 Altersgruppen

Die vorliegenden Daten zeigten, dass die höchste Lebensqualität für alle Altersgruppen deskriptiv in den Bereichen „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“ lag, wobei dies mit steigendem Alter abnahm, während die erreichten Werte der Skalen „Selbstwert“ und „Freunde“ mit steigendem Alter anstiegen (vgl. Kap. 3.3.4, Abb. 9 bzw. Tab. 51 im Anhang).

Die 7- bis 13-Jährigen und die 14- bis 18-Jährigen erreichten eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich „Freunde“ im Vergleich zu den 4- bis 6-Jährigen.

Im Jugend- und Gesundheitssurvey (KIGGS, vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007) zeigte sich in den Elternangaben zur Lebensqualität der Kinder eine abnehmende Lebensqualität in allen Dimensionen mit steigendem Alter. Im Selbstbericht der Kinder wurde jedoch eine Zunahme der Lebensqualität in der Dimension „Selbstwert“ bei den 14- bis 17-Jährigen im Vergleich zu den 11- bis 13-Jährigen nachgewiesen. Die Ergebnisse des Selbstberichtes der Kinder bestätigen unsere Ergebnisse, wo sich ebenfalls in der Dimension „Selbstwert“ höhere Werte mit zunehmendem Alter zeigten.

Da nach Herpertz-Dahlmann et al. (2013) Freunde mit zunehmendem Alter wichtiger werden als die Familie und Jugendliche sich zunehmend über Gleichaltrige (*peer group*) definieren bzw. an diesen orientieren, könnte dies die steigende Lebensqualität in der Dimension „Freunde“ erklären. Wenn Jugendliche im Bereich der Freunde eine hohe Akzeptanz erfahren, steigt somit auch deren Selbstwertgefühl an, was die Steigerung der Lebensqualität in der Dimension „Selbstwert“ erklären könnte.

4.3.3 Geschlechts- und Altersgruppen

Anders als der Rest der Stichprobe erreichten 14- bis 18-jährige Jungen und Mädchen eine höhere Lebensqualität in der Kategorie „Freunde“. Und 4- bis 6-jährige Mädchen verfügten offensichtlich über eine zusätzliche Ressource der Lebensqualität im Bereich „Familie“; sie erreichten hier signifikant höhere Lebensqualitätswerte als die restliche Stichprobe. Die 7- bis 13-jährigen Jungen erreichten im jeweiligen Vergleich der Gruppe zur restlichen Stichprobe eine höhere Lebensqualität im Bereich „körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwert“. Die 7- bis 13-jährigen Mädchen hatten eine signifikant

niedrigere Lebensqualität im Bereich „Selbstwert“ im Vergleich zur jüngsten und ältesten Altersgruppe der Jungen und Mädchen (vgl. Kap. 3.3.5, Tab. 52 im Anhang).

Unseren Daten zufolge erreichten 7- bis 13-jährige und 14- bis 18-jährige Mädchen eine signifikant höhere Lebensqualität im Bereich „Freunde“, wobei die Ausprägung bei den 14- bis 18-jährigen Mädchen am stärksten war.

Unsere Befunde decken sich nur zum Teil mit der Literatur. In dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS, vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007) nahm die selbst berichtete Lebensqualität im Bereich „Selbstwert“ bei den 14- bis 17-jährigen im Vergleich zu den 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen zu. Dieser Unterschied im Gegensatz zu unseren Ergebnissen könnte darin begründet sein, dass in unserer Datenerhebung die Eltern und nicht die Kinder selbst befragt wurden. Der „Selbstwert“ ist eine Dimension, die nicht nach außen hin sichtbar ist, was eine Beurteilung durch die Eltern somit erschwert.

11- bis 13-jährige und 14- bis 17-jährige Mädchen zeigten in der Studie von Ravens-Sieberer et al. (2007) in der Skala „Körper“ im Vergleich zu den Jungen eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Elternbericht. Dies stimmt mit den in unserer Stichprobe gefundenen Ergebnissen überein. Denn auch in unserer Studie hatten die Mädchen eine geringere Lebensqualität im Bereich „körperliches Wohlbefinden“ als die Jungen.

Das Ergebnis, dass ältere Kinder eine niedrigere Lebensqualität im Bereich „körperliches Wohlbefinden“ hatten, könnte daran liegen, dass sich ältere Kinder und Jugendliche häufiger mit dem Aussehen und der Wirkung nach außen beschäftigen. In der Dimension „körperliche Wohlbefinden“ hatte das weibliche Geschlecht mit zunehmendem Alter eine niedrigere Lebensqualität, was darin begründet sein könnte, dass diese laut Schmidt et al. (2012) ihrem Körperbild mehr Aufmerksamkeit schenken und „…junge Frauen allgemein eine höhere Ablehnung des eigenen Körpers gegenüber dem Ideal und sich selbst berichten als junge Männer“ (Schmidt et al. 2012, S.12). Zusätzlich sinkt in der Pubertät das „körperliche Wohlbefinden“ bei Mädchen (Fuhrer 2013, vgl. Barkmann et al. 2016), wie oben erwähnt (vgl. Kapitel 4.3). In der Studie von Roth (2002), wo an 326 Schülern im Alter von 13 bis 16 Jahren Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher im Hinblick auf das Selbstwertgefühl untersucht wurden, zeigten weibliche Jugendliche gegenüber dem Körper eine höhere Aufmerksamkeit sowie eine stärkere Unzufriedenheit im Vergleich zu den männlichen Jugendlichen.

4.4 Gesamtschau der Einzelergebnisse zu Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität

Im Vergleich der hier vorliegenden Stichprobe mit den Referenzgruppen (Klinikstichprobe und Feldstichprobe) zeigte sich, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern höhere Belastungswerte aufwiesen als „gesunde“ Kinder der Feldstichprobe, während Kinder aus einer stationären Versorgung höhere Belastungswerte im Vergleich zu Kindern psychisch Erkrankter hatten. Ausnahmen zeigten sich ausschließlich im Vergleich der hier vorliegenden Studie mit den bereits auffälligen Kindern aus stationären Einrichtungen. Die Gruppe der vorliegenden Studie liegt bildlich gesprochen zwischen den Ausprägungen der Klinikstichprobe und der Feldstichprobe. Dabei näherte sich die Belastungskurve unserer Stichprobe je nach Alter und Geschlecht in verschiedenen Bereichen den Belastungskurven der Klinikstichprobe an. Diese vergröberte Sichtweise liefert erste Hinweise auf die Belastungssituation der Kinder psychisch Kranker, denn es wird deutlich, warum diese Kinder – wie oftmals in der Literatur beschrieben – als kaum greifbar skizziert werden (Mattejat und Lisofsky 2008): Die Gruppe Kinder psychisch Kranker ist nicht eindeutig einer auffälligen klinischen Gruppe zuzuordnen, weil ihre Auffälligkeitswerte nicht das gleiche Niveau erreichen wie bereits erkrankte Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gleichzeitig sind die Werte der Auffälligkeiten von Kindern psychisch Kranker aber erkennbar stärker ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung. Diese Sandwich-Position charakterisiert die Situation von Kindern psychisch Erkrankter und ist für alle Alters- und Geschlechtsgruppen gültig. Von einer eindeutigen klinisch-therapeutischen Indikation kann somit nicht gesprochen werden. Jedoch wird deutlich, dass die Kinder psychisch erkrankter Eltern eine Gruppe mit selektivem und indiziertem Hilfe- und Präventionsbedarf nach Gordons‘ Kategoriensystem darstellt (Walter et al. 2012; Beelmann 2006). Dabei sollten Unterstützungsmaßnahmen gezielt auf die jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen ausgerichtet sein, um den jeweiligen Bedürfnissen der Kinder zu entsprechen.

Kinder psychisch kranker Eltern zeigten im Vergleich zur „gesunden“ Referenzstichprobe höhere Auffälligkeiten. Sämtliche Werte der Kinder unserer Stichprobe sind höher als die der Gesunden ausgeprägt. In der Untersuchung zum Zusammenhang zwischen elterlichem Stresserleben und psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, deren Eltern psychisch belastet sind im Vergleich zu nicht belasteten Eltern zeigten sich diese Ergebnisse ebenfalls (Stadelmann et al. 2012).

Obwohl die Werte der vorliegenden Stichprobe im Vergleich mit der Klinikstichprobe zeigen, dass bereits erkrankte Kinder signifikant stärker belastet sind als Kinder

psychisch erkrankter Eltern, verdeutlichen die Ergebnisse unserer Stichprobe eine Not der Kinder psychisch erkrankter Eltern, da die Kinder psychisch erkrankter Eltern durchaus hohe Belastungswerte in bestimmten Dimensionen aufweisen. Bereiche, in denen Kinder psychisch Kranker auffälliger als bereits verhaltensauffällige Kinder sind, beziehen sich ausschließlich auf den „sozialen Rückzug“ bei den 4- bis 6-jährigen Jungen. Hinzu kommen die 4- bis 6-jährigen Mädchen, die sich in dem Bereich „Aufmerksamkeitsstörung“ vergleichsweise wenig von der Klinikstichprobe unterschieden, sowie die 14- bis 18-jährigen Mädchen, die sich in dem Bereich „aggressives Verhalten“ vergleichsweise wenig von der Klinikstichprobe unterschieden. Diese Befunde liefern Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in den Bereichen internalisierende und externalisierende Verhaltensweisen, die für Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern genutzt werden sollten.

Offenbar ziehen sich die Kinder psychisch Kranker ebenso wie Kinder mit psychischen Auffälligkeiten zurück und nehmen weniger an sozialen Aktivitäten teil als ihre Altersgenossen aus der Feldstichprobe. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass sie weniger Gelegenheiten haben, soziale Situationen z.B. mit Gleichaltrigen einzuüben, da diese Familien aus Angst vor Stigmatisierung keine Kontakte pflegen (Mattejat und Lisofsky 2008).

Sozialer Rückzug und internalisierende Probleme bei Kindern psychisch erkrankter Eltern können als erste Hinweise für Unterstützungsbedarfe aufgegriffen werden, auch wenn diese Symptome nicht (ausschließlich) auf eine psychiatrische Erkrankung, aber in jedem Fall auf eine Not der Kinder hinweisen.

Nach Jeske et al. (2009) besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der psychischen Auffälligkeit von Kindern. So wiesen z.B. Giannakopoulos et al. (2009) in ihrer Stichprobe mit 1194 Kindern im Alter von 11 bis 18 Jahren einen Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit der Eltern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder nach. Auch die aktuelle Studie von Radicke et al. (2021) mit 198 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren lieferte Belege, dass die mittels HRQoL gemessene gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern häufig eingeschränkt ist. In ihren Analysen konnten die Autoren als relevante Faktoren die kindliche und elterliche Psychopathologie, die soziale Unterstützung und das Alter des Kindes identifizieren, die die Lebensqualität signifikant voraussagten. Durch Erhebung der Besonderheiten in der Art der Auffälligkeiten und Unterschiede im Lebensqualitätsprofil für die verschiedenen Geschlechts- und Altersgruppen – wie in unserer Stichprobe durchgeführt – lassen sich

Hinweise auf den speziellen Präventionsbedarf von Kindern psychisch erkrankter Eltern finden, um so gezielte Prävention anbieten zu können.

Deskriptiv ist in der vorliegenden Studie zu erkennen, dass Eltern jüngeren Kindern eine höhere Lebensqualität zusprechen als den älteren. Eine Ausnahme bildete die Skala „Selbstwert“ und „Freunde“, wo die älteren Kinder eine höhere Lebensqualität zu haben schienen als die jüngeren Kinder. Ein signifikanter Mittelwertsunterschied zeigte sich lediglich bei den 7- bis 13-Jährigen und 14- bis 18-Jährigen in der Skala „Freunde“, wo dieser bei den 14- bis 18-Jährigen stärker ausgeprägt war als in der übrigen Stichprobe. Dass ältere Kinder eine höhere Lebensqualität im Bereich „Freunde“ haben, könnte daran liegen, dass Gleichaltrige (*peer group*) mit zunehmendem Alter für Jugendliche immer wichtiger werden im Gegensatz zur Familie (Herpertz-Dahlmann et al. 2013). Jugendliche definieren sich nicht mehr nur über die Familie, sondern werden selbständig und orientieren sich an den Freunden. Dies zeigte sich auch an der höheren Anzahl an Bezugspersonen in den älteren Altersgruppen unserer Studie, in der für die älteren Altersgruppen mehr Bezugspersonen als für die jüngeren Altersgruppen angegeben wurden.

Die höhere Lebensqualität in der Skala „Selbstwert“ mit zunehmendem Alter könnte darin begründet sein, dass die Selbständigkeit und emotionale Stabilität der Kinder und Jugendlichen mit höherem Alter steigen. In der Studie von Ravens-Sieberer et al. (2007) zeigte sich im Selbstbericht der Kinder im Gegensatz zum Elternbericht, dass 14- bis 17-Jährige eine höhere Lebensqualität in der Dimension „Selbstwert“ hatten im Gegensatz zu den 11- bis 13-Jährigen. Im Rahmen der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, wo 1626 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren untersucht worden waren, zeigte sich im Selbstbericht eine höhere Lebensqualität für die Skala „Selbstwert“ bei den 14- bis 17-Jährigen als bei den 11- bis 13-Jährigen. Die Lebensqualität nahm mit zunehmendem Alter in den Skalen „Körper“ und „Familie“ ab (Ravens-Sieberer et al. 2003).

Dass die Eltern jüngeren Kindern insgesamt eine höhere Lebensqualität im Gegensatz zu den älteren Kindern bzw. Jugendlichen zusprechen, wurde auch in anderen Studien nachgewiesen (Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart 2007; Baumgarten et al. 2019). In der Studie von Baumgarten et al. (2019), in der anhand der Angaben von 6599 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren im Rahmen der KIGGS Welle 2 (2014-2017) die gesundheitsbezogene Lebensqualität und der Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten im Hinblick auf Alter und Geschlecht untersucht worden waren, konnte ebenfalls eine geringere Lebensqualität mit

zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen nachgewiesen werden, wobei dieses bei den Mädchen stärker als bei den Jungen ausgeprägt war.

4.5 Methodendiskussion

Obwohl die hier vorgestellten Daten neue Einblicke zu Verhaltensauffälligkeiten und zur Lebensqualität der Kinder von psychisch Erkrankten geben, sind bei der Untersuchung Limitationen aus methodischer und praktischer Sicht zu berücksichtigen.

Bezüglich der Auswahl der statistischen Testverfahren ist kritisch anzumerken, dass die Berechnungen zum Vergleich der Altersgruppen sowie der Interaktionseffekte zwischen Alter und Geschlecht mit ein- oder mehrfaktoriellen varianzanalytischen Verfahren und anschließenden Einzelvergleichen hätten ausgewertet werden können. Dies hätte gegebenenfalls die Anzahl der Tests reduziert und damit Schwierigkeiten des multiplen Testens und der Alphafehlerinflation besser vorgebeugt. Aufgrund der Datenlage (da die meisten Variablen nicht normalverteilt waren) und aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde in der vorliegenden Arbeit auf die Anwendung varianzanalytischer Verfahren zugunsten eines non-parametrischen Verfahrens verzichtet. Ziel der Studie war es, erste Hinweise bezüglich der Art der Verhaltensauffälligkeiten und Unterschiede im Lebensqualitätsprofil für die verschiedenen Geschlechts- und Altersgruppen der Kinder psychisch kranker Eltern herauszuarbeiten. Der explorative Charakter der Studie muss bei der Interpretation berücksichtigt werden. Vor allem die isolierte Interpretation der Effekte zu Alter und Geschlecht sollte immer unter Vorbehalt und vor dem Hintergrund möglicher spezifischerer Effekte in den nachfolgenden Analysen erfolgen.

Durch die Auswahl der statistischen Methoden und den explorativen Charakter der Studie ist somit die Interpretierbarkeit der Befunde erheblich eingeschränkt. Aus diesem Grund sollten die Ergebnisse nur unter Vorbehalt und Prüfung durch weitere Studien interpretiert werden.

Dennoch bringt die vorliegende Studie erste wertvolle Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und die Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern und zukünftige Studien sollten die Befundlage weiter prüfen und ergänzen.

Grundsätzlich ist es positiv zu werten, dass es in der vorliegenden Studie gelungen ist, eine so umfangreiche Stichprobengröße zu erreichen.

Auch ist einerseits positiv zu bewerten, dass die Stichprobe nur vollstationäre Patienten einschließt, da diese einen hohen Krankheitswert aufweisen. Häufig besteht ein Problem darin, dieses stark beeinträchtigte Patientenklientel zu rekrutieren und aufgrund dessen sind diese in den meisten Studien stark unterrepräsentiert. Andererseits bedingt diese Vorgehensweise eine vorselektierte homogene Stichprobe, die nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Kinder psychisch erkrankter Eltern ist.

Für die Lebensqualität standen weniger Datensätze zur Verfügung als für die Verhaltensauffälligkeit, da nicht alle Probanden die Befragung aufgrund von Zeitmangel oder der Belastung der Patienten durch die Fülle der Befragung vollständig durchführen konnten. Negativ zu werten ist, dass hierbei die genauen Hintergründe nicht dokumentiert wurden. Dies sollte in folgenden Studien berücksichtigt werden, um die genauen Gründe der einzelnen Patienten zu kennen. Es könnte sein, dass die Patienten, die den Fragebogen nicht mehr durchführen konnten, schwerer belastet waren und deren Kinder ebenfalls stärker belastet waren im Vergleich zu den Patienten, die den gesamten Fragebogen beantwortet haben. Somit könnte das Ergebnis verzerrt sein.

Da keine theoretisch oder empirisch begründete Klassifizierung von relevanten Altersgruppen existiert, wurden die Altersgruppen bei den Analysen zu Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern (Kapitel 3.2) für die Gruppenvergleiche analog dem KINDL R-Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität eingeteilt. Dieser berücksichtigt einerseits die kindlichen Entwicklungsfortschritte und es existieren für die verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Versionen.

Ein grundsätzliches Problem bei der Untersuchung der Altersgruppen auf altersbezogene Unterschiede besteht darin, dass sich die einzelnen Altersgruppen aufgrund der verschiedenen Entwicklungsschritte der Kinder überlappen können. Durch diese Altersgruppeneinteilung ist es möglich, dass manche Kinder aufgrund der unterschiedlichen individuellen Entwicklung besser in einer anderen Altersgruppe aufgehoben sein könnten. Auch bezüglich des Einschulungsalters bestehen Unterschiede, da manche Kinder mit 6 Jahren, andere mit 7 Jahren eingeschult werden.

Paananen et al. (2020) nehmen in ihrer Studie eine noch feinere Alterseinteilung in vier Gruppen von Kindern psychisch erkrankter Eltern vor, mit dem Ziel eine altersgerechte Prävention anbieten zu können. Bei der Analyse des Risikos dieser Kinder, selbst zu erkranken, zeigte sich unter Berücksichtigung des Geschlechts des Elternteils, des Geschlechts des Kindes sowie des Alters des Kindes bei elterlichem Krankenhausaufenthalt ein erhöhtes Risiko für eine Erkrankung der Kinder psychisch erkrankter Eltern in der gesamten Kindheit bis zur Jugend, jedoch war das Risiko am deutlichsten bei Hospitalisierung der Mutter im Teenageralter. Bei einer gröberen Altersgruppeneinteilung bestehen möglicherweise zu große Unterschiede bezüglich der einzelnen Entwicklungsphasen, so dass Präventionsangebote eventuell nicht altersgerecht zugeschnitten sein könnten.

Das Alter der Kinder bei der Erstdiagnose der Eltern sollte ebenfalls psychiatrisch erhoben werden. Möglicherweise macht es einen gravierenden Unterschied, in welchem

Alter die Kinder mit der Erkrankung der Eltern konfrontiert werden. Denn Kinder können in bestimmten Entwicklungsphasen wie z.B. im Kleinkindalter oder der Pubertät vulnerabler für psychische Störungen sein. Deswegen sollte dies in Folgestudien kontrolliert werden.

Eine weitere Limitation der Arbeit besteht darin, dass die Erkrankungsdauer zwar erhoben wurde, diese jedoch häufig gefehlt hat.

In der Untersuchung von Klasen et al. (2016) wurde anhand der Daten von 3256 Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 19 Jahren im Rahmen der repräsentativen BELLA-Kohortenstudie in Deutschland der Verlauf von Depression, Angst, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens erhoben. Die Kinder und Jugendlichen hatten mit 11,2% im Elternurteil klinisch bedeutsame Anzeichen für Depression, Symptome der Angst (10,6%), ADHS (5,7%) sowie Störungen des Sozialverhaltens mit 12,2%. Im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen zeigten sich bedeutsame Anzeichen für Depressionen bei 16,1%, für Angst bei 15,1% sowie ADHS bei unter 2%. Nach Klasen et al. (2016) schätzen Eltern internalisierende Probleme niedriger ein als Kinder diese im Selbstbericht beurteilen. Die Eltern schätzten im Gegensatz zum Selbsturteil der Mädchen die Prävalenz für internalisierende Auffälligkeiten um 10% niedriger ein. Bei Jungen zeigte sich kein Unterschied vom Selbsturteil zur Elterneinschätzung. Externalisierende Probleme hingegen werden bei Jungen im Fremdurteil der Eltern um 7% höher eingeschätzt als im Selbsturteil der Kinder. Für Mädchen zeigte sich im Hinblick auf externalisierende Auffälligkeiten kein Unterschied zwischen Selbsturteil und Elternurteil. In weiteren Studien könnten die Fremdberichte der Eltern durch Selbstberichte der Kinder ergänzt werden.

Sicherlich können nachfolgende Untersuchungen im Bereich Kinder psychisch Kranker sehr davon profitieren, dass bereits psychiatrische Kliniken und ihre Mitarbeiter für dieses Thema sensibilisiert sind und diese möglicherweise mit mehr Engagement an einer Studie mitarbeiten. Positiv zu werten ist, dass die psychisch erkrankten Eltern in der Sekundärstudie in Kurhessen ausreichend motiviert worden sind, sich an Studien zu beteiligen. Dies war in der Primärstudie in Gießen nicht erfolgt. In der Sekundärstudie in Kurhessen erhielten diese während des Klinikaufenthaltes Informationen über den Zugang zum regionalen Versorgungssystem, weswegen auf diese Weise Schnittstellen-probleme reduziert werden konnten. Vielfach haben Eltern gegenüber dem Versorgungssystem wie dem Jugendamt Vorbehalte, weil sie eine Kindeswegnahme befürchten (Kölch und Schmid 2008). Hinzu kommt, dass viele Eltern gar nicht wissen, dass sie bzw. ihre Kinder ein Recht auf Unterstützung haben und wo und wer die Ansprechpartner für das Einleiten dieser Maßnahmen sind. Somit könnte die

Erwachsenenpsychiatrie primärpräventiv wirksam werden und Familien möglichst frühzeitig über Unterstützungsmaßnahmen informieren, so dass Kinder rechtzeitig Hilfe erhalten – und nicht wie bisher erst dann, wenn Kinder bereits auffällig geworden sind.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Eltern während ihres Klinikaufenthalts gebeten, sich an der Studie zu beteiligen. Dabei ist zu beachten, dass der Fragebogen die Machbarkeit bzw. den zeitlichen Rahmen des Elternteils nicht zu sehr beansprucht, um mögliche Abbrüche zu vermeiden. Es hat sich als positiv gezeigt, den Fragebogen in zwei Teile zu splitten, d.h. mit den Eltern in der Klinik zwei Termine zu vereinbaren. Auf diese Weise wird verhindert, dass sich Eltern beim Ausfüllen des Fragebogens unter Druck gesetzt fühlen. So ist es möglich, mehr Fragen zu stellen, schließlich wird es angestrebt, möglichst umfassende und vollständige Informationen über die Eltern (auch über ihre Vorgeschichte) und ihre Kinder zu bekommen. Dabei könnten bislang tabuisierte Themen wie frühe Traumata aller Beteiligten erfragt werden.

Obwohl in der vorliegenden Studie neben den Akutstationen auch störungsspezifisch arbeitende Stationen um die Mitarbeit an der Studie gebeten wurden, war die Teilnahme der Patienten auf den verschiedenen Stationen unterschiedlich, so dass die Verteilung der verschiedenen Diagnosegruppen nicht gleich war. Stationär versorgte Eltern, die sich für die Teilnahme an der Befragung entschieden, stammten überwiegend aus dem Bereich der affektiven Erkrankungen, genauer gesagt aus dem Depressionsbereich. Eltern, die an einer Schizophrenie oder an einer bipolaren Störung leiden, konnten hingegen weniger häufig für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Die Gründe hierfür können vielschichtig sein. So könnten Personen mit einer paranoiden Akzentuierung naturgemäß vorsichtiger im Umgang mit Informationen über ihre Daten sein, obwohl eine Anonymisierung ihrer Daten zugesichert wurde. Daher sollten, um einen reibungslosen praktischen Ablauf der Rekrutierung zu gewährleisten, die Studienleiter vorab gerade neu störungsspezifisch arbeitende Stationen im Besonderen ansprechen, um gemeinsam einen Schnittpunkt zu finden, die Studie zu verankern. Ansonsten könnten – wie in der vorliegenden Studie unbewusst geschehen – die störungsspezifisch arbeitenden Kollegen so sehr mit ihrer neuen Arbeitsweise beschäftigt sein, dass sie die zusätzliche Aufgabe, die Studie zu unterstützen, dabei vergessen.

In der Studie von Kettemann et al. (2020), deren weiterführende Auswertung im Hinblick auf Alter und Geschlecht die vorliegende Studie darstellt, hatten sich unter Zugrundelegung der im CBCL-Manual vorgesehenen Altersgruppen in der Gesamt-übersicht der Verhaltensauffälligkeiten für die in die vorliegende Studie eingeschlossenen Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Sekundärskala Gesamtwert

hohe Prozentwerte über dem Cut-off-Wert (12-18-jährige Jungen 56%; 12-18-jährige Mädchen 51,7%; 4-11-jährige Jungen 50% und 4-11-jährige Mädchen 48,7%) ergeben, die als hohe Auffälligkeitswerte bezeichnet werden können. Die Eltern schätzen demnach ihre Kinder als stark belastet ein. Im deskriptiven Vergleich zu anderen Studien entsprachen diese Werte nahezu den dort berichteten Häufigkeiten für psychische Störungen bei Kindern psychisch Erkrankter, was für die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe spricht. In der Untersuchung von Wiegand-Grefe et al. (2011) betrug der Gesamtwert 32% und 14% im Grenzbereich. Vergleichbare Häufigkeiten wurden auch anderorts ermittelt (Deneke 2005; Kelley und Fals-Stewart 2004). Jedoch ermittelte Lenz (2005a) deutlich niedrigere Werte: Die Kinder der befragten Eltern erreichten im Gesamtwert nur 23%. Auch bei den internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten wurden nur 25% und 26% der Kinder über dem Cut-off-Wert liegend eingestuft. Diese Unterschiede sind vermutlich auf den Zeitpunkt der Befragung zurückzuführen. Von Lenz (2005a) wurden die erkrankten Eltern nicht im Rahmen ihres stationären Aufenthalts befragt, sondern innerhalb eines dreimonatigen Zeitraumes nach dem Klinikaufenthalt (Lenz 2005a). Es darf also vermutet werden, dass sich die Eltern gesundheitlich stabilisiert hatten und das Verhalten ihrer Kinder als weniger auffällig beschrieben. Laut Festinger (1978) beurteilen Menschen ihre Lebenssituation in Bezug auf ihren Referenzpunkt. Daher könnte angenommen werden, dass stationär behandelte Patienten ihren aktuellen Bezugspunkt im Gesamtkontext Psychiatrie sehen und entsprechend ihre Kinder als belasteter beurteilen.

Darüber hinaus könnte es auch sein, dass sich die Stichprobe der befragten Eltern aus dem Münsterland deutlich hinsichtlich soziodemografischer Daten (Einkommen, Berufstätigkeit, Lebensstandard) von der vorliegenden Stichprobe unterscheidet. Auch könnte der Erhebungsort (ländlich vs. städtisch) zu dieser unterschiedlichen Einschätzung der Eltern beigetragen haben.

4.6 Ausblick

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die 4- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen in Bezug auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten ähnlich hohe Werte wie psychisch kranke Kinder aufwiesen, die 14- bis 18-jährigen Mädchen unterschieden sich in der Auffälligkeitsausprägung „aggressives Verhalten“ weniger von psychisch kranken Mädchen im Vergleich zum Rest der Stichprobe. Die in unserer Studie nachgewiesenen internalisierenden Auffälligkeiten könnten durch kognitiv-verhaltensorientierte Programme reduziert werden (Schneider und Döpfner 2004). Die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, vor allem bei Mädchen, könnten durch Programme, die auf die Erziehungskompetenz der Eltern ausgerichtet sind, reduziert

werden. Zusätzlich neben der Therapie könnten die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten durch Verhaltenstraining, Konfliktlösestrategien bzw. Konflikttraining abgebaut werden.

In den älteren Altersgruppen zeigten sich weniger internalisierende Störungen. Hier könnten die Eltern die internalisierenden Probleme unterschätzt haben, weswegen sich bei diesen weniger Probleme gezeigt hatten. Denn nach Klasen et al. (2016) werden internalisierende Probleme von den Eltern niedriger eingeschätzt als von den Kindern selbst. Internalisierende Probleme sind nach außen nicht sichtbar und deswegen schwieriger zu beurteilen als externalisierende Probleme. Aus diesem Grund sollten die Probleme der älteren Kinder und Jugendlichen nicht unterschätzt werden. Zukünftige Studien könnten zusätzlich zu den Fremdberichten der Eltern durch Befragungen von Kindern als Selbstbericht ergänzt werden. Hierfür sind Kinder ab 8 Jahren geeignet, da sie in der Lage sind, über ihr psychisches Befinden zu urteilen. Bei jüngeren Kindern könnte es hilfreich sein, eine weitere Betreuungsperson zu befragen, um zusätzliche Informationen über diese Kinder zu erhalten. Dabei könnten die jeweiligen Eltern und ihr befragtes Kind als Dyade ausgewertet werden und mehr Informationen über die Eltern-Kind-Beziehung gewonnen werden. Auch könnten Besonderheiten in den Fremd- und Selbstberichten aufgedeckt werden. Empfehlenswert ist es außerdem, zu den betroffenen Kindern eine Vergleichsgruppe (Kinder, deren Eltern nicht erkrankt sind als Selbstbericht) aufzustellen, um herauszufinden, welchen Belastungen Kinder im Vergleich ausgesetzt sind. Es könnte sein, dass Kinder im Allgemeinen eine große Anzahl von Belastungsfaktoren haben und sich die Kinder nicht aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils unterscheiden.

In unserer Studie zeigte sich, dass der Selbstwert in jüngerem Alter niedriger war als in höherem Alter und zusätzlich bei den Mädchen niedriger als bei den Jungen. Schutzfaktoren in der Familie wirken sich nach Rademaker und Lenz (2019) günstig auf die kindliche Entwicklung aus. Protektive Faktoren seien ein gestärktes Selbstwertgefühl der Kinder und Eltern. Da Eltern mit psychischer Erkrankung häufig weniger Einfühlungsvermögen ihren Kindern gegenüber hätten, sollte dieses in der Prävention verbessert werden (Rademaker und Lenz 2019). Auf diese Weise könnte somit auch das Selbstwertgefühl gesteigert werden. Der elterliche Bindungsstil beeinflusst laut Wiegand-Grefe et al. (2016) die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Daher kann durch Förderung der Bindung zwischen Eltern und Kind durch familienzentrierte Programme, welche auf den Bindungsstil der Eltern gerichtet sind, die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert werden. Es bedarf hier familientherapeutischer Interventionskonzepte, die auf die jeweilige Familiensituation

zugeschnitten sind. Nach Lenz und Köhler-Saretzki (2021) zeigte sich in der BELLA-Studie, dass die Lebensqualität durch die Kommunikation in der Familie und das familiäre Beziehungsklima gesteigert werden kann. Somit sind hier Präventionsangebote sinnvoll, die die Kommunikation in der Familie verbessern können.

Nach Wahl et al. (2017) besteht weiterhin eine Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, weswegen Hilfesuche oftmals nicht stattfindet. Deswegen ist die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen wichtig, hier sollte weitere Aufklärungsarbeit durch z.B. regelmäßig angebotene Informationsabende erfolgen.

Da Eltern gegenüber dem Jugendamt häufig Vorbehalte haben, ist es wichtig, die Patienten aufzuklären. Regelmäßige Informationsveranstaltungen wären sinnvoll, um mit den Eltern in Kontakt zu treten. Auch durch niedrigschwellige Angebote wie Erziehungsberatung könnten die Eltern besser erreicht werden (Jungbauer 2019). Die Erwachsenenpsychiatrie könnte hier primärpräventiv wirksam werden und Familien möglichst frühzeitig über Unterstützungsmaßnahmen informieren, so dass Kinder rechtzeitig Hilfe erhalten.

Die Erkrankungsdauer wurde in der vorliegenden Studie zwar erhoben, hat jedoch häufig gefehlt. In Folgestudien könnten die klinischen Daten aus der Krankenakte wie z.B. Erstdiagnose und Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte entnommen werden. Es ist wichtig, objektive Daten zu erheben, da Patienten diese Daten häufig nicht genau angeben können. Außerdem kann in der Akutphase einer Erkrankung die Erkrankungsdauer überschätzt werden, da diese ein subjektives Empfinden der Patienten darstellt. Zusätzlich können die Beeinträchtigungen in der Akutphase überschätzt werden. Hier ist eine genauere psychiatrische Anamnese von großer Bedeutung, so dass hier objektive Daten vorhanden sind.

Das Alter der Kinder bei der Erstdiagnose der Eltern sollte ebenfalls psychiatrisch erhoben werden. Es ist wichtig zu wissen, in welchem Alter die Kinder mit der Erkrankung der Eltern konfrontiert werden. In bestimmten Entwicklungsphasen können Kinder (Kleinkindalter, Pubertät) vulnerabler für psychische Störungen sein, weswegen dies in Folgestudien kontrolliert werden sollte.

In weiterführenden Studien wären aktuelle Daten als Referenzstichproben sinnvoll, mit denen die Kinder psychisch kranker Eltern im Hinblick auf die Verhaltensauffälligkeiten verglichen werden könnten. Auch für die Analysen zur Lebensqualität wäre es wünschenswert, dass die erhobenen Daten mit Referenzgruppen verglichen werden würden, um so mögliche Unterschiede im Vergleich zu gesunden und bereits erkrankten Kindern erfassen zu können.

Da die Daten in der vorliegenden Studie nur zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, wäre in folgenden Studien eine Längsschnittstudie wünschenswert, um Veränderungen im Laufe der Zeit zu messen.

Da der Hilfsbedarf aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsstadien nicht gleich ist, sollten Hilfen gezielt darauf abgestimmt sein.

Um die Auffälligkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern zu erfassen, ist ein standardisiertes Screening sinnvoll. Die CBCL erfasst zwar gut Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern, ist für ein Screeninginstrument jedoch zu umfangreich aufgrund der langen Bearbeitungszeit. Aufgrund dessen wäre es sinnvoll, in weiteren Studien ein Screeninginstrument zu entwickeln, welches zwischen gesunden Kindern und Kindern psychisch kranker Eltern gut differenzieren kann.

Weitere Studien sind notwendig, um frühzeitig Kinder mit erhöhter Belastung zu entdecken, um diesen gezielt Prävention anbieten zu können.

Eine bessere Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie ist unerlässlich, damit Hilfsangebote besser realisiert werden können.

Für Kinder psychisch kranker Eltern mit selektivem und teils indiziertem Präventionsbedarf werden zusätzliche Mittel für Screening und Intervention benötigt. Um passgenaue Hilfsangebote anbieten zu können, sollten diese wissenschaftlich evaluiert werden.

5 Zusammenfassung

Derzeit leben in Deutschland 3 bis 4 Millionen Kinder psychisch erkrankter Eltern (Wiegand-Grefe und Petermann 2016). Diese sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt und gelten aufgrund ihrer genetischen und psychosozialen Belastungen als Hochrisikogruppe, selbst zu erkranken. Obwohl in den letzten Jahren die besondere Belastung der Kinder psychisch erkrankter Eltern erkannt wurde, fehlen in der Fachliteratur Studien, die die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern herausarbeiten und von der Situation von „gesunden" Kindern der Normalbevölkerung, aber auch von Kindern mit gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung abgrenzen. Die vorliegende Arbeit sollte diese Lücke schließen und die genannten Vergleiche anstellen. Zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurde die Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) verwendet. Hierfür existieren bereits zwei große repräsentative Referenzstichproben für psychisch erkrankte Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Klinikstichprobe) sowie für gesunde Kinder der Normalbevölkerung (Feldstichprobe).

In Form einer explorativen Interviewstudie wurden psychisch erkrankte Eltern während eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes zu ihren Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren befragt. Die insgesamt 364 mittels CBCL erhobenen Datensätze zu Verhaltensauffälligkeiten wurden unter Berücksichtigung von Geschlecht und Altersgruppen im Gruppenvergleich mit den zwei publizierten Referenzstichproben (Klinikstichprobe und Feldstichprobe) differenziert nach Syndrombereichen analysiert. Die mittels KINDL gemessene Lebensqualität wurde für insgesamt 285 Fälle deskriptiv beschrieben.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, durch Darstellung der psychischen Auffälligkeiten der Kinder psychisch erkrankter Eltern gegenüber manifest erkrankten Kindern und Kindern der Normalbevölkerung, Hinweise auf den speziellen Präventionsbedarf von Kindern psychisch kranker Eltern zu finden. Durch die differenzierte Erfassung der psychischen Auffälligkeiten sollte explorativ untersucht werden, ob bestimmte Syndrom- und Beschwerdebereiche für Kinder psychisch erkrankter Eltern besonders empfindlich waren beziehungsweise in welchen Symptombereichen Kinder psychisch kranker Eltern vor allem betroffen waren. So sollten Schlussfolgerungen gezogen werden, welche Art der Prävention (universelle, selektive oder indizierte Prävention) bei Kindern psychisch kranker Eltern notwendig ist. Die Erfassung der Lebensqualität kann als Hinweis auf Beeinträchtigungen der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen, emotionalen

Belastungen und als eine wichtige Ergänzung einer reinen Betrachtung der Symptomatik aufgefasst werden.

Obwohl Limitationen aufgrund des Studiendesigns zu berücksichtigen sind, eröffnet die vorliegende Studie wertvolle Einblicke zu Verhaltensauffälligkeiten und zur Lebensqualität der Kinder psychisch erkrankter Eltern. Unsere Daten belegen, dass diese Kinder höhere Belastungswerte aufweisen als Kinder einer „gesunden" Feldstichprobe, während bereits erkrankte Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie höhere Belastungswerte als Kinder psychisch erkrankter Eltern haben. Die Gruppe der vorliegenden Studie liegt bildlich gesprochen zwischen den Ausprägungen der Klinikstichprobe und der Feldstichprobe. Bereiche, in denen Kinder psychisch erkrankter Eltern sogar auffälliger als bereits verhaltensauffällige Kinder sind, sind auf den „sozialen Rückzug" bei den 4- bis 6-jährigen Jungen begrenzt. Hinzu kommen die 4- bis 6-jährigen Mädchen, die sich in dem Bereich „Aufmerksamkeitsstörung" vergleichsweise wenig von der Klinikstichprobe unterscheiden sowie die 14- bis 18-jährigen Mädchen, die sich in dem Bereich „aggressives Verhalten" vergleichsweise wenig von der Klinikstichprobe unterscheiden. Diese Befunde liefern Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in den Bereichen „internalisierende und externalisierende Verhaltensweisen", die für Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern genutzt werden könnten.

In Bezug auf die Lebensqualität zeigten die jüngeren Kinder eine höhere Lebensqualität als die älteren. Eine Ausnahme bildete die Skala „Selbstwert" und „Freunde", in denen die älteren Kinder eine höhere Lebensqualität zeigten als die jüngeren. Die Jungen hatten eine höhere Lebensqualität in dem Bereich „körperliches Wohlbefinden" im Vergleich zu den Mädchen, für die übrigen Bereiche zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede. Eine geringere Lebensqualität zeigte sich deskriptiv im Bereich „Selbstwert" für alle Altersgruppen, wobei diese in der jüngsten Altersgruppe am geringsten ausgeprägt war.

Diese Studie konnte Hinweise auf selektiven sowie teils indizierten Präventionsbedarf bei Kindern psychisch erkrankter Eltern zeigen.

5.1 Englische Zusammenfassung

Currently, 3 to 4 million children of mentally ill parents live in Germany (Wiegand-Grefe and Petermann, 2016). These children are exposed to severe psychological stress and are considered a high-risk group for developing the disease themselves due to their genetic and psychosocial stresses. Although the special burden of children of mentally ill parents has been recognized in recent years, there is a lack of studies in the literature that elaborate the behavioral problems of children of mentally ill parents and distinguish them from the situation of "healthy" children in the normal population, but also from children with a confirmed diagnosis of a mental illness. The present work should close this gap and make the mentioned comparisons. The Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) was used to assess behavioral problems in childhood and adolescence. Two large representative reference samples already exist for mentally ill children in child and adolescent psychiatry (clinic sample) and for healthy children in the normal population (field sample).

In the form of an exploratory interview study, mentally ill parents were interviewed about their children aged 4 to 18 years during a psychiatric hospitalization. The total of 364 data sets on behavioral problems collected by means of CBCL were analyzed differentiated by syndrome areas, taking into account gender and age groups, in group comparison with the two published reference samples (clinic sample and field sample). The quality of life measured by KINDL was described descriptively for a total of 285 cases.

The aim of the present study was to find indications of the special prevention needs of children of mentally ill parents by presenting the psychological conspicuities of the children of mentally ill parents in comparison with manifestly ill children and children of the normal population. By means of the differentiated recording of mental abnormalities, it was to be exploratively investigated whether certain syndrome and complaint areas were particularly sensitive for children of mentally ill parents or in which symptom areas children of mentally ill parents were particularly affected. Thus, conclusions should be drawn as to what type of prevention (universal, selective or indicated prevention) is needed for children of mentally ill parents. The recording of quality of life can be seen as an indication of impairments in coping with difficult life circumstances, emotional stresses and as an important supplement to a pure consideration of symptomatology.

Although limitations due to the study design have to be considered, the present study provides valuable insights into behavioral problems and quality of life of children of mentally ill parents. Our data show that these children have higher stress scores than children of a "healthy" field sample, while already ill children of child and adolescent

psychiatry have higher stress scores than children of mentally ill parents. Figuratively speaking, the group in the present study lies between the expressions of the clinic sample and the field sample. Areas in which children of mentally ill parents are even more conspicuous than children who already have behavioral problems are limited to "social withdrawal" among 4- to 6-year-old boys. In addition, the 4- to 6-year-old girls differed comparatively little from the clinic sample in the area of "attention deficit disorder" and the 14- to 18-year-old girls differed comparatively little from the clinic sample in the area of "aggressive behavior". These findings provide evidence of support needs in the areas of "internalizing and externalizing behaviors" that could be used for interventions for children of mentally ill parents.

In terms of quality of life, the younger children showed a higher quality of life than the older children. One exception was the "self-esteem" and "friends" scales, where the older children showed a higher quality of life than the younger ones. The boys had a higher quality of life in the area of "physical well-being" compared to the girls; there were no gender differences in the other areas. A lower quality of life was descriptively shown in the area of "self-esteem" for all age groups, although this was least pronounced in the youngest age group.

This study was able to show indications of a selective and partly indicated need for prevention in children of mentally ill parents.

6 Literatur

Abel KM, Bee P, Gega L, Gellatly J, Kolade A, Hunter D, Callender C, Carter LA, Meacock R, Bower P, Stanley N, Calam R, Wolpert M, Stewart P, Emsley R, Holt K, Linklater H, Douglas S, Stokes-Crossley B, Green J. An intervention to improve the quality of life in children of parents with serious mental illness: the Young SMILES feasibility RCT. Health Technol Assess. 2020 Nov;24(59):1-136. Doi: 10.3310/hta24590. PMID: 33196410; PMCID: PMC7701992.

Achenbach, TM (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist (4-18) and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Anthony, E.J. (1987): Children at High Risk for Psychosis Growing Up Successfully. In: Anthony, E.J./Cohler, B.J.: The Invulnerable Child. New York: The Guilford Press, S. 147-184.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) Klinik fur Kinder und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln Arbeitsgemeinschaft Kinder Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD) Köln

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arthur MW, Hawkins JD, Pollard JA, Catalano RF, Baglioni Jr AJ. (2002). Measuring Risk And Protective Factors For Substance Use, Delinquency, And Other Adolescent Problem Behaviors: The Communities That Care Youth Survey. Eval Rev. 2002;26:575–601. doi:10.1177/019384102237850.

Baldwin, A.L.; Baldwin, C.; Cole, R.E. (1990): Stress-resistant families and stress-resistant children. In: A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, J. Rolf & S. Weintraub (eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press, S. 257–280.

Barkmann, C., Romer, G., Watson, M., & Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany. Psychosomatics, 48(6), 476–481.

Barkmann, C., Petermann, F., Schlack, R., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2016). Verlauf gesundheitsbezogener Lebensqualität. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie [Course of health-related quality of life: Results of the BELLA cohort study]. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, 25*(1), 50–59. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000188

Baumgarten, Franz & Cohrdes, Caroline & Schienkiewitz, Anja & Thamm, Roma & Meyrose, Ann-Katrin & Ravens-Sieberer, Ulrike. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 10.1007/s00103-019-03006-9.

Beelmann, Andreas. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie - Z KLIN PSYCHOL PSYCHOTHER. 35. 151-162. 10.1026/1616-3443.35.2.151.

Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry 64(8):903-12.

Beesdo, Katja, Knappe, Susanne, Pine, Daniel. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. The Psychiatric clinics of North America. 32. 483-524. 10.1016/j.psc.2009.06.002.

Behrens K (2012). Rasanter Anstieg der stationären Verweildauer bei psychischen Erkrankungen. Ersatzkasse Magazin 9: 18 - 19.

Bell MF, Bayliss DM, Glauert R, Ohan JL. Developmental vulnerabilities in children of chronically ill parents: a population-based linked data study. J Epidemiol Community Health. 2019 May;73(5):393-400. doi: 10.1136/jech-2018-210992. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30792194.

Bender, D./Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J./Siegrist, J./Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer, S. 117-145.

Bergelt C, Ernst JC, Beierlein V, Inhestern L, Holes S, Möller B, Romer G, Koch U. (2012). Reaktive Veränderungen in Befinden und Verhalten von Kindern bei elterlicher Krebserkrankung-Ergebnisse einer epidemiologischen Patientenbefragung [Reactive changes in psychological condition and behaviour in children of parents with cancer-results of an epidemiological survey]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2012;61(6):378-95. German. doi: 10.13109/prkk.2012.61.6.378. PMID: 22950334.

Berkelbach van der Sprenkel EE, Nijhof SL, Dalmeijer GW, Onland-Moret NC, de Roos SA, Lesscher HMB, van de Putte EM, van der Ent CK, Finkenauer C, Stevens GWJM. (2022). Psychosocial functioning in adolescents growing up with chronic disease: The Dutch HBSC study. Eur J Pediatr. 2022 Feb;181(2):763-773. doi: 10.1007/s00431-021-04268-9. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34595612; PMCID: PMC8821406.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In Minnesota symposium on child psychology (Vol. 13, pp. 39-101).

Bortz, 1999. Statistik für Sozialwissenschaftler, 5. Auflage, Springer, ISBN: ISBN 978-3-662-10031-8

Bountress K, Chassin L. Risk for behavior problems in children of parents with substance use disorders. Am J Orthopsychiatry. 2015 May;85(3):275-86. doi: 10.1037/ort0000063. PMID: 25985113; PMCID: PMC4443848.

Bullinger, M. (1994): Kindl - ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie.

Bullinger, Monika. (2016). Zur Messbarkeit von Lebensqualität. 10.1007/978-3-658-10679-9_12.

Bullinger, M. (2021). Meilensteine der Lebensqualität in Deutschland. Interview mit Prof. Dr. Monika Bullinger. In: Thieme: Sprache · Stimme · Gehör 2021; 45: 143

Bullinger, Monika, Gringeri, A., von Mackensen, Sylvia. (2008). Lebensqualität von jungen Patienten mit Hämophilie in Europa. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 51. 637-645. 10.1007/s00103-008-0539-0.

Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1995). *Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern*. https://doi.org/10.23668/psycharchives.10721

Carvalho JP, Hopko DR (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 42, Issue 2, Pages 154-162 Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration (2000). Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda. York, Centre for Reviews and Dissemination, (http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm).

Christiansen, H., Paul, J. (2020). Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 69: 443 – 462 (2020), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online) © Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2020 https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.5.443

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.).

Coldstream F, le May A. A literature review of the potential effects of having a parent with chronic renal failure. J Clin Nurs. 2008 Mar;17(5A):98-105. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02154.x. PMID: 18298760.

Costello EJ, Copeland W, Angold A (2011) Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? J Child Psychol Psychiatry 52(10):1015–1025. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 60: 837-844.

de Roos SA, Iedema J, de Boer AH. (2022) Quality of Life of Schoolchildren Living with a Long-Term Sick Parent: The Role of Tasks at Home, Life Circumstances and Social Support. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 8;19(12):7043. doi: 10.3390/ijerph19127043. PMID: 35742290; PMCID: PMC9222860.

Dedovic, K., Wadiwalla, M., Engert, V., Pruessner, J.C. (2009). The role of sex and gender socialization in stress reactivity. Developmental Psychology, 45(1), 45-55.

Deneke, C. (2005) Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 15, 61-81.

Diener, Ed & Suh, Eunkook. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. Social Indicators Research, 40(1), 189-216. Social Indicators Research. 40. 189-216. 10.1023/A:1006859511756.

Dobener LM, Stracke M, Viehl K, Christiansen H. Children of Parents With a Mental Illness-Stigma Questionnaire: Development and Piloting. Front Psychiatry. 2022 Apr 8;13:800037. doi: 10.3389/fpsyt.2022.800037. PMID: 35463495; PMCID: PMC9023877.

Döhnert M, Wiegand-Grefe S. (2021). Präventive und therapeutische Interventionen für Kinder psychisch belasteter Eltern [Preventive and therapeutic interventions for children of mentally ill parents]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2021 Jan;49(1):51-61. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000771. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33269950.

Donalek JG. When a parent is chronically ill: chronic fatigue syndrome. Nurs Res. 2009 Sep-Oct;58(5):332-9. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ac156f. PMID: 19752673.

Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994) Handbuch Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) Köln Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G., & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist—eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe [Reliability and factorial validity of the Child Behavior Checklist: an analysis of a clinical sample and a field sample]. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie, 22*(3), 189–205.

Erhart, Michael & Hölling, Heike & Bettge, S & Ravens-Sieberer, Ulrike & Schlack, Robert. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 50. 10.1007/s00103-007-0243-5.

Esser 2009, Problembelastung und Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen Eine vergleichende Untersuchung von Eltern- und Selbsturteil S.17)

Festinger, L. (1978) Theorie der kognitiven Dissonanz/ Leon Festinger. Hrsg. Von Martin Irle u. Volker Möntmann. [Aus d. Engl. Übers. Von Volker Möntmann. Die Bibliogr. über d. theoret. u. empir. Forschung zur kognitiven Dissonanz-Theorie von 1956 - 1976 wurde von Volker Möntmann u. Eva Irle zsgest.] Bern, Stuttgart, Wien: Huber

Fingerle, M., Freytag, A. & Julius, H. (1999). Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Implikationen für die (heil):pädagogische Gestaltung von schulischen Lern- und Lebenswelten. Zeitschrift für Heilpädagogik, 50, 300-307.

Foster CJ, Garber J, Durlak JA. Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. J Abnorm Child Psychol. 2008 May;36(4):527-37. doi: 10.1007/s10802-007-9197-1. Epub 2007 Dec 11. PMID: 18071896.

Franz, M. (2005). Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. KJG 3, S. 82-86.

Franz, M. (2006). Möglichkeiten und Grenzen Subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. Psychiatrische Praxis, 33: 317-322.

Franz M, Fritz M, Meyer T. (2013). Discriminant and convergent validity of a subjective quality-of-life instrument aimed at high content validity for schizophrenic persons. Qual Life Res. 2013 Jun;22(5):1113-22. doi: 10.1007/s11136-012-0221-8. Epub 2012 Jun 22. PMID: 22723151.

Franz M, Kettemann B, Jäger K, Hanewald B, Gallhofer B (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? Psychiat Prax 39: 211-216.

Franz, M., & Jäger, K. (2007). Interdisziplinäre Anforderungen und Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. In J. Fegert, & U. Ziegenhain, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung (S. 152-160). München: Ernst-Reinhardt-Verlag 2007.

Franz M, Meyer T (2013) Lebensqualität. In Rössler W, Kawohl W (Hrsg.), Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis (Band 1: Grundlagen). Stuttgart: Kohlhammer.

Franz M, Meyer T, Gallhofer, B (2002). Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiat Prax 29: 306-310.

Fuhrer MJ. (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. Disabil Rehabil. 2000 Jul 20;22(11):481-9. doi: 10.1080/096382800413961. PMID: 10972351.

Fuhrer, U. (2013). Jugendalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (7., veränd. Aufl., S. 119 ‑ 133). Göttingen: Hogrefe.

Gahleitner, S.B. (2009). Gender matters. In Gahleitner, S.B., Gunderson C.L. (Hrgs.), Gender-Trauma-Sucht. Kröning: Asanger Verlag.

Garmezy N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1971;41:101–116.

Garmezy N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony EJ, Koupernik C, editors. *The child in his family: Children at Psychiatric risk: III.* Wiley; New York: 1974. p. 547.

Garmezy N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics.* 1991;20:459–466.

Gesundheitsreport 2013 DAK. IGES Institut GmbH. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Psychische Erkrankungen.

Gesundheitsreport 2017 DAK. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 16)

Gesundheitsreport/Psychreport 2021 DAK. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010-2020. IGES Institut GmbH.

Giannakopoulos, George & Dimitrakaki, Christina & Pedeli, Xanthi & Kolaitis, Gerasimos & Rotsika, Vasiliki & Ravens-Sieberer, Ulrike & Tountas, Yannis. (2009). Adolescents' wellbeing and functioning: Relationships with parents' subjective general physical and mental health. Health and Quality of Life Outcomes. 7. 10.1186/1477-7525-7-100.

Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Stehen, R., Klett, M., Resch, F. (2002). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, 656-696.

Hampel, Petra; Desman, Christiane: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 6, S. 425-443 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-9751 - DOI: 0.25656/01:975, https://www.pedocs.de/volltexte/2010/975/pdf/Hampel_Desman_Stressverarbeitung_Lebensqualitaet_ADHS_2006_W_D_A.pdf

Hartman L, Jenkinson C, Morley D. Young People's Response to Parental Neurological Disorder: A Structured Review. Adolesc Health Med Ther. 2020 Mar 26;11:39-51. doi: 10.2147/AHMT.S237807. PMID: 32273785; PMCID: PMC7105371.

Hearle J, Plant K, Jenner L, Barkla J, McGrath J. A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. Psychiatr Serv. 1999 Oct;50(10):1354-6. doi: 10.1176/ps.50.10.1354. PMID: 10506307.

Herpertz-Dahlmann B (2011). Psychiatrische Erkrankungen der Adoleszenz. In PJ Uhlhaas, K Konrad (Hrsg.). Das adoleszente Gehirn. Stuttgart: Kohlhammer.

Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Remschmidt H (2013): Growing up is hard—mental disorders in adolescence. Dtsch Arztebl Int; 110(25): 432–40. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0432

Herpertz-Dahlmann B und Herpertz S (2010). Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Kooperation über die Lebensspanne. Nervenarzt 81:1298-1305.

Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1969). The desegregation of the mentally ill.

Holmbeck, G. N., Li, S. T., Schurman, J. V., Friedman, D. & Coakley, R. M. (2002). Collecting and managing multisource and multi- method data in studies of pediatric populations. Journal of Pediatric Psychology, 27, 5 – 18.

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz; 50: 784-793. https://doi.org/10.1007/s00103-007-0241-7

Hussong, A. M., Gould, L. F., & Hersh, M. A. (2008). Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(2), 296–307. https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.296

Ihle, Wolfgang & Esser, Günter. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter. Psychologische Rundschau - PSYCHOL RUNDSCH. 53. 159-169. 10.1026//0033-3042.53.4.159.

Ihle W., Esser G. (2007). Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. BDP

Jacobi F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? report psychologie, 34: 16-28.

Jaede, W. (2006). Was Scheidungskindern Schutz gibt. Wie sie unbeschädigt durch die Krise kommen. Freiburg: Herder.

Jelitte, M. (2010). Untersuchung von Response-Shift-Einflüssen auf die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Prostatakrebspatienten in der onkologischen Rehabilitation

Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F., Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 57, 207–213.

Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology, 31*(6), 923–933. https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.923

Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2004). How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 13*(7), 1297–1307. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000037480.65972.eb

Jørgensen SE, Michelsen SI, Andersen A, Tolstrup JS, Thygesen LC. Identifying and Characterizing Children of Parents with a Serious Illness Using Survey and Register Data. Clin Epidemiol. 2021 Apr 1;13:253-263. doi: 10.2147/CLEP.S294919. PMID: 33833582; PMCID: PMC8021136.

Jørgensen SE, Thygesen LC, Andersen A, Due P, Michelsen SI. Parental Illness and Life Satisfaction among Young People: A Cross-Sectional Study of the Importance of School Factors. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 26;19(5):2719. doi: 10.3390/ijerph19052719. PMID: 35270412; PMCID: PMC8910195.

Jungbauer, Johannes. (2019). Kinder psychisch erkrankter Eltern - Belastungen, Entwicklungsrisiken und Unterstützungsmöglichkeiten. 49. 37-40.

Jungbauer, Johannes & Heitmann, Katharina & Westphal, Andrea & Vock, Miriam. (2018). Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern: Ergebnisse einer explorativen Fragebogenstudie. Zeitschrift für Familienforschung. 30. 216-229. 10.3224/zff.v30i2.05.

Keller, M.B., Beardslee, W.R., Dorer, D.J., Lavori, P.W., Samuelson, H. & Klerman, G.R. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive funtioning and psychopathology in children. Archives of General Psychiatry, 42, 930-937.

Kelley, M. L., & Fals-Stewart, W. (2004). Psychiatric Disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing, and non-substance-abusing fathers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(5), 621–628. https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00016

Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62: 593-602.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O & Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry, 62, 617-627.

Kessler RC, McGongale KA, Zhao S, Nelson CB,, Hughes M, Ehleman S, Wittchen HU & Kendler KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

Kettemann, Beate & Mattejat, Fritz & Vorwerk, Julia & Franz, Michael. (2020). Belastung von Kindern psychisch erkrankter Eltern im Normgruppenvergleich – eine Hochrisikogruppe für selektive und indizierte Prävention? Psychiatrische Praxis. 47. 10.1055/a-1227-7161.

Kirby, L. & Fraser, M. (1997). Risk and resilience in childhood. In M. Fraser (Ed.), Risk and resilience in childhood: An ecological perspective (pp. 10-33). Washington, DC: NASW.

Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K et al (2016) Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der BELLA- Kohortenstudie. Kindh Entwickl 25:10–20. DOI: 10.1026/0942-5403/a000184

Klein M (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie 2, 118-124.

Klein M und Quinten C (2002). Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. Suchttherapie 3, 233-240.

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). Gesundheitsverhalten. In N. Knoll, U. Scholz & N. Rieckmann (Hrsg.), Einführung in die Gesundheitspsychologie (S. 27- 88). München: Reinhardt.

Kölch, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J.M., Schmid, M. (2008). Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern. Nervenheilkunde, 27, 527-532.

Kölch M und Schmid M (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57: 774-788.

Körner, I. & Schlüter, C. & Lax, Hildegard & Rübben, H. & Radmayr, Christian. (2006). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit Spina bifida. Der Urologe. 45. 620-625. 10.1007/s00120-006-1015-9.

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S.L., Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood I. A longitudinal prospektive study of characteristics and recovery. Archives of General Psychiatry, 41, 229-237.

Kumpfer, K.L. (1999): Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: Glantz, M.D./Johnson, J.L. (Hrsg.): Resilience and development: Positive life adaptations. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher, S. 179-224.

Lachner G, Wittchen HU (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In: Watzl H, Rockstroh B. (Hrsg.) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. (S. 43-89). Göttingen: Hogrefe.

Laser C, Modarressi A, Skogøy BE, Reupert A, Daubmann A, Höller A, Zapf A, Pawils S, Taubner S, Winter S, Maybery D, Wiegand-Grefe S. (2022). Clinical Implementation and Evaluation of Three Implementation Interventions for a Family-Oriented Care for Children of Mentally Ill Parents (ci-chimps): Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. Front Psychiatry. 2022 Feb 28;13:823186. doi: 10.3389/fpsyt.2022.823186. PMID: 35295776; PMCID: PMC8919324.

Lenz, A. (2005). Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern - Eine explorative Studie. https://doi.org/10.23668/psycharchives.11913

Lenz, A. (2005a). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert; Köhler-Saretzki, T. (2021). Bindung und Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern. Kontext 52, 3, S. 258 - 275. https://doi.org/10.13109/kont.2021.52.3.258.

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung - In: Wiegand-Grefe, Silke [Hrsg.]; Mattejat, Fritz [Hrsg.]; Lenz, Albert [Hrsg.]: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2011, S. 269-298 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-35405 - DOI: 10.25656/01:3540

Lösel, F., Kolip, P. & Bender, D. (1992). Stress-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche "Superkids"? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *21*(1), 48-63.

Marchand JF, Hock E. (2003) Mothers' and fathers' depressive symptoms and conflict-resolution strategies in the marriage and children's externalizing and internalizing behaviors. J Genet Psychol. 2003 Jun;164(2):227-39. doi: 10.1080/00221320309597979. PMID: 12856817.

Marsac ML, Funk JB, Nelson L. Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. Child Care Health Dev. 2007 Jul;33(4):360-7. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00701.x. PMID: 17584390.

Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol. 2001 Mar;56(3):227-38. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227. PMID: 11315249.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*(4), 425–444. https://doi.org/10.1017/S0954579400005812

Masten, Ann & Powell, Jenifer. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy, and Practice. Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities. 10.1017/CBO9780511615788.003.

Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (2008). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (2.Aufl.). Balance Ratgeber. Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.

Mattejat F, Remschmidt H. (2008). The children of mentally ill parents. Dtsch Arztebl Int. 2008 Jun;105(23):413-8. doi: 10.3238/arztebl.2008.0413. Epub 2008 Jun 6. PMID: 19626164; PMCID: PMC2696847.

Meyer, T. Franz, M., Ehlers, F. Simon, C. und Gallhofer, B. (1998). Comparison of factor-analytical derived constructs of subjective quality of life in schizophrenic patients and healthy controls. European Psychiatry, 13(S4), 149s-149s. doi:10.1016/S0924-9338(99)80066-2

Noeker, M., Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56, 255-263.

Oja C, Edbom T, Nager A, Månsson J, Ekblad S. (2021). Awareness of parental illness: a grounded theory of upholding family equilibrium in parents on long-term sick- leave in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2021 Sep;39(3):268-278. doi: 10.1080/02813432.2021.1928835. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34152244; PMCID: PMC8477794.

Otto, C., Ravens-Sieberer, U. (2020). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Paananen, Reija & Tuulio-Henriksson, Annamari & Merikukka, Marko & Gissler, Mika. (2021). Intergenerational transmission of psychiatric disorders: the 1987 Finnish Birth Cohort study. European Child & Adolescent Psychiatry. 30. 10.1007/s00787-020-01524-5.

Petermann, F. und Koglin, U. (2012). Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen, Springer.

Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, Kontopantelis E, Webb R, Wessely S, McManus S, Abel KM (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. Lancet Psychiatry. 2020 Oct;7(10):883-892. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32707037; PMCID: PMC7373389.

Pilato J, Dorard G, Chevrier B, Leu A, Untas A. Quality of Life of Adolescents Facing a Parental Illness: A Person-Oriented Approach. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 27;19(13):7892. doi: 10.3390/ijerph19137892. PMID: 35805549; PMCID: PMC9265890.

Plass-Christl A, Otto C, Klasen F, Wiegand-Grefe S, Barkmann C, Holling H, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. (2018). Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. European Child & Adolescent Psychiatry (2018) 27:867–876. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1084-x

Pohl, Sina & Fernando, Silvia & Leggemann, Michael & Driessen, Martin. (2020). Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern: Ein Überblick über ambulante, familienorientierte Komplexangebote im deutschsprachigen Raum. Psychiatrische Praxis. 48. 10.1055/a-1310-4833.

Pollak E, Bullinger M, Jeske J, Wiegand-Grefe S. (2008). Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie [How do mentally ill parents evaluate their children's quality of life? Associations with the parent's illness and family functioning]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2008;57(4):301-14. German. doi: 10.13109/prkk.2008.57.4.301. PMID: 18575057.

Psychreport 2021 DAK. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010-2020. IGES Institut GmbH.

Rademaker, A., Lenz, A. (2019). Relationale Wirksamkeit im präventiven Kinderschutz: Evaluation der modularen Gruppenintervention „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 68. 43-62. 10.13109/prkk.2019.68.1.43.

Radicke, A.; Barkmann, C.; Adema, B.; Daubmann, A.; Wegscheider, K.; Wiegand-Grefe, S. (2021) Children of Parents with a Mental Illness: Predictors of Health-Related Quality of Life and Determinants of Child–Parent Agreement. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 379. https://doi.org/10.3390/ijerph18020379

Rao U, Chen LA (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. Diaglogues Clin Neurosci 11: 45-62.

Ravens-Sieberer, Ulrike. (2000). Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. 184-188.

Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., Barkmann, D., Schulte-Markwort, M. (2005a). Das seelische Wohlbefinden unserer Kinder – die Bella Studie. Public Health Forum, 13 (47), 24.

Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., Erhart, M. (2003). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2003 · 46:340–345 DOI 10.1007/s00103-002-0562-5

Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Revidierter Fragebogen für KINDer und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. https://www.kindl.org

Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998a). Assessing the health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, Vol. 4, No 7.

Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998b). News from the KINDL-Questionnaire – A new version for adolescents. Quality of Life Research, 7, 653.

Ravens-Sieberer, Ulrike, Devine, Janine, Napp, Ann-Kathrin, Kaman, Anne, Saftig, Lynn, Gilbert, Martha, Reiss, Franziska, Löffler, Constanze, Simon, Anja, Hurrelmann, Klaus, Walper, Sabine, Schlack, Robert, Hölling, Heike, Wieler, Lothar H., Erhart, Michael (2022). Three Years into the Pandemic: Results of the Longitudinal German COPSY Study on Youth Mental Health and Health-Related Quality of Life (December 16, 2022). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=4304666 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4304666

Ravens-Sieberer U, Ellert U und Erhart M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).

Ravens-Sieberer,U.,Görtler,E.&Bullinger,M.(2000a). Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. Gesundheitswesen, 62, 148-155.

Ravens-Sieberer, U., Ottová, V., Hillebrandt, D., Klasen, F., & das HBSC-Team Deutschland. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und 14 Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006 bis 2010. [Health-related Quality of Life and Mental Health of Children and Adolescents in Germany: Results from the German HBSC Study 2006–2010]. [Health-related Quality of Life and Mental Health of Children and Adolescents in Germany: Results from the German HBSC Study 2006– 2010]. Das Gesundheitswesen, 74(Suppl. 1), S33-41.

Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M. & Bullinger, M. (2000b). Lebensqualität chronisch kranker Kinder im Verlauf der statioären Rehabilitation. In J. Neuser & J. T. de Bruin (Hrsg.), Verbindung und Veränderung im Fokus der Medizinischen Psychologie, 2000 (S. 89). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Razaz N, Hertzman C, Marrie RA, Tremlett H, Boyce WT. Children of chronically ill parents: the silence of research. Child Care Health Dev. 2014 Sep;40(5):753-4. doi: 10.1111/cch.12120. PMID: 25109854.

Remschmidt, H., Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern - eine vernachlässigte Risikogruppe*. https://doi.org/10.23668/psycharchives.10863

Remschmidt H, Mattejat F (1994b). Kinder von psychotischen Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 43:295-299.

Renneberg, Babette & Lippke, Sonia. (2006). Lebensqualität [Quality of life].. 10.1007/978-3-540-47632-0_4.

Richter D, Berger K (2013). Nehmen psychisch Störungen zu? Psychiat Prax; 40: 176-182.

Richter D, Berger K, Reker T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiat Prax; 35: 321-330.

Richters JE, Martinez P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. Psychiatry. 1993 Feb;56(1):7-21. doi: 10.1080/00332747.1993.11024617. PMID: 8488215.

Roth, M. (2002). Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 3, S. 150-164 https://doi.org/10.23668/psycharchives.11028

Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry. 1985 Dec;147:598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598. PMID: 3830321.

Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 549-571.

Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 19*(3), 603–626.

Rutter M, Sroufe LA (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopathol. 2000 Summer;12(3):265-96. doi: 10.1017/s0954579400003023. PMID: 11014739.

Rücker, S., Büttner, P., Petermann, U. und Petermann, F. (2014). Altersspezifische Effekte am Beginn teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 63, 99-113.

Schmidt, S., Petermann, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. & Koglin, U. (2012). Körperbildwahrnehmung als Risikofaktor für chronischen Stress. *Kindheit und Entwicklung*, *21*(4), 227-237.

Schneider, Silvia & Döpfner, Manfred. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst undPhobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Einevidenzbasierter Diskussionsvorschlag. Kindheit Und Entwicklung - KINDH ENTWICKL. 13. 80-96. 10.1026/0942-5403.13.2.80.

Schrag A, Morley D, Quinn N, Jahanshahi M. (2004). Development of a measure of the impact of chronic parental illness on adolescent and adult children. The parental illness impact scale (Parkinson's disease). Parkinsonism Relat Disord. 2004 Oct;10(7):399-405. doi: 10.1016/j.parkreldis.2004.03.010. PMID: 15465395.

Sell M, Radicke A, Adema B, Daubmann A, Kilian R, Stiawa M, Busmann M, Winter SM, Lambert M, Wegscheider K, Plass-Christl A, Wiegand-Grefe S. (2021). Parents With Mental Illness: Parental Coping Behavior and Its Association With Children's Mental Health. Front Psychiatry. 2021 Oct 18;12:737861. doi: 10.3389/fpsyt.2021.737861. PMID: 34733189; PMCID: PMC8558365.

Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ, Visser-Meily JM, Van der Leij DA. (2010). Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2010 Dec;13(4):384-97. doi: 10.1007/s10567-010-0074-z. PMID: 20640510; PMCID: PMC2975921.

Sieh DS, Visser-Meily JM, Meijer AM. (2013). Differential Outcomes of Adolescents with Chronically Ill and Healthy Parents. J Child Fam Stud. 2013 Feb;22(2):209-218. doi: 10.1007/s10826-012-9570-8. Epub 2012 Feb 22. PMID: 23335841; PMCID: PMC3548090.

Sieh DS, Visser-Meily JM, Oort FJ, Meijer AM. (2012). Risk factors for problem behavior in adolescents of parents with a chronic medical condition. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012 Aug;21(8):459-71. doi: 10.1007/s00787-012-0279-4. Epub 2012 Apr 28. PMID: 22543962; PMCID: PMC3411286.

Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50: 498-512

Spießl H, Jacobi F (2008). Debatte: Pro & Kontra. Nehmen psychische Störungen zu? Psychiat Prax; 35: 318-320.

Stadelmann S, Perren, S, Kölch M, Groeben M, Schmid M. (2012). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. Kindheit und Entwicklung, 2012, 19 (2): 72 – 81.

Stracke M, Gilbert K, Kieser M, Klose C, Krisam J, Ebert DD, Buntrock C, Christiansen H. (2019). COMPARE Family (Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation): A Study Protocol for a Preventive Intervention for Children of Mentally Ill Parents (Triple P, Evidence-Based Program That Enhances Parentings Skills, in Addition to Gold-Standard CBT With the Mentally Ill Parent) in a Multicenter RCT-Part II. Front Psychiatry. 2019 Feb 22;10:54. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00054. PMID: 30873047; PMCID: PMC6401604.

Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. Lancet Psychiatry. 2021 Feb;8(2):130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Epub 2020 Nov 9. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2021 Jan;8(1):e1. PMID: 33181098; PMCID: PMC7820108.

Voigt, K. (1996). Kinder schizophrener Eltern. Eine qualitative Untersuchung zum Erleben und zur Bewältigung des Aufwachsens in einer Familie mit schizophren erkranktem Elternteil. Diplomarbeit, Inst. F. Psychologie der FU Berlin.

Vrijmoet-Wiersma, C & Kolk, Annemarie & Grootenhuis, Martha & Spek, Emmelien & Klink, Jeanine & Egeler, R & Bredius, Robbert & Koopman, Hendrik. (2009). Child and parental adaption to pediatric stem cell transplantation. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 17. 707-14. 10.1007/s00520-008-0544-8.

Wagenblass S und Schone R (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 50.2001, 7, S. 580-592.

Wahl, P., Otto, C., & Lenz, A. (2017). „…dann würde ich traurig werden, weil alle über meinen Papa reden“ – Die Rolle des Stigmas in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil. *Das Gesundheitswesen, 79*, 987 - 992.

Walter U, Robra BP, Schwartz FW. (2012). Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N (eds.). Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier: München; 2012

Weissmann, M.M., Gammon, G.D., John K., Merikangas, K.R., Warner, V., Prusoff, B.A., Sholomskas D. (1987). Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. Archives of General Psychiatry, 44, 847-853.

Weltgesundheitsorganisation (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO.

Weltgesundheitsorganisation (2012). Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden. Faktenblatt

Werner, Emmy E. (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther/ Fingerle, Michael/ Freytag, Andreas (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 25-36

Werner, Emmy E. (2006): Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen - und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlein, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006): Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 28-42

Werner, E., & Smith, R. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: Adams, Bannister and Cox.

Wiegand-Grefe, S. (2022). Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern im „Children of mentally ill parents – network“. *Psychotherapeut* 67, 34–41 (2022). https://doi.org/10.1007/s00278-021-00565-8

Wiegand-Grefe, Silke & Bomba, Franziska & Tönnies, Sven & Bullinger, Monika & Plass, Angela. (2016). Beeinflusst der elterliche Bindungsstil die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern?. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 65. 266-281. 10.13109/prkk.2016.65.4.266.

Wiegand-Grefe, Silke & Filter, Bonnie & Plass, Angela & Werkmeister, S. & Gronemeyer, B. & Bullinger, M. & Schulte-Markwort, Michael & Petermann, Franz. (2015). Familienintervention CHIMPs - Psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern. Nervenheilkunde. 34. 55-64. 10.1055/s-0038-1627556.

Wiegand-Grefe S, Filter B, Busmann M, Kilian R, Kronmüller KT, Lambert M, Norra C, von Klitzing K, Albermann K, Winter SM, Daubmann A, Wegscheider K, Plass-Christl A. (2021). Evaluation of a Family-Based Intervention Program for Children of Mentally Ill Parents: Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. Front Psychiatry. 2021 Jan 20;11:561790. doi: 10.3389/fpsyt.2020.561790. PMID: 33551858; PMCID: PMC7854699.

Wiegand-Grefe, Silke & Geers, Peggy & Plass, Angela & Petermann, Franz & Riedesser, Peter. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit Und Entwicklung - KINDH ENTWICKL. 18. 111-121. 10.1026/0942-5403.18.2.111.

Wiegand-Grefe S, Geers P, Petermann F, Plass A. (2011). Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht [Children of mentally ill parents: the impact of parental psychiatric diagnosis, comorbidity, severity and chronicity on the well-being of children]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2011 Jan;79(1):32-40. German. doi: 10.1055/s-0029-1245623. Epub 2010 Nov 18. PMID: 21089005.

Wiegand-Grefe, S., & Lenz, A. (2019). Kinder und Jugendliche von Eltern mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. *PiD - Psychotherapie im Dialog, 20*, 80 - 84.

Wiegand-Grefe, Silke & Petermann, Franz. (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. Kindheit und Entwicklung. 25. 63-67. 10.1026/0942-5403/a000190.

Wittchen HU, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology, 15(4), 357-376.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med 28: 109-126.

Wlodarczyk O, Metzner F, Pawils S. Bundesweite Befragung zur Versorgungssituation und -hindernissen von Kindern psychisch kranker Eltern aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. Psychiat Prax 2017; 44: 393–399

World Health Organization. (1997). The World health report : 1997 : Conquering suffering, enriching humanity / report of the Director-General. World Health Organization.

World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life: World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (WHO) (2004) Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva.

7 Anhang

7.1 Tabellen

Soziodemografie der Kinder (n=364)

Betreuungsarten und Beschäftigung in der Gesamtgruppe (n=364)

Tabelle 11: Betreuungsarten und Beschäftigung für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364)

Variable		N	%
Tagesmutter	Ja	5	1,4
	Nein	357	98,1
	fehlend	2	0,5
Kindergarten/Hort	Ja	60	16,5
	Nein	302	83,0
	fehlend	2	0,5
Grundschule	Ja	80	22,0
	Nein	282	77,5
	fehlend	2	0,5
Weiterführende Schule	Ja	192	52,7
	Nein	170	46,7
	fehlend	2	0,5
Hausaufgaben-betreuung	Ja	31	8,5
	Nein	331	90,9
	fehlend	2	0,5
Nachmittags-betreuung	Ja	60	16,5
	Nein	302	83,0
	fehlend	2	0,5
Kind arbeitslos	Ja	3	0,8
	Nein	301	82,7
	fehlend	60	16,5
Kind Auszubildender	Ja	21	5,8
	Nein	283	77,7
	fehlend	60	16,5
Sonstiges	Ja	30	8,2
	Nein	270	74,2
	fehlend	64	17,6

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten

Tabelle 12: Bezugspersonen innerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364)

Variable		N	%
Mutter	Ja	262	72,0
	Nein	100	27,5
	fehlend	2	0,5
Vater	Ja	129	35,4
	Nein	233	64,0
	fehlend	2	0,5
Großmutter	Ja	112	30,8
	Nein	250	68,7
	fehlend	2	0,5
Großvater	Ja	79	21,7
	Nein	283	77,7
	fehlend	2	0,5
Geschwister	Ja	54	14,8
	Nein	308	84,6
	fehlend	2	0,5
Partner der Mutter/ des Vaters	Ja	6	1,6
	Nein	356	97,8
	fehlend	2	0,5
Andere Verwandte	Ja	214	58,8
	Nein	147	40,4
	fehlend	3	0,8
Anzahl Bezugs-personen innerhalb der Familie	0	0	0,0
	1	1	0,3
	2	1	0,3
	3	15	4,1
	4	47	12,9
	5	112	30,8
	6	112	30,8
	7	62	17,0
	8	12	3,3
	fehlend	2	0,5
		MW: 5,52	SD: 1,18
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung	nie	136	37,4
	manchmal/(oft)	177	48,6
	(sehr) häufig	42	11,5
	fehlend	9	2,5

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Tabelle 13: Bezugspersonen außerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=364)

Variable		N	%
Lehrer	Ja	39	10,7
	Nein	322	88,5
	fehlend	3	0,8
Erzieher	Ja	15	4,1
	Nein	346	95,1
	fehlend	3	0,8
Freizeitleiter	Ja	14	3,8
	Nein	347	95,3
	fehlend	3	0,8
Nachbarn	Ja	15	4,1
	Nein	346	95,1
	fehlend	3	0,8
Gleichaltrige Kinder	Ja	121	33,2
	Nein	239	65,7
	fehlend	4	1,1
Ältere Kinder	Ja	26	7,1
	Nein	335	92,0
	fehlend	3	0,8
Andere	Ja	73	20,1
	Nein	288	79,1
	fehlend	3	0,8
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie	0	1	0,3
	1	1	0,3
	2	0	0,0
	3	5	1,4
	4	13	3,6
	5	41	11,3
	6	150	41,2
	7	150	41,2
	8	0	0,0
	fehlend	3	0,8
		MW: 6,16	SD: 0,97

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Betreuungsarten und Beschäftigung in der Gesamtgruppe unterteilt nach Geschlecht (n=364)

Tabelle 14: Betreuungsarten und Beschäftigung innerhalb der Familie unterteilt nach Geschlecht (n=364)

	Mädchen (N=197)		Jungen (N=167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Tagesmutter							
Ja	2	1,0	3	1,8	0,408	1	0,523
Nein	194	98,5	163	97,6			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Kindergarten/Hort							
Ja	22	11,2	38	22,8	8,848	1	**0,003**
Nein	174	88,3	128	76,6			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Grundschule							
Ja	44	22,3	36	21,6	0,030	1	0,862
Nein	152	77,2	130	77,8			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Weiterführende Schule							
Ja	105	53,3	87	52,1	0,049	1	0,825
Nein	91	46,2	79	47,3			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Hausaufgabenbetreuung							
Ja	14	7,1	17	10,2	1,102	1	0,294
Nein	182	92,4	149	89,2			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Nachmittagsbetreuung							
Ja	29	14,7	31	18,6	0,978	1	0,323
Nein	167	84,8	135	80,8			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Kind arbeitslos							
Ja	1	0,5	2	1,2	0,627	1	0,428
Nein	169	85,8	132	79,0			
fehlend	27	13,7	33	19,8			
Kind Auszubildender							
Ja	13	6,6	8	4,8	0,328	1	0,567
Nein	157	79,7	126	75,4			
fehlend	27	13,7	33	19,8			
Sonstiges							
Ja	19	9,6	11	6,6	0,728	1	0,394
Nein	149	75,6	121	72,5			
fehlend	29	14,7	35	21,0			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade

Tabelle 15: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=364)

	Mädchen (N=197)		Jungen (N=167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Mutter							
Ja	150	76,1	112	67,1	3,691	1	**0,055**
Nein	46	23,4	54	32,3			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Vater							
Ja	57	28,9	72	43,1	8,004	1	**0,005**
Nein	139	70,6	94	56,3			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Großmutter							
Ja	68	34,5	44	26,3	2,820	1	**0,093**
Nein	128	65,0	122	73,1			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Großvater							
Ja	41	20,8	38	22,8	0,205	1	0,651
Nein	155	78,7	128	76,6			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Geschwister							
Ja	30	15,2	24	14,4	0,051	1	0,821
Nein	166	84,3	142	85,0			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Partner Mutter/Vater							
Ja	1	0,5	5	3,0	3,451	1	**0,063**
Nein	195	99,0	161	96,4			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
Andere Verwandte							
Ja	116	58,9	98	58,7	0,008	1	0,931
Nein	79	40,1	68	40,7			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Anzahl Bezugspersonen innerhalb der Familie							
0	0	0,0	0	0,0	7,562	7	0,373
1	1	0,5	0	0,0			
2	1	0,5	0	0,0			
3	6	3,0	9	5,4			
4	27	13,7	20	12,0			
5	60	30,5	52	31,1			
6	63	32,0	49	29,3			
7	35	17,8	27	16,2			
8	3	1,5	9	5,4			
fehlend	1	0,5	1	0,6			
	MW: 5,49	SD: 1,15	MW: 5,55	SD: 1,21	MWU: 15993,5	r: n.a.	p-Wert: 0,775
	Min: 1	Max: 8	Min: 3	Max: 8			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 16: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht (n=364)

	Mädchen (N=197)		Jungen (N=167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung							
nie	76	38,6	60	35,9			
manchmal/(oft)	96	48,7	81	48,5	0,886	2	0,642
(sehr) häufig	20	10,2	22	13,2			
fehlend	5	2,5	4	2,4			
Lehrer							
Ja	25	12,7	14	8,4	1,791	1	0,181
Nein	170	86,3	152	91,0			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Erzieher							
Ja	6	3,0	9	5,4	1,238	1	0,266
Nein	189	95,9	157	94,0			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Freizeitleiter							
Ja	8	4,1	6	3,6	0,057	1	0,811
Nein	187	94,9	160	95,8			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Nachbarn							
Ja	7	3,6	8	4,8	0,340	1	0,560
Nein	188	95,4	158	94,6			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Gleichaltrige Kinder							
Ja	73	37,1	48	28,7	2,789	1	**0,095**
Nein	122	61,9	117	70,1			
fehlend	2	1,0	2	1,2			
Ältere Kinder							
Ja	17	8,6	9	5,4	1,458	1	0,227
Nein	178	90,4	157	94,0			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Andere							
Ja	44	22,3	29	17,4	1,442	1	0,230
Nein	151	76,6	137	82,0			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie							
0	1	0,5	0	0,0	4,760	6	0,575
1	1	0,5	0	0,0			
2	0	0,0	0	0,0			
3	3	1,5	2	1,2			
4	8	4,1	5	3,0			
5	22	11,2	19	11,4			
6	87	44,2	63	37,7			
7	73	37,1	77	46,1			
8	0	0,0	0	0,0			
fehlend	2	1,0	1	0,6			
	MW: 6,08	SD: 1,05	MW: 6,25	SD: 0,86	MWU: 14712,0	r: n.a.	p-Wert: 0,107

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Betreuungsarten und Beschäftigung in der Gesamtgruppe unterteilt nach Altersgruppen (n=364)

Tabelle 17: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Tagesmutter						
Ja	2	3,3	1	0,7	2	1,3
Nein	58	96,7	148	99,3	151	97,4
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	2,012		0,937		0,011	
df	1		1		1	
p-Wert	0,156		0,333		0,918	
Kindergarten/Hort						
Ja	11	18,3	34	22,8	15	9,7
Nein	49	81,7	115	77,2	138	89,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	0,161		7,141		8,786	
df	1		1		1	
p-Wert	0,688		**0,008**		**0,003**	
Grundschule						
Ja	24	40,0	38	25,5	18	11,6
Nein	36	60,0	111	74,5	135	87,1
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	13,386		1,704		16,441	
df	1		1		1	
p-Wert	**<0,001**		0,192		**<0,001**	
Weiterführende Schule						
Ja	22	36,7	72	48,3	98	63,2
Nein	38	63,3	77	51,7	55	35,5
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	7,740		2,262		12,906	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,005**		0,133		**<0,001**	
Hausaufgabenbetreuung						
Ja	7	11,7	17	11,4	7	4,5
Nein	53	88,3	132	88,6	146	94,2
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	0,884		2,619		5,384	
df	1		1		1	
p-Wert	0,347		0,106		**0,020**	
Nachmittagsbetreuung						
Ja	16	26,7	29	19,5	15	9,7
Nein	44	73,3	120	80,5	138	89,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Chi-Quadrat	5,298		1,528		8,786	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,021**		0,216		**0,003**	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade

Fortsetzung Tabelle 17: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Kind arbeitslos						
Ja	0	0,0	2	1,3	1	0,6
Nein	46	76,7	119	79,9	136	87,7
fehlend	14	23,3	28	18,8	18	11,6
Chi-Quadrat	0,540		0,913		0,168	
df	1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,339		0,681	
Kind Auszubildender						
Ja	1	1,7	2	1,3	18	11,6
Nein	45	75,0	119	79,9	119	76,8
fehlend	14	23,3	28	18,8	18	11,6
Chi-Quadrat	1,889		8,632		15,056	
df	1		1		1	
p-Wert	0,220[a]		**0,003**		**<0,001**	
Sonstiges						
Ja	2	3,3	14	9,4	14	9,0
Nein	43	71,7	106	71,1	121	78,1
fehlend	15	25,0	29	19,5	20	12,9
Chi-Quadrat	1,816		0,617		0,037	
df	1		1		1	
p-Wert	0,279[a]		0,432		0,847	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; a: Exakter Test nach Fisher; df: Freiheitsgrade

Tabelle 18: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Mutter						
Ja	43	71,7	107	71,8	112	72,3
Nein	16	26,7	42	28,2	42	27,1
fehlend	1	1,7	0	0,0	1	0,6
Chi-Quadrat	0,009		0,040		0,017	
df	1		1		1	
p-Wert	0,924		0,841		0,898	
Vater						
Ja	22	36,7	54	22	36,7	54
Nein	37	61,7	95	37	61,7	95
fehlend	1	1,7	0	1	1,7	0
Chi-Quadrat	0,084		0,041		0,174	
df	1		1		1	
p-Wert	0,772		0,840		0,677	
Großmutter						
Ja	34	56,7	42	34	56,7	42
Nein	25	41,7	107	25	41,7	107
fehlend	1	1,7	0	1	1,7	0
Chi-Quadrat	23,497		0,897		7,174	
df	1		1		1	
p-Wert	**<0,001**		0,344		**0,007**	
Großvater						
Ja	21	35,0	38	21	35,0	38
Nein	38	63,3	111	38	63,3	111
fehlend	1	1,7	0	1	1,7	0
Chi-Quadrat	7,834		2,010		12,266	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,005**		0,156		**<0,001**	
Geschwister						
Ja	0	0,0	21	0	0,0	21
Nein	59	98,3	128	59	98,3	128
fehlend	1	1,7	0	1	1,7	0
Chi-Quadrat	12,358		0,135		8,954	
df	1		1		1	
p-Wert	**<0,001**		0,713		**0,003**	
Partner Mutter/Vater						
Ja	3	5,0	3	3	5,0	3
Nein	56	93,3	146	56	93,3	146
fehlend	1	1,7	0	1	1,7	0
Chi-Quadrat	5,080		0,197		4,517	5,080
df	1		1		1	
p-Wert	**0,024**		0,657		**0,034**	
Andere Verwandte						
Ja	35	58,3	84	35	58,3	84
Nein	24	40,0	64	24	40,0	64
fehlend	1	1,7	1	1	1,7	1
Chi-Quadrat	0,000		0,661		0,645	
df	1		1		1	
p-Wert	0,994		0,416		0,422	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade

Fortsetzung Tabelle 18: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Anzahl Bezugspersonen innerhalb der Familie						
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	1	0,6
2	0	0,0	1	0,7	0	0,0
3	2	3,3	10	6,7	3	1,9
4	16	26,7	16	10,7	15	9,7
5	19	31,7	45	30,2	48	31,0
6	12	20,0	41	27,5	59	38,1
7	8	13,3	29	19,5	25	16,1
8	2	3,3	7	4,7	3	1,9
fehlend	1	1,7	0	0,0	1	0,6
Chi-Quadrat	14,455		10,413		13,729	
df	7		7		7	
p-Wert	**0,044**		0,166		**0,056**	
	MW: 5,24	SD: 1,19	MW: 5,54	SD: 1,28	MW: 5,60	SD: 1,06
	Min: 3	Max: 8	Min: 2	Max: 8	Min: 1	Max: 8
MWU	7254,5		15438,0		14762,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**0,018**		0,649		0,187	
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung						
nie	17	28,3	69	46,3	50	32,3
manchmal/(oft)	35	58,3	60	40,3	82	52,9
(sehr) häufig	6	10,0	17	11,4	19	12,3
fehlend	2	3,3	3	2,0	4	2,6
Chi-Quadrat	3,124		9,013		3,020	
df	2		2		2	
p-Wert	0,210		**0,011**		0,221	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 19: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Lehrer						
Ja	8	13,3	21	14,1	10	6,5
Nein	51	85,0	127	85,2	144	92,9
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	0,556		2,984		5,177	
df	1		1		1	
p-Wert	0,456		**0,084**		**0,023**	
Erzieher						
Ja	3	5,0	9	6,0	3	1,9
Nein	56	93,3	139	93,3	151	97,4
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	0,153		2,336		3,285	
df	1		1		1	
p-Wert	0,696		0,126		**0,070**	
Freizeitleiter						
Ja	2	3,3	8	5,4	4	2,6
Nein	57	95,0	140	94,0	150	96,8
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	0,045		1,570		1,182	
df	1		1		1	
p-Wert	0,832		0,210		0,277	
Nachbarn						
Ja	2	3,3	11	7,4	2	1,3
Nein	57	95,0	137	91,9	152	98,1
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	0,104		6,765		5,502	
df	1		1		1	
p-Wert	0,747		**0,009**		**0,019**	
Gleichaltrige Kinder						
Ja	20	33,3	44	29,5	57	36,8
Nein	39	65,0	104	69,8	96	61,9
fehlend	1	1,7	1	0,7	2	1,3
Chi-Quadrat	0,003		1,697		1,583	
df	1		1		1	
p-Wert	0,959		0,193		0,208	
Ältere Kinder						
Ja	1	1,7	11	7,4	14	9,0
Nein	58	96,7	137	91,9	140	90,3
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	3,201		0,020		1,433	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,074**		0,888		0,231	
Andere						
Ja	12	20,0	26	17,4	35	22,6
Nein	47	78,3	122	81,9	119	76,8
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	0,001		1,095		1,045	
df	1		1		1	
p-Wert	0,980		0,295		0,307	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade

Fortsetzung Tabelle 19: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)		7-13 Jahre (n=149)		14-18 Jahre (n=155)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie						
0	0	0,0	1	0,7	0	0,0
1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	1,7	3	2,0	1	0,6
4	2	3,3	5	3,4	6	3,9
5	9	15,0	20	13,4	12	7,7
6	20	33,3	50	33,6	80	51,6
7	27	45,0	68	45,6	55	35,5
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
fehlend	1	1,7	1	0,7	1	0,6
Chi-Quadrat	2,687		9,494		14,797	
df	6		6		6	
p-Wert	0,847		0,148		**0,022**	
	MW: 6,19	SD: 0,94	MW: 6,12	SD: 1,15	MW: 6,18	SD: 0,79
	Min: 3	Max: 7	Min: 0	Max: 7	Min: 3	Max: 7
MWU	8720,5		15335,0		15323,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,781		0,636		0,497	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 20: Kinderbezogene soziodemografische Variablen nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre (n=60)				7-13 Jahre (n=149)				14-18 Jahre (n=155)			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable												
Alter des Kindes (Jahre)	MW: 5,10	SD: 0,82	MW: 4,71	SD: 0,78	MW: 10,74	SD: 2,06	MW: 10,26	SD: 2,03	MW: 16.01	SD: 1,41	MW: 15,98	SD: 1,52
MWU	568,0		331,0		7514,5		6973,5		2802,5		2897,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**	
Haushalts-einkommen												
Bis 1000 €	5	17,2	6	19,4	13	17,8	16	21,1	22	23,2	14	23,3
>1000 € - 1200 €	1	3,4	2	6,5	8	11,0	1	1,3	6	6,3	5	8,3
>1200 € - 1500 €	5	17,2	4	12,9	12	16,4	13	17,1	14	14,7	4	6,7
>1500 € - 1700 €	0	0,0	1	3,2	3	4,1	6	7,9	6	6,3	8	13,3
>1700 € - 2000 €	2	6,9	4	12,9	10	13,7	11	14,5	12	12,6	3	5,0
>2000 €	14	48,3	14	45,2	26	35,6	28	36,8	30	31,6	24	40,0
fehlend	2	6,9	0	0,0	1	1,4	1	1,3	5	5,3	2	3,3
Chi-Quadrat	4,593		1,207		5,029		5,216		1,595		11,362	
df	5		5		5		5		5		5	
p-Wert	0,570[b]		0,976[b]		0,412		0,390		0,902		**0,045**	
Anzahl Ge-schwister												
0	7	24,1	9	29,0	20	27,4	17	22,4	12	12,6	11	18,3
1	13	44,8	15	48,4	39	53,4	34	44,7	45	47,4	26	43,3
2	6	20,7	3	9,7	7	9,6	10	13,2	26	27,4	12	20,0
3	1	3,4	2	6,5	4	5,5	9	11,8	5	5,3	7	11,7
4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0,	0,0	3	3,2	2	3,3
5	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	1,3	1	1,1	1	1,7
6	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,7
fehlend	1	3,4	1	3,2	2	2,7	5	6,6	3	3,2	0	0,0
Chi-Quadrat	2,252		4,497		10,075		5,638		14,648		5,033	
df	6		6		6		6		6		6	
p-Wert	0,800[b]		0,534[b]		0,122		0,465		**0,023**		0,540	
	MW: 1,14	SD: 0,97	MW: 1,07	SD: 1,11	MW: 1,00	SD: 0,99	MW: 1,21	SD: 1,04	MW: 1.40	SD: 0,97	MW: 1,50	SD: 1,27
MWU	4329,0		4162,0		8172,5		9715,5		10119,0		7663,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,670[c]		0,178[c]		**0,011**		0,715		**0,018**		0,101	
Geschwis-terreihen-folge												
Ältestes Kind	16	55,2	12	38,7	24	32,9	14	18,4	45	47,4	17	28,3
Mittleres Kind	2	6,9	2	6,5	2	2,7	6	7,9	11	11,6	9	15,0
Jüngstes Kind	3	10,3	7	22,6	25	34,2	33	43,4	23	24,2	23	38,3
Einzelkind	7	24,1	9	29,0	20	27,4	17	22,4	12	12,6	11	18,3
fehlend	1	3,4	1	3,2	2	2,7	6	7,9	4	4,2	0	0,0
Chi-Quadrat	8,270		2,223		5,985		12,572		12,872		5,180	
df	3		3		3		3		3		3	
p-Wert	**0,027[b]**		0,541[b]		0,112		**0,006**		**0,005**		0,159	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Betreuungsarten und Beschäftigung in der Gesamtgruppe unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

Tabelle 21: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tagesmutter												
Ja	1	3,4	1	3,2	0	0,0	1	1,3	1	1,1	1	1,7
Nein	28	96,6	30	96,8	73	100,0	75	98,7	93	97,9	58	96,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,7
Chi-Quadrat	0,989		0,847		1,281		0,003		0,094		0,051	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,343[a]		0,363[a]		0,258		0,956		0,759		0,821	
Kindergarten/Hort												
Ja	5	17,2	6	19,4	10	13,7	5	17,2	6	19,4	10	13,7
Nein	24	82,8	25	80,6	63	86,3	24	82,8	25	80,6	63	86,3
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	0,010		0,190		0,547		15,662		7,651		0,463	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,618[a]		0,460		**<0,001**		**0,006**		0,496	
Grundschule												
Ja	9	31,0	15	48,4	22	30,1	9	31,0	15	48,4	22	30,1
Nein	20	69,0	16	51,6	51	69,9	20	69,0	16	51,6	51	69,9
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	1,462		13,609		3,431		0,061		5,044		7,601	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,245[a]		**0,001[a]**		**0,064**		0,805		**0,025**		**0,006**	
Weiterführende Schule												
Ja	12	41,4	10	32,3	35	47,9	12	41,4	10	32,3	35	47,9
Nein	17	58,6	21	67,7	38	52,1	17	58,6	21	67,7	38	52,1
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	1,721		5,878		0,952		0,732		3,826		6,164	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,245[a]		**0,023[a]**		0,329		0,392		**0,050**		**0,013**	
Hausaufgaben-betreuung												
Ja	1	3,4	6	19,4	10	13,7	7	9,2	3	3,2	4	6,7
Nein	28	96,6	25	80,6	63	86,3	69	90,8	91	95,8	55	91,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,7
Chi-Quadrat	1,053		5,042		3,079		0,051		4,680		0,286	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,493[a]		**0,038[a]**		**0,079**		0,821		**0,031**		0,592	
Nachmittags-betreuung												
Ja	5	17,2	11	35,5	16	21,9	13	17,1	8	8,4	7	11,7
Nein	24	82,8	20	64,5	57	78,1	63	82,9	86	90,5	52	86,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,7
Chi-Quadrat	0,010		8,767		1,888		0,020		5,971		1,131	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,009[a]		0,169		0,889		**0,015**		0,288	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 21: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kind arbeitslos												
Ja	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,3	0	0,0	1	1,7
Nein	23	79,3	23	74,2	61	83,6	58	76,3	85	89,5	51	85,0
fehlend	6	20,7	8	25,8	11	15,1	17	22,4	10	10,5	8	13,3
Chi-Quadrat	0,248		0,248		0,312		0,376		1,176		0,563	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		1,000[a]		0,576		0,540		0,278		0,453	
Kind Auszubil-dender												
Ja	1	3,4	0	0,0	1	1,4	1	1,3	11	11,6	7	11,7
Nein	22	75,9	23	74,2	61	83,6	58	76,3	74	77,9	45	75,0
fehlend	6	20,7	8	25,8	11	15,1	17	22,4	10	10,5	8	13,3
Chi-Quadrat	0,254		1,846		3,396		3,094		6,679		4,190	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,385[a]		**0,065**		**0,079**		**0,010**		**0,041**	
Sonstiges												
Ja	2	6,9	0	0,0	7	9,6	7	9,2	10	10,5	4	6,7
Nein	20	69,0	23	74,2	55	75,3	51	67,1	74	77,9	47	78,3
fehlend	7	24,1	8	25,8	11	15,1	18	23,7	11	11,6	9	15,0
Chi-Quadrat	0,022		2,768		0,145		0,342		0,470		0,318	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,146[a]		0,704		0,559		0,493		0,573	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Tabelle 22: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mutter												
Ja	24	82,8	19	61,3	58	79,5	49	64,5	68	71,6	44	73,3
Nein	5	17,2	11	35,5	15	20,5	27	35,5	26	27,4	16	26,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	1,700		1,338		2,290		3,004		0,000		0,033	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,278[a]		0,286[a]		0,130		**0,083**		0,993		0,856	
Vater												
Ja	8	27,6	14	45,2	22	30,1	32	42,1	27	28,4	26	43,3
Nein	21	72,4	16	51,6	51	69,9	44	57,9	67	70,5	34	56,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,891		1,735		1,205		1,756		2,645		1,858	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,421[a]		0,232[a]		0,272		0,185		0,104		0,173	
Großmutter												
Ja	19	65,5	15	48,4	24	32,9	18	23,7	25	26,3	11	18,3
Nein	10	34,5	15	48,4	49	67,1	58	76,3	69	72,6	49	81,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	17,641		5,562		0,161		2,370		1,121		5,349	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	**<0,001[a]**		**0,023[a]**		0,689		0,124		0,290		**0,021**	
Großvater												
Ja	12	41,4	9	29,0	16	21,9	22	28,9	13	13,7	7	11,7
Nein	17	58,6	21	67,7	57	78,1	54	71,1	81	85,3	53	88,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	7,067		1,282		0,000		2,862		4,755		4,349	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	**0,016[a]**		0,254[a]		0,983		**0,091**		**0,029**		**0,037**	
Geschwister												
Ja	0	0,0	0	0,0	10	13,7	11	14,5	20	21,1	13	21,7
Nein	29	100,0	30	96,8	63	86,3	65	85,5	74	77,9	47	78,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	5,527		5,735		0,107		0,015		4,046		2,582	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	**0,013[a]**		**0,013[a]**		0,744		0,903		**0,044**		0,108	
Partner Mutter/Vater												
Ja	0	0,0	3	9,7	1	1,4	2	2,6	0	0,0	0	0,0
Nein	29	100,0	27	87,1	72	98,6	74	97,4	94	98,9	60	100,0
gesamt												
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,531		13,967		0,046		0,560		2,140		1,212	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		**0,009[a]**		0,829		0,454		0,144		0,271	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 22: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andere Verwandte												
Ja	18	62,1	17	54,8	40	54,8	44	57,9	58	61,1	37	61,7
Nein	11	37,9	13	41,9	32	43,8	32	42,1	36	37,9	23	38,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,102		0,093		0,517		0,077		0,309		0,170	
Df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,845[a]		0,847[a]		0,472		0,782		0,578		0,680	
Anzahl Bezugs-personen innerhalb der Familie												
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	3,4	1	3,2	3	4,1	7	9,2	2	2,1	1	1,7
4	9	31,0	7	22,6	7	9,6	9	11,8	11	11,6	4	6,7
5	10	34,5	9	29,0	27	37,0	18	23,7	23	24,2	25	41,7
6	5	17,2	7	22,6	19	26,0	22	28,9	39	41,1	20	33,3
7	4	13,8	4	12,9	14	19,2	15	19,7	17	17,9	8	13,3
8	0	0,0	2	6,5	2	2,7	5	6,6	1	1,1	2	3,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	11,412		4,936		7,133		11,822		12,903		7,085	
df	7		7		7		7		7		7	
p-Wert	0,144[b]		0,482[b]		0,415		0,107		**0,075**		0,420	
	MW: 5,07	SD: 1,10	MW: 5,40	SD: 1,28	MW: 5,51	SD: 1,19	MW: 5,58	SD: 1,36	MW: 5,61	SD: 1,12	MW: 5,60	SD: 0,98
	Min: 3	Max: 7	Min: 3	Max: 8	Min: 2	Max: 8	Min: 3	Max: 8	Min: 1	Max: 8	Min: 3	Max: 8
MWU	3589,5		4535,0		10475,0		10364,0		11558,0		8844,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**0,017[c]**		0,404[c]		0,924		0,520		0,218		0,763	
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung												
nie	9	31,0	8	25,8	35	47,9	34	44,7	32	33,7	18	30,0
manchmal/ (oft)	18	62,1	17	54,8	27	37,0	33	43,4	51	53,7	31	51,7
(sehr) häufig	1	3,4	5	16,1	9	12,3	8	10,5	10	10,5	9	15,0
fehlend	1	3,4	1	3,2	2	2,7	1	1,3	2	2,1	2	3,3
Chi-Quadrat	3,323		2,112		5,341		1,988		1,251		1,933	
df	2		2		2		2		2		2	
p-Wert	0,209[b]		0,307[b]		**0,069**		0,370		0,535		0,380	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig); r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 23: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Weitere Bezugspersonen												
Lehrer												
Ja	4	13,8	4	12,9	16	21,9	5	6,6	5	5,3	5	8,3
Nein	25	86,2	26	83,9	56	76,7	71	93,4	89	93,7	55	91,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,293		0,217		12,170		1,783		3,967		0,456	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,537[a]		0,549[a]		**<0,001**		0,182		**0,046**		0,500	
Erzieher												
Ja	2	6,9	1	3,2	3	4,1	6	7,9	1	1,1	2	3,3
Nein	27	93,1	29	93,5	69	94,5	70	92,1	93	97,9	58	96,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,595		0,055		0,000		3,380		3,050		0,122	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,343[a]		1,000[a]		0,996		**0,066**		**0,081**		0,727	
Freizeitleiter												
Ja	0	0,0	2	6,5	5	6,8	3	3,9	3	3,2	1	1,7
Nein	29	100,0	28	90,3	67	91,8	73	96,1	91	95,8	59	98,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	1,272		0,683		2,268		0,001		0,161		0,944	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,615[a]		0,327[a]		0,132		0,972		0,688		0,331	
Nachbarn												
Ja	0	0,0	2	6,5	6	8,2	5	6,6	1	1,1	1	1,7
Nein	29	100,0	28	90,3	66	90,4	71	93,4	93	97,9	59	98,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	1,367		0,518		3,942		1,420		3,050		1,119	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,621[a]		0,359[a]		**0,047**		0,233		**0,081**		0,290	
Gleichaltrige Kinder												
Ja	14	48,3	6	19,4	23	31,5	21	27,6	36	37,9	21	35,0
Nein	15	51,7	24	77,4	49	67,1	55	72,4	58	61,1	38	63,3
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	1	1,7
Chi-Quadrat	3,040		2,717		0,112		1,544		1,252		0,124	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,101[a]		0,110[a]		0,738		0,214		0,263		0,724	
Ältere Kinder												
Ja	1	3,4	0	0,0	8	11,0	3	3,9	8	8,4	6	10,0
Nein	28	96,6	30	96,8	64	87,7	73	96,1	86	90,5	54	90,0
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,665		2,539		2,056		1,526		0,326		0,843	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,709[a]		0,149[a]		0,152		0,217		0,568		0,359	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 23: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andere												
Ja	5	17,2	7	22,6	12	16,4	14	18,4	27	28,4	8	13,3
Nein	24	82,8	23	74,2	60	82,2	62	81,6	67	70,5	52	86,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	0,174		0,196		0,705		0,193		5,694		2,116	
Df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,812[a]		0,638[a]		0,401		0,660		**0,017**		0,146	
Anzahl Bezugsperso-nen außerhalb der Familie												
0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	3,4	0	0,0	1	1,4	2	2,6	1	1,1	0	0,0
4	1	3,4	1	3,2	4	5,5	1	1,3	3	3,2	3	5,0
5	4	13,8	5	16,1	9	12,3	11	14,5	9	9,5	3	5,0
6	11	37,9	9	29,0	26	35,6	24	31,6	50	52,6	30	50,0
7	12	41,4	15	48,4	30	41,1	38	50,0	31	32,6	24	40,0
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chi-Quadrat	1,410		3,066		9,726		7,790		7,606		5,625	
df	6		6		6		6		6		6	
p-Wert	0,705[b]		0,612[b]		0,137		0,254		0,268		0,466	
	MW: 6,10	SD: 1,01	MW: 6,27	SD: 0,87	MW: 5,99	SD: 1,33	MW: 6,25	SD: 0,94	MW: 6,14	SD: 0,80	MW: 6,25	SD: 0,77
	Min: 3	Max: 7	Min: 4	Max: 7	Min: 0	Max: 7	Max: 3	Max: 7	Max: 3	Max: 7	Min: 4	Max: 7
MWU	4687,5		4650,0		9949,0		9948,0		11657,5		8754,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,806[c]		0,537[c]		0,535		0,238		0,268		0,686	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Soziodemografische Eigenschaften der interviewten Eltern (n=364)

Tabelle 24: Soziodemografische Charakterisierung der Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geschlecht (Eltern)												
Mutter	16	55,2	17	54,8	45	61,6	38	50,0	60	63,2	38	63,3
Vater	13	44,8	14	45,2	28	38,4	38	50,0	35	36,8	21	35,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Chi-Quadrat	0,186		0,237		0,273		3,184		0,940		0,866	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,697[a]		0,704[a]		0,601		**0,074**		0,332		0,352	
Alter des Elternteils	MW: 40,17	SD: 6,85	MW: 40,48	SD: 8,06	MW: 40,51	SD: 7,55	MW: 40,39	SD: 6,53	MW: 42,31	SD: 6,86	MW: 43,88	SD: 6,46
	Min: 26	Max: 55	Min: 24	Max: 54	Min: 27	Max: 58	Min: 22	Max: 53	Min: 22	Max: 56	Min: 24	Max: 58
MWU	4182,5		4680,0		9256,5		9447,0		11066,0		6709,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,262		0,466		0,172		0,103		0,187		**0,002**	
Höchster Schulabschluss												
Hauptschule	4	13,8	15	48,4	18	24,7	25	32,9	32	33,7	22	36,7
Mittleres Reife	12	41,4	8	25,8	31	42,5	25	32,9	43	45,3	19	31,7
Abitur	5	17,2	4	12,9	10	13,7	17	22,4	14	14,7	13	21,7
Hochschulab-schluss	6	20,7	2	6,5	8	11,0	3	3,9	4	4,2	4	6,7
Keinen	1	3,4	2	6,5	2	2,7	2	2,6	1	1,1	1	1,7
Sonstigen	1	3,4	0	0,0	3	4,1	3	3,9	1	1,1	1	1,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	11,000		7,602		5,263		4,525		6,309		2,466	
df	5		5		5		5		5		5	
p-Wert	**0,038[b]**		0,185[b]		0,385		0,477		0,277		0,782	
berufstätig												
Ja	12	41,4	13	41,9	46	63,0	48	63,2	48	50,5	39	65,0
Nein	17	58,6	18	58,1	27	37,0	28	36,8	47	49,5	20	33,3
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Chi-Quadrat	3,034		3,030		1,461		1,608		2,030		2,511	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,117[a]		**0,090[a]**		0,227		0,205		0,154		0,113	
Beziehungs-stand												
verheiratet	15	51,7	18	58,1	34	46,6	44	57,9	50	52,6	35	58,3
geschieden	3	10,3	3	9,7	8	11,0	12	15,8	9	9,5	7	11,7
verwitwet	1	3,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0	2	2,1	3	5,0
getrennt lebend	5	17,2	4	12,9	19	26,0	11	14,5	17	17,9	10	16,7
mit neuem Partner	4	13,8	5	16,1	10	13,7	7	9,2	16	16,8	4	6,7
fehlend	1	3,4	1	3,2	1	1,4	2	2,6	1	1,1	1	1,7
Chi-Quadrat	0,493		1,718		4,268		5,269		2,312		5,905	
df	4		4		4		4		4		4	
p-Wert	0,869[b]		0,898[b]		0,371		0,261		0,679		0,206	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher, b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Fortsetzung Tabelle 24: Soziodemografische Charakterisierung der Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=364)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=29)		Jungen (n=31)		Mädchen (n=73)		Jungen (n=76)		Mädchen (n=95)		Jungen (n=60)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ICD-Diagnosegruppe												
Abhängigkeitserkrankung	4	13,8	8	25,8	12	16,4	13	17,1	13	13,7	13	21,7
Schizophrenieformes Spektrum	0	0,0	4	12,9	1	1,4	4	5,3	3	3,2	2	3,3
Bipolare Störung	1	3,4	0	0,0	5	6,8	4	5,3	9	9,5	5	8,3
Depressive Störung/Dysthymie	18	62,1	7	22,6	40	54,8	42	55,3	59	62,1	35	58,3
Angststörungen	1	3,4	1	3,2	3	4,1	3	3,9	3	3,2	1	1,7
Zwangsstörungen	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	2	6,9	4	12,9	3	4,1	1	1,3	4	4,2	1	1,7
Anpassungsstörungen	0	0,0	1	3,2	1	1,4	2	2,6	0	0,0	0	0,0
Konversionsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Somatoforme Störungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,7
Borderline-Persönlichkeitsstörung	3	10,3	3	9,7	7	9,6	2	2,6	2	2,1	1	1,7
Persönlichkeitsstörung (nicht Borderline-)	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	1,3	1	1,1	1	1,7
fehlend	0	0,0	1	3,2	1	1,4	3	3,9	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	5,588		39,768		7,741		10,575		8,574		7,415	
df	11		11		11		11		11		11	
p-Wert	0,837[b]		**<0,001[b]**		0,736		0,480		0,661		0,765	
Anderer Elternteil psychisch erkrankt/suchterkrankt												
Ja	2	6,9	6	19,4	17	23,3	13	17,1	22	23,2	12	20,0
Nein	19	65,5	16	51,6	42	57,5	41	53,9	62	65,3	38	63,3
fehlend	8	27,6	9	29,0	14	19,2	22	28,9	11	11,6	10	16,7
Chi-Quadrat	2,841		0,076		0,631		0,020		0,118		0,022	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,117[a]		0,799[a]		0,427		0,887		0,732		0,882	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher, b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton

Tabelle 25: CBCL-Werte in der Gesamtstichprobe (n=364)

CBCL-Skala	Rohwert				Z-Wert Gesunde				Z-Wert Klinikstichprobe			
	MW	SD	Min.	Max.	MW	SD	Min.	Max.	MW	SD	Min.	Max.
Sozialer Rückzug	3,87	3,16	0	14,0	1,33	1,85	-1,00	8,47	-0,18	0,98	-1,53	3,25
Körperliche Beschwerden	2,14	2,45	0	12,0	0,65	1,50	-0,79	8,00	-0,13	0,88	-1,00	5,20
Angst/Depressivität	5,22	4,64	0	22,0	0,93	1,60	-0,97	6,89	-0,55	0,89	-1,67	2,86
Soziale Probleme	2,08	2,21	0	12,0	0,58	1,35	-0,72	5,94	-0,67	0,68	-1,41	2,34
Schizoid/zwanghaft	0,88	1,46	0	9,0	0,75	2,01	-0,44	12,43	-0,46	0,72	-0,96	4,17
Aufmerksamkeitsstörung	4,22	3,69	0	17,6	0,52	1,33	-1,14	5,13	-0,77	0,86	-2,12	2,28
Dissoziales Verhalten	2,55	2,83	0	18,0	0,78	1,81	-0,94	13,08	-0,37	0,78	-1,22	5,03
Aggressives Verhalten	8,59	6,63	0	39,0	0,85	1,48	-1,17	8,95	-0,43	0,81	-1,71	3,88
Internalisierende Probleme	10,20	7,79	0	35,0	1,04	1,60	-1,07	6,84	-0,48	0,90	-1,76	2,70
Externalisierende Probleme	11,14	8,82	0	54,0	0,89	1,55	-1,18	9,62	-0,44	0,78	-1,67	3,99
Gesamtskala	32,79	22,33	1	120,0	1,04	1,57	-1,32	7,95	-0,67	0,88	-2,00	3,07

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: Minimaler aufgetretener Wert, Max.: Maximaler aufgetretener Wert

Tabelle 26: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern sowie im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Altersgruppenvergleich (n=364)

CBCL-Skala	4-6 Jahre (n=60)					7-13 Jahre (n=149)					14-18 Jahre (n=155)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
Sozialer Rückzug	1,99	2,32	7470,5	0,12	**0,027**	1,25	1,71	15880,0	0,01	0,889	1,15	1,71	14685,5	0,08	0,127
Körperliche Beschwerden	0,73	1,72	8830,0	0,02	0,697	0,69	1,56	15096,5	0,05	0,350	0,58	1,36	14986,5	0,06	0,222
Angst/Depressivität	1,10	1,86	8925,0	0,01	0,793	0,83	1,68	14438,5	0,08	0,110	0,97	1,42	14813,5	0,07	0,163
Soziale Probleme	1,01	1,81	8246,0	0,06	0,238	0,48	1,27	14410,0	0,09	0,102	0,52	1,20	15464,0	0,04	0,458
Schizoid/zwanghaft	1,50	2,89	6534,5	0,19	**<0,0001**	0,73	2,05	15102,0	0,05	0,340	0,47	1,41	12696,5	0,19	**<0,0001**
Aufmerksamkeits-störung	1,13	1,66	6768,0	0,17	**0,002**	0,37	1,27	14395,5	0,09	0,100	0,42	1,16	15467,5	0,04	0,462
Dissoziales Verhalten	1,28	2,14	7570,5	0,11	**0,037**	0,73	1,91	15304,0	0,04	0,469	0,64	1,55	15361,5	0,04	0,399
Aggressives Verhalten	1,00	1,68	8700,0	0,03	0,573	0,68	1,32	14602,5	0,08	0,152	0,95	1,53	15202,5	0,05	0,316
Internalisierende Probleme	1,38	2,04	8557,5	0,04	0,450	0,98	1,61	15239,5	0,04	0,431	0,97	1,37	15982,0	0,01	0,828
Externalisierende Probleme	1,16	1,83	8309,0	0,06	0,276	0,75	1,46	14715,0	0,07	0,187	0,92	1,51	15706,0	0,03	0,620
Gesamtskala	1,49	2,06	8038,0	0,08	0,146	0,90	1,52	14596,0	0,08	0,150	0,99	1,35	15858,0	0,02	0,732

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Tabelle 27: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranken Eltern im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Altersgruppenvergleich (n=364)

CBCL-Skala	4-6 Jahre (n=60)					7-13 Jahre (n=149)					14-18 Jahre (n=155)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
Sozialer Rückzug	0,29	1,17	6374,0	0,19	**<0,0001**	-0,18	0,89	15357,5	0,04	0,504	-0,37	0,92	12791,5	0,18	0,001
Körperliche Beschwerden	-0,02	1,04	8646,5	0,03	0,524	-0,09	0,93	14858,5	0,06	0,240	-0,22	0,76	14565,0	0,09	0,099
Angst/Depressivität	-0,26	1,00	7356,0	0,12	**0,018**	-0,54	0,93	15775,5	0,01	0,806	-0,66	0,79	14675,5	0,08	0,125
Soziale Probleme	-0,47	0,90	8241,0	0,06	0,237	-0,73	0,64	14627,5	0,07	0,158	-0,69	0,60	15686,5	0,03	0,606
Schizoid/zwanghaft	-0,11	1,04	5747,0	0,24	**<0,0001**	-0,44	0,70	14314,5	0,09	0,082	-0,60	0,50	11121,5	0,27	**<0,0001**
Aufmerksamkeits-störung	-0,44	1,02	6959,0	0,15	**0,004**	-0,89	0,82	13865,5	0,11	**0,029**	-0,79	0,79	16188,5	0,00	0,993
Dissoziales Verhalten	-0,13	0,96	7581,5	0,11	**0,039**	-0,40	0,84	14809,5	0,06	0,220	-0,44	0,60	15867,0	0,02	0,739
Aggressives Verhalten	-0,36	0,96	8902,0	0,02	0,770	-0,54	0,74	14120,5	0,10	0,055	-0,36	0,80	14518,5	0,09	0,091
Internalisierende Probleme	-0,14	1,08	7216,5	0,13	**0,011**	-0,46	0,90	15733,5	0,02	0,774	-0,62	0,78	14010,0	0,12	**0,028**
Externalisierende Probleme	-0,31	0,96	8433,0	0,05	0,356	-0,53	0,75	14245,0	0,09	0,073	-0,42	0,73	15112,0	0,06	0,274
Gesamtskala	-0,36	1,14	7645,0	0,10	**0,048**	-0,73	0,85	14874,0	0,06	0,247	-0,73	0,77	15866,0	0,02	0,738

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Tabelle 28: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Geschlecht	4-6 Jahre (n=60) (weiblich=29, männlich=31)					7-13 Jahre (n=149) (weiblich=73, männlich=76)					14-18 Jahre (n=155) (weiblich=95, männlich=60)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
CBCL-Skala															
Sozialer Rückzug															
weiblich	1,71	2,57	4735,5	0,01	0,822	1,36	1,80	10302,5	-0,02	0,691	1,19	1,72	11951,5	0,05	0,348
männlich	2,25	2,08	3634,0	0,14	**0,006**	1,15	1,63	10487,5	-0,03	0,576	1,09	1,71	8434,0	0,05	0,357
Körperliche Beschwerden															
weiblich	0,75	1,78	4804,0	0,01	0,921	0,78	1,56	9870,5	-0,05	0,349	0,62	1,39	12287,0	0,03	0,577
männlich	0,72	1,68	4818,0	0,03	0,539	0,60	1,55	10774,0	-0,01	0,835	0,53	1,33	8399,5	0,05	0,333
Angst/Depressivität															
weiblich	1,38	2,20	4499,0	0,03	0,509	0,93	1,70	10406,5	-0,01	0,789	0,95	1,38	11961,5	0,05	0,355
männlich	0,85	1,46	4998,0	0,02	0,770	0,74	1,66	9580,0	-0,09	0,094	0,99	1,48	8552,0	0,04	0,446
Soziale Probleme															
weiblich	1,23	2,00	3831,0	0,10	0,058	0,66	1,32	9811,5	-0,05	0,311	0,52	1,12	12063,5	0,04	0,416
männlich	0,80	1,62	5009,0	0,01	0,784	0,31	1,20	8526,5	-0,16	**0,003**	0,52	1,32	9100,5	0,00	0,979
Schizoid/zwanghaft															
weiblich	1,33	2,94	3848,5	0,10	0,056	0,48	1,45	9400,0	-0,08	0,118	0,35	1,32	7560,5	0,32	**<0,0001**
männlich	1,67	2,87	3585,0	0,15	**0,004**	0,96	2,48	8807,0	-0,14	**0,007**	0,67	1,54	7404,0	0,12	**0,018**
Aufmerksamkeitsstörung															
weiblich	1,16	1,64	3622,5	0,12	**0,023**	0,53	1,31	10388,5	-0,02	0,772	0,48	1,21	12528,0	0,01	0,777
männlich	1,11	1,71	4044,5	0,10	**0,046**	0,22	1,23	9089,0	-0,12	**0,023**	0,34	1,08	8639,5	0,03	0,519

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Fortsetzung Tabelle 28: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur gesunden Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Geschlecht	4-6 Jahre (n=60) (weiblich=29, männlich=31)					7-13 Jahre (n=149) (weiblich=73, männlich=76)					14-18 Jahre (n=155) (weiblich=95, männlich=60)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
CBCL-Skala															
Dissoziales Verhalten															
weiblich	1,25	2,33	4264,0	0,06	0,274	0,93	2,16	9848,0	-0,05	0,335	0,76	1,82	12215,0	0,03	0,523
männlich	1,31	1,98	4205,5	0,09	0,088	0,54	1,62	9457,0	-0,10	0,068	0,44	0,94	8846,5	0,02	0,713
Aggressives Verhalten															
weiblich	0,92	1,77	4797,5	0,01	0,912	0,72	1,51	9879,0	-0,05	0,356	0,98	1,67	12228,5	0,03	0,533
männlich	1,08	1,63	4681,5	0,04	0,392	0,65	1,12	10271,5	-0,04	0,410	0,90	1,29	8674,0	0,03	0,549
Internalisierende Probleme															
weiblich	1,50	2,38	4654,0	0,02	0,708	1,10	1,67	10464,0	-0,01	0,845	0,98	1,37	12510,0	0,02	0,762
männlich	1,27	1,70	4802,5	0,03	0,522	0,87	1,55	10008,5	-0,06	0,252	0,94	1,37	9068,0	0,00	0,944
Externalisierende Probleme															
weiblich	1,10	1,92	4690,5	0,02	0,759	0,83	1,70	10189,0	-0,03	0,591	1,00	1,70	12450,5	0,02	0,711
männlich	1,21	1,77	4517,5	0,06	0,250	0,66	1,20	10074,0	-0,06	0,286	0,81	1,15	8955,5	0,01	0,825
Gesamtskala															
weiblich	1,51	2,21	4436,5	0,04	0,439	1,00	1,63	10344,0	-0,02	0,730	1,03	1,42	12475,5	0,02	0,732
männlich	1,47	1,94	4500,5	0,06	0,238	0,80	1,42	9800,0	-0,07	0,161	0,93	1,24	9082,5	0,00	0,960

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Tabelle 29: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Geschlecht	4-6 Jahre (n=60) (weiblich=29, männlich=31)					7-13 Jahre (n=149) (weiblich=73, männlich=76)					14-18 Jahre (n=155) (weiblich=95, männlich=60)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
CBCL-Skala															
Sozialer Rückzug															
weiblich	0,08	1,20	4219,0	0,06	0,240	-0,18	0,89	10156,5	-0,03	0,563	-0,37	0,91	10800,5	0,12	**0,025**
männlich	0,49	1,12	3054,0	0,20	**<0,0001**	-0,18	0,89	10749,0	-0,01	0,811	-0,36	0,95	7691,0	0,10	0,055
Körperliche Beschwerden															
weiblich	-0,16	0,86	4624,5	0,02	0,668	-0,13	0,82	10316,5	-0,02	0,704	-0,21	0,78	11909,0	0,05	0,324
männlich	0,10	1,18	4455,0	0,07	0,207	-0,05	1,02	10009,0	-0,05	0,294	-0,23	0,74	8356,0	0,05	0,304
Angst/Depressivität															
weiblich	-0,16	1,14	3845.0	0,10	0,062	-0,54	0,91	10528,5	-0,01	0,908	-0,70	0,78	11345,5	0,09	0,104
männlich	0,36	0,86	4410,0	0,07	0,180	-0,53	0,95	10795,0	-0,01	0,855	-0,61	0,80	9030,0	0,01	0,904
Soziale Probleme															
weiblich	-0,38	0,90	4020,0	0,08	0,123	-0,58	0,62	9309,0	-0,09	0,102	-0,59	0,56	10724,0	0,12	0,20
männlich	0,55	0,91	5120,0	0,00	0,941	-0,87	0,63	8241,5	-0,17	**0,001**	-0,84	0,63	7577,5	0,11	**0,038**
Schizoid/zwanghaft															
weiblich	-0,15	1,14	3700,5	0,11	**0,032**	-0,54	0,57	9579,0	-0,07	0,191	-0,65	0,51	7573,5	0,31	**<0,0001**
männlich	-0,06	0,96	2945,5	0,21	**<0,0001**	-0,35	0,80	8198,5	-0,18	**0,001**	-0,54	0,47	8992,0	0,01	0,862
Aufmerksamkeitsstörung															
weiblich	-0,38	0,74	3206,5	0,16	**0,002**	-0,63	0,65	8517,5	-0,14	**0,009**	-0,64	0,76	10484,5	0,14	**0,009**
männlich	-0,50	1,24	4651,5	0,05	0,362	-1,14	0,89	6688,0	-0,27	**<0,001**	-1,04	0,79	6818,0	0,16	**0,002**

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Fortsetzung Tabelle 29: Subskalen von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich und Abweichungen zur kranken Referenzstichprobe (als Z-normierte Werte) im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich

Geschlecht	4-6 Jahre (n=60) (weiblich=29, männlich=31)					7-13 Jahre (n=149) (weiblich=73, männlich=76)					14-18 Jahre (n=155) (weiblich=95, männlich=60)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
CBCL-Skala															
Dissoziales Verhalten															
weiblich	-0,09	1,01	4029,0	0,08	0,127	-0,25	0,89	8944,0	-0,11	**0,037**	-0,35	0,65	11020,5	0,10	**0,046**
männlich	-0,16	0,94	4451,5	0,07	0,204	-0,53	0,78	8058,5	-0,19	**<0,001**	-0,60	0,47	7032,5	0,15	**0,005**
Aggressives Verhalten															
weiblich	-0,31	0,98	4670,5	0,02	0,731	-0,41	0,82	10400,0	-0,01	0,783	-0,26	0,87	10613,5	0,13	**0,014**
männlich	-0,40	0,95	5130,5	0,00	0,956	-0,65	0,63	8825,5	-0,14	**0,009**	-0,52	0,67	8635,0	0,03	0,515
Internalisierende Probleme															
weiblich	-0,17	1,14	4159,0	0,07	0,199	-0,45	0,86	10300,0	-0,02	0,689	-0,62	0,78	11605,0	0,07	0,184
männlich	-0,11	1,03	3956,5	0,11	**0,032**	-0,46	0,93	10906,5	0,00	0,963	-0,64	0,79	8105,0	0,07	0,173
Externalisierende Probleme															
weiblich	-0,27	0,96	4381,5	0,05	0,381	-0,40	0,83	10124,0	-0,03	0,536	-0,31	0,80	10905,5	0,11	**0,034**
männlich	-0,35	0,97	4950,0	0,02	0,706	-0,65	0,65	8674,0	-0,15	**0,005**	-0,58	0,58	8333,5	0,06	0,291
Gesamtskala															
weiblich	-0,34	1,18	4141,5	0,07	0,188	-0,64	0,89	10342,0	-0,02	0,728	-0,65	0,81	12261,5	0,03	0,558
männlich	-0,38	1,13	4402,5	0,07	0,176	-0,82	0,82	9521,0	-0,09	0,081	-0,85	0,69	8272,5	0,06	0,255

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke

Soziodemografische Charakterisierung der Kinder der verkürzten Stichprobe (n=285) (KINDL-Stichprobe)

Tabelle 30: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe in der Gesamtgruppe (n=285)

Variable			N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Geschlecht	weiblich		164	57,5	6,488	1	**0,011**
	männlich		121	42,5			
	fehlend		0	0,0			
Alter (Jahre)	MW: 12,09	SD: 4,35					
	Min.:4	Max.: 18					
Altersgruppe	4-6 Jahre		45	15,8	40,821	2	**<0,001**
	7-13 Jahre		112	39,3			
	14-18 Jahre		128	44,9			
Haushalts-einkommen	Bis 1000 €		59	20,7	113,953	5	**<0,001**
	>1000 €-1200€		23	8,1			
	>1200 €-1500 €		39	13,7			
	>1500 €-1700 €		21	7,4			
	>1700 €-2000 €		29	10,2			
	>2000 €		106	37,2			
	fehlend		8	2,8			
Anzahl Geschwister	0		61	21,4	321,384	6	**<0,001**
	1		128	44,9			
	2		54	18,9			
	3		22	7,7			
	4		6	2,1			
	5		3	1,1			
	6		2	0,7			
	fehlend		9	3,2			
	MW: 1,28	SD: 1,10					
Geschwister-reihenfolge	Ältestes Kind		106	37,2	45,710	3	**<0,001**
	Mittleres Kind		29	10,2			
	Jüngstes Kind		80	28,1			
	Einzelkind		61	21,4			
	fehlend		9	3,2			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert

Tabelle 31: Soziodemografische Charakterisierung der Eltern in der KINDL-Stichprobe in der Gesamtgruppe (n=285)

Variable			N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Geschlecht	Mutter		165	57,9	7,451	1	**0,006**
	Vater		119	41,8			
	fehlend		1	0,4			
Alter (Jahre)	MW: 41,43	SD: 7,12					
	Min.: 22	Max.: 56					
Höchster Schulabschluss	Hauptschule		90	31,6	190,958	5	**<0,001**
	Mittlere Reife		105	36,8			
	Abitur		51	17,9			
	Hochschulabschluss		23	8,1			
	keinen		6	2,1			
	sonstigen		8	2,8			
	fehlend		2	0,7			
berufstätig	Ja		162	56,8	5,634	1	**0,018**
	Nein		122	42,8			
	fehlend		1	0,4			
Beziehungsstand	verheiratet		145	50,9	205,642	4	**<0,001**
	geschieden		32	11,2			
	verwitwet		3	1,1			
	getrennt lebend		56	19,6			
	mit neuem Partner		43	15,1			
	fehlend		6	2,1			
Diagnosegruppe	Abhängigkeitserkrankung		57	20,0	687,071	9	**<0,001**
	Schizophrenieformes Spektrum		13	4,6			
	Bipolare Störung		21	7,4			
	Depressive Störung/Dysthymie		151	53,0			
	Angststörungen		3	1,1			
	Zwangsstörungen		0	0,0			
	Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung		7	2,5			
	Anpassungsstörung		4	1,4			
	Konversionsstörungen		0	0,0			
	Somatoforme Störungen		2	0,7			
	Borderline-Persönlichkeitsstörung		18	6,3			
	Persönlichkeitsstörung (ohne Borderline-)		4	1,4			
	fehlend		5	1,8			
Anderer Elternteil ist psychisch erkrankt/ suchterkrankt	Ja		68	23,9	65,015	1	**<0,001**
	Nein		200	70,2			
	fehlend		17	6,0			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert

Tabelle 32: Betreuungsarten und Beschäftigung für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285)

Variable		N	%
Tagesmutter	Ja	3	1,1
	Nein	281	98,6
	fehlend	1	0,4
Kindergarten/Hort	Ja	47	16,5
	Nein	237	83,2
	fehlend	1	0,4
Grundschule	Ja	64	22,5
	Nein	220	77,2
	fehlend	1	0,4
Weiterführende Schule	Ja	144	50,5
	Nein	140	49,1
	fehlend	1	0,4
Hausaufgaben-betreuung	Ja	21	7,4
	Nein	263	92,3
	fehlend	1	0,4
Nachmittags-betreuung	Ja	41	14,4
	Nein	243	85,3
	fehlend	1	0,4
Kind arbeitslos	Ja	3	1,1
	Nein	272	95,4
	fehlend	10	3,5
Kind Auszubildender	Ja	15	5,3
	Nein	260	91,2
	fehlend	10	3,5
Sonstiges	Ja	26	9,1
	Nein	249	87,4
	fehlend	10	3,5

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten

Tabelle 33: Bezugspersonen innerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285)

Variable		N	%
Mutter	Ja	219	76,8
	Nein	64	22,5
	fehlend	2	0,7
Vater	Ja	104	36,5
	Nein	179	62,8
	fehlend	2	0,7
Großmutter	Ja	92	32,3
	Nein	191	67,0
	fehlend	2	0,7
Großvater	Ja	56	19,6
	Nein	227	79,6
	fehlend	2	0,7
Geschwister	Ja	41	14,4
	Nein	242	84,9
	fehlend	2	0,7
Partner der Mutter/ des Vaters	Ja	5	1,8
	Nein	278	97,5
	fehlend	2	0,7
Andere Verwandte	Ja	167	58,6
	Nein	115	40,4
	fehlend	3	1,1
Anzahl Bezugs-personen innerhalb der Familie	0	0	0,0
	1	1	0,4
	2	1	0,4
	3	14	4,9
	4	37	13,0
	5	83	29,1
	6	94	33,0
	7	45	15,8
	8	8	2,8
	fehlend	2	0,7
		MW: 5,48	SD: 1,19
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung	nie	102	35,8
	manchmal/(oft)	137	48,1
	(sehr) häufig	38	13,3
	fehlend	8	2,8

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Tabelle 34: Bezugspersonen außerhalb der Familie für soziodemografische Variablen in der Gesamtgruppe (n=285)

Variable		N	%
Lehrer	Ja	31	10,9
	Nein	251	88,1
	fehlend	3	1,1
Erzieher	Ja	14	4,9
	Nein	268	94,0
	fehlend	3	1,1
Freizeitleiter	Ja	9	3,2
	Nein	273	95,8
	fehlend	3	1,1
Nachbarn	Ja	10	3,5
	Nein	272	95,4
	fehlend	3	1,1
Gleichaltrige Kinder	Ja	89	31,2
	Nein	192	67,4
	fehlend	4	1,4
Ältere Kinder	Ja	18	6,3
	Nein	264	92,6
	fehlend	3	1,1
Andere	Ja	58	20,4
	Nein	224	78,6
	fehlend	3	1,1
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie	0	1	0,4
	1	1	0,4
	2	0	0
	3	3	1,1
	4	7	2,5
	5	29	10,2
	6	126	44,2
	7	115	40,4
	8	0	0
	fehlend	3	1,1
		MW: 6,18	SD: 0,94

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Tabelle 35: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Geschlecht (n=285)

	Mädchen (N=197)		Jungen (N=167)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Altersgruppe nach KINDL							
4-6 Jahre	22	13,4	23	19,0	4,329	2	0,115
7-13 Jahre	60	36,6	52	43,0			
14-18 Jahre	82	50,0	46	38,0			
fehlend	0	0,0	0	0,0			
Alter des Kindes (Jahre)	MW: 12,57	SD: 4,19	MW: 11,44	SD: 4,50	MWU: 8459,5	r: n.a.	p-Wert: **0,033**
	Min.: 4	Max.: 18	Min.: 4	Max.: 18			
Haushaltseinkommen							
Bis 1000 €	34	20,7	25	20,7	3,345	5	0,647
>1000€-1200€	15	9,1	8	6,6			
>1200€-1500€	23	14,0	16	13,2			
>1500€-1700€	9	5,5	12	9,9			
>1700€-2000€	19	11,6	10	8,3			
>2000€	59	36,0	47	38,8			
fehlend	5	3,0	3	2,5			
Anzahl Geschwister							
0	33	20,1	28	23,1	10,743	6	**0,097**
1	79	48,2	49	40,5			
2	35	21,3	19	15,7			
3	8	4,9	14	11,6			
4	4	2,4	2	1,7			
5	0	0,0	3	2,5			
6	1	0,6	1	0,8			
fehlend	4	2,4	5	4,1			
	MW: 1,22	SD: 0,98	MW: 1,36	SD: 1,25	MWU: 9020,5	r: n.a.	p-Wert: 0,673
	Min.: 0	Max.: 6	Min.: 0	Max.: 6			
Geschwisterreihenfolge							
Ältestes Kind	74	45,1	32	26,4	11,153	3	**0,011**
Mittleres Kind	14	8,5	15	12,4			
Jüngstes Kind	38	23,2	42	34,7			
Einzelkind	33	20,1	28	23,1			
fehlend	5	3,0	4	3,3			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 36: Betreuungsarten und Beschäftigung innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285)

	Mädchen (N=164)		Jungen (N=121)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Tagesmutter							
Ja	2	1,2	1	0,8	0,107	1	0,744
Nein	161	98,2	120	99,2			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Kindergarten/Hort							
Ja	19	11,6	28	23,1	6,632	1	**0,010**
Nein	144	87,8	93	76,9			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Grundschule							
Ja	36	22,0	28	23,1	0,044	1	0,833
Nein	127	77,4	93	76,9			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Weiterführende Schule							
Ja	85	51,8	59	48,8	0,319	1	0,572
Nein	78	47,6	62	51,2			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Hausaufgabenbetreuung							
Ja	10	6,1	11	9,1	0,886	1	0,347
Nein	153	93,3	110	90,9			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Nachmittagsbetreuung							
Ja	20	12,2	21	17,4	1,454	1	0,228
Nein	143	87,2	100	82,6			
fehlend	1	0,6	0	0,0			
Kind arbeitslos							
Ja	1	0,6	2	1,7	0,699	1	0,403
Nein	156	95,1	116	95,9			
fehlend	7	4,3	3	2,5			
Kind Auszubildender							
Ja	10	6,1	5	4,1	0,594	1	0,441
Nein	147	89,6	113	93,4			
fehlend	7	4,3	3	2,5			
Sonstiges							
Ja	17	10,4	9	7,4	0,806	1	0,369
Nein	140	85,4	109	90,1			
fehlend	7	4,3	3	2,5			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade

Tabelle 37: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285)

	Mädchen (N=164)		Jungen (N=121)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Mutter							
Ja	132	80,5	87	71,9	2,841	1	0,092
Nein	31	18,9	33	27,3			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Vater							
Ja	50	30,5	54	44,6	6,102	1	**0,014**
Nein	113	68,9	66	54,5			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Großmutter							
Ja	57	34,8	35	28,9	1,061	1	0,303
Nein	106	64,6	85	70,2			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Großvater							
Ja	32	19,5	24	19,8	0,006	1	0,939
Nein	131	79,9	96	79,3			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Geschwister							
Ja	24	14,6	17	14,0	0,017	1	0,895
Nein	139	84,8	103	85,1			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Partner Mutter/Vater							
Ja	1	0,6	4	3,3	2,946	1	0,086
Nein	162	98,8	116	95,9			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
Andere Verwandte							
Ja	96	58,5	71	58,7	0,000	1	0,988
Nein	66	40,2	49	40,5			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Anzahl Bezugspersonen							
0	0	0,0	0	0,0	8,284	7	0,308
1	1	0,6	0	0,0			
2	1	0,6	0	0,0			
3	5	3,0	9	7,4			
4	23	14,0	14	11,6			
5	50	30,5	33	27,3			
6	55	33,5	39	32,2			
7	26	15,9	19	15,7			
8	2	1,2	6	5,0			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
	MW: 5,45	SD: 1,14	MW: 5,53	SD: 1,25	MWU: 9469,0	r: n.a.	p-Wert: 0,636
	Min: 1	Max: 8	Min: 3	Max: 8			
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung							
nie	60	36,6	42	34,7	1,815	2	0,404
manchmal/(oft)	81	49,4	56	46,3			
(sehr) häufig	18	11,0	20	16,5			
fehlend	5	3,0	3	2,5			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 38: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht (n=285)

	Mädchen (N=164)		Jungen (N=121)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Lehrer							
Ja	21	12,8	10	8,3	1,510	1	0,219
Nein	141	86,0	110	90,9			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Erzieher							
Ja	6	3,7	8	6,6	1,283	1	0,257
Nein	156	95,1	112	92,6			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Freizeitleiter							
Ja	7	4,3	2	1,7	1,572	1	0,210
Nein	155	94,5	118	97,5			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Nachbarn							
Ja	6	3,7	4	3,3	0,028	1	0,868
Nein	156	95,1	116	95,9			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Gleichaltrige Kinder							
Ja	61	37,2	28	23,1	6,325	1	**0,012**
Nein	101	61,6	91	75,2			
fehlend	2	1,2	2	1,7			
Ältere Kinder							
Ja	14	8,5	4	3,3	3,251	1	0,071
Nein	148	90,2	116	95,9			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Andere							
Ja	40	24,4	18	14,9	3,963	1	**0,047**
Nein	122	74,4	102	84,3			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie							
0	1	0,6	0	0,0	10,025	6	0,124
1	1	0,6	0	0,0			
2	0	0,0	0	0,0			
3	2	1,2	1	0,8			
4	6	3,7	1	0,8			
5	19	11,6	10	8,3			
6	78	47,6	48	39,7			
7	55	33,5	60	49,6			
8	0	0,0	0	0,0			
fehlend	2	1,2	1	0,8			
	MW: 6,04	SD: 1,05	MW: 6,38	SD: 0,75	MWU: 7901,0	r: n.a.	p-Wert: **0,003**

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 39: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Alter des Kindes (Jahre)	MW: 4,89	SD: 0,83	MW: 10,47	SD: 2,06	MW: 16,03	SD: 1,44
	Min: 4	Max: 6	Min: 7	Max: 13	Min: 14	Max: 18
MWU	0,000		5040,0		0,000	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**	
Geschlecht des Kindes						
Mädchen	22	48,9	60	53,6	82	64,1
Junge	23	51,1	52	46,4	46	35,9
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Haushaltseinkommen						
Bis 1000 €	11	24,4	22	19,6	26	20,3
>1000€-1200€	3	6,7	9	8,0	11	8,6
>1200€-1500€	7	15,6	19	17,0	13	10,2
>1500€-1700€	1	2,2	8	7,1	12	9,4
>1700€-2000€	5	11,1	11	9,8	13	10,2
>2000€	17	37,8	42	37,5	47	36,7
fehlend	1	2,2	1	0,9	6	4,7
Chi-Quadrat	2,586		1,511		3,422	
df	5		5		5	
p-Wert	0,780[b]		0,912		0,635	
Anzahl Geschwister						
0	12	26,7	29	25,9	20	15,6
1	20	44,4	53	47,3	55	43,0
2	9	20,0	13	11,6	32	25,0
3	1	2,2	10	8,9	11	8,6
4	1	2,2	0	0,0	5	3,9
5	1	2,2	1	0,9	1	0,8
6	0	0,0	1	0,9	1	0,8
fehlend	1	2,2	5	4,5	3	2,3
Chi-Quadrat	3,855		11,621		12,272	
df	6		6		6	
p-Wert	0,579[b]		0,071		0,056	
	MW: 1,14	SD: 1,07	MW: 1,12	SD: 1,07	MW: 1,46	SD: 1,12
	Min: 0	Max: 5	Min: 0	Max: 6	Min: 0	Max: 6
MWU	4636,5		7680,5		7609,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,307[c]		**0,025**		**0,003**	
Geschwisterreihenfolge						
Ältestes Kind	24	53,3	33	29,5	49	38,3
Mittleres Kind	3	6,7	7	6,3	19	14,8
Jüngstes Kind	5	11,1	39	34,8	36	28,1
Einzelkind	12	26,7	29	25,9	20	15,6
fehlend	1	2,2	4	3,6	4	3,1
Chi-Quadrat	10,469		10,503		8,675	
df	3		3		3	
p-Wert	**0,010[b]**		**0,015**		**0,034**	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakter Test (zweiseitig)

Tabelle 40: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Tagesmutter						
Ja	2	4,4	0	0,0	1	0,8
Nein	43	95,6	112	100,0	126	98,4
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	5,873		1,974		0,159	
df	1		1		1	
p-Wert	0,066[a]		0,160		0,690	
Kindergarten/Hort						
Ja	8	17,8	27	24,1	12	9,4
Nein	37	82,2	85	75,9	115	89,8
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	0,058		7,649		8,387	
df	1		1		1	
p-Wert	0,828[a]		**0,006**		**0,004**	
Grundschule						
Ja	21	46,7	31	27,7	12	9,4
Nein	24	53,3	81	72,3	115	89,8
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	17,838		2,802		22,537	
df	1		1		1	
p-Wert	**<0,001[a]**		0,094		<0,001	
Weiterführende Schule						
Ja	13	28,9	49	43,8	82	64,1
Nein	32	71,1	63	56,3	45	35,2
fehlend	0	0,0	0	0,.0	1	0,8
Chi-Quadrat	10,181		3,578		17,663	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,002[a]**		0,059		**<0,001**	
Hausaufgabenbetreuung						
Ja	6	13,3	9	8,0	6	4,7
Nein	39	86,7	103	92,0	121	94,5
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	2,754		0,111		2,392	
df	1		1		1	
p-Wert	0,117[a]		0,739		0,122	
Nachmittagsbetreuung						
Ja	11	24,4	21	18,8	9	7,0
Nein	34	75,6	91	81,3	118	92,2
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	4,336		2,785		10,047	
df	1		1		1	
p-Wert	0,061[a]		0,095		**0,002**	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 40: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Kind arbeitslos						
Ja	0	0,0	2	1,8	1	0,8
Nein	42	93,3	105	93,8	125	97,7
fehlend	3	6,7	5	4,5	2	1,6
Chi-Quadrat	0,547		0,983		0,190	
df	1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,321		0,663	
Kind Auszubildender						
Ja	0	0,0	0	0,0	15	11,7
Nein	42	93,3	107	95,5	111	86,7
fehlend	3	6,7	5	4,5	2	1,6
Chi-Quadrat	2,860		10,105		18,761	
df	1		1		1	
p-Wert	0,138[a]		**0,001**		**<0,001**	
Sonstiges						
Ja	2	4,4	12	10,7	12	9,4
Nein	40	88,9	95	84,8	114	89,1
fehlend	3	6,7	5	4,5	2	1,6
Chi-Quadrat	1,275		0,634		0,001	
df	1		1		1	
p-Wert	0,391[a]		0,426		0,971	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Tabelle 41: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Mutter						
Ja	36	80,0	84	75,0	99	77,3
Nein	8	17,8	28	25,0	28	21,9
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	0,585		0,603		0,042	
df	1		1		1	
p-Wert	0,558[a]		0,438		0,837	
Vater						
Ja	15	33,3	45	40,2	44	34,4
Nein	29	64,4	67	59,8	83	64,8
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	0,158		0,938		0,439	
df	1		1		1	
p-Wert	0,736[a]		0,333		0,508	
Großmutter						
Ja	25	55,6	35	31,3	32	25,0
Nein	19	42,2	77	68,8	95	74,2
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	14,033		0,134		5,614	
df	1		1		1	
p-Wert	**<0,001[a]**		0,714		**0,018**	
Großvater						
Ja	14	31,1	28	25,0	14	10,9
Nein	30	66,7	84	75,0	113	88,3
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	4,751		3,172		11,150	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,039[a]**		0,075		**0,001**	
Geschwister						
Ja	0	0,0	15	13,4	26	20,3
Nein	44	97,8	97	86,6	101	78,9
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	8,827		0,179		6,661	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,001[a]**		0,672		**0,010**	
Partner Mutter/Vater						
Ja	3	6,7	2	1,8	0	0,0
Nein	41	91,1	110	98,2	127	99,2
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	7,660		0,000		4,144	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,028[a]**		0,984		**0,042**	
Andere Verwandte						
Ja	25	55,6	67	59,8	75	58,6
Nein	19	42,2	44	39,3	52	40,6
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	0,125		0,099		0,003	
df	1		1		1	
p-Wert	0,741[a]		0,754		0,959	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df. Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 41: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Anzahl Bezugspersonen innerhalb der Familie						
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	1	0,8
2	0	0,0	1	0,9	0	0,0
3	1	2,2	10	8,9	3	2,3
4	11	24,4	13	11,6	13	10,2
5	15	33,3	32	28,6	36	28,1
6	10	22,2	33	29,5	51	39,8
7	5	11,1	19	17,0	21	16,4
8	2	4,4	4	3,6	2	1,6
fehlend	1	2,2	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	10,136		9,744		11,328	
df	7		7		7	
p-Wert	0,159[b]		0,204		0,125	
	MW: 5,30	SD: 1,17	MW: 5,42	SD: 1,30	MW: 5,60	SD: 1,09
	Min: 3	Max: 8	Min: 2	Max: 8	Min: 1	Max: 8
MWU	4488,5		9244,5		8805,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,110[c]		0,610		0,096	
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung						
nie	13	28,9	49	43,8	40	31,3
manchmal/(oft)	24	53,3	46	41,1	67	52,3
(sehr) häufig	6	13,3	15	13,4	17	13,3
fehlend	2	4,4	2	1,8	4	3,1
Chi-Quadrat	1,018		5,109		2,220	
df	2		2		2	
p-Wert	0,628[b]		0,078		0,330	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakter Test (zweiseitig)

Tabelle 42: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Lehrer						
Ja	5	11,1	17	15,2	9	7,0
Nein	39	86,7	94	83,9	118	92,2
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	0,007		3,495		3,603	
df	1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,062		0,058	
Erzieher						
Ja	3	6,7	9	8,0	2	1,6
Nein	41	91,1	102	91,1	125	97,7
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	0,380		3,834		5,627	
df	1		1		1	
p-Wert	0,465[a]		0,050		**0,018**	
Freizeitleiter						
Ja	0	0,0	6	5,4	3	2,3
Nein	44	97,8	105	93,8	124	96,9
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	1,719		2,904		0,514	
df	1		1		1	
p-Wert	0,363[a]		0,088		0,473	
Nachbarn						
Ja	1	2,2	7	6,3	2	1,6
Nein	43	95,6	104	92,9	125	97,7
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	0,247		4,077		2,625	
df	1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		**0,043**		0,105	
Gleichaltrige Kinder						
Ja	10	22,2	29	25,9	50	39,1
Nein	34	75,6	82	73,2	76	59,4
fehlend	1	2,2	1	0,9	2	1,6
Chi-Quadrat	1,929		2,608		6,772	
df	1		1		1	
p-Wert	0,217[a]		0,106		**0,009**	
Ältere Kinder						
Ja	0	0,0	8	7,1	10	7,8
Nein	44	97,8	103	92,0	117	91,4
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	3,555		0,208		0,860	
df	1		1		1	
p-Wert	0,086[a]		0,648		0,354	
Andere						
Ja	10	22,2	18	16,1	30	23,4
Nein	34	75,6	93	83,0	97	75,8
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	0,149		2,121		1,320	
df	1		1		1	
p-Wert	0,688[a]		0,145		0,251	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 42: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie						
0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
1	0	0,0	1	0,9	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	2,2	1	0,9	1	0,8
4	0	0,0	3	2,7	4	3,1
5	5	11,1	15	13,4	9	7,0
6	15	33,3	38	33,9	73	57,0
7	23	51,1	52	46,4	40	31,3
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
fehlend	1	2,2	1	0,9	1	0,8
Chi-Quadrat	5,436		11,143		17,871	
df	6		6		6	
p-Wert	0,408[b]		0,084		**0,007**	
	MW: 6,34	SD: 0,86	MW: 6,15	SD: 1,15	MW: 6,16	SD: 0,75
	Min: 3	Max: 7	Min: 0	Max: 7	Min: 3	Max: 7
MWU	4580,5		9087,0		8783,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,151[c]		0,511		0,090	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakter Test (zweiseitig)

Tabelle 43: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alter des Kindes (Jahre)	MW: 5,09	SD: 0,81	MW: 4,70	SD: 0,82	MW: 10,63	SD: 2,12	MW: 10,29	SD: 1,98	MW: 15,99	SD: 1,43	MW: 16,11	SD: 1,48
	Min: 4	Max: 6	Min: 4	Max: 6	Min: 7	Max: 13	Min: 7	Max: 13	Min: 14	Max: 18	Min: 14	Max: 18
MWU	320,0		186,0		4421,5		3738,5		1959,0		1813,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	**<0,001[c]**		**<0,001[c]**		**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**		**<0,001[c]**	
Haushalts-einkommen												
Bis 1000€	5	22,7	6	26,1	11	18,3	11	21,2	18	22,0	8	17,4
>1000€-1200€	1	4,5	2	8,7	8	13,3	1	1,9	6	7,3	5	10,9
>1200€-1500€	3	13,6	4	17,4	10	16,7	9	17,3	10	12,2	3	6,5
>1500€-1700€	0	0,0	1	4,3	3	5,0	5	9,6	6	7,3	6	13,0
>1700€-2000€	2	9,1	3	13,0	7	11,7	4	7,7	10	12,2	3	6,5
>2000€	10	45,5	7	30,4	21	35,0	21	40,4	28	34,1	19	41,3
fehlend	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	1,9	4	4,9	2	4,3
Chi-Quadrat	2,672		1,377		4,006		4,553		1,066		6,314	
df	5		5		5		5		5		5	
p-Wert	0,854[b]		0,904[b]		0,549		0,473		0,957		0,280[b]	
Anzahl Ge-schwister												
0	5	22,7	7	30,4	17	28,3	12	23,1	11	13,4	9	19,6
1	10	45,5	10	43,5	33	55,0	20	38,5	36	43,9	19	41,3
2	6	27,3	3	13,0	5	8,3	8	15,4	24	29,3	8	17,4
3	0	0,0	1	4,3	3	5,0	7	13,5	5	6,1	6	13,0
4	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,7	2	4,3
5	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	2,2
6	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	2,2
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	4	7,7	3	3,7	0	0,0
Chi-Quadrat	3,692		5,131		11,931		6,150		13,702		5,782	
df	6		6		6		6		6		6	
p-Wert	0,597[b]		0,524[b]		**0,064**		0,407		**0,033**		0,262[b]	
	MW: 1,18	SD: 0,96	MW: 1,09	SD: 1,19	MW: 0,98	SD: 1,01	MW: 1,29	SD: 1,13	MW: 1,41	SD: 0,94	MW: 1,57	SD: 1,38
	Min: 0	Max: 4	Min: 0	Max: 5	Min: 0	Max: 6	Min: 0	Max: 5	Min: 0	Max: 4	Min: 0	Max: 6
MWU	2724,5		2396,0		5020,0		5451,5		6590,0		4653,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,838[c]		0,243[c]		**0,007**		0,965		**0,034**		0,171[c]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Fortsetzung Tabelle 43: Soziodemografische Charakterisierung der Kinder in der KINDL-Stichprobe nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (N=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (N=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geschwister-reihenfolge												
Ältestes Kind	13	59,1	11	47,8	21	35,0	12	23,1	40	48,8	9	19,6
Mittleres Kind	2	9,1	1	4,3	2	3,3	5	9,6	10	12,2	9	19,6
Jüngstes Kind	2	9,1	3	13,0	19	31,7	20	38,5	17	20,7	19	41,3
Einzelkind	5	22,7	7	30,4	17	28,3	12	23,1	11	13,4	9	19,6
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	3	5,8	4	4,9	0	0,0
Chi-Quadrat	5,977		4,610		5,570		6,040		10,335		12,463	
df	3		3		3		3		3		3	
p-Wert	**0,091**[b]		0,207[b]		0,134		0,110		**0,016**		**0,005**[b]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Tabelle 44: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tagesmutter												
Ja	1	4,5	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Nein	21	95,5	22	95,7	60	100,0	52	100,0	80	97,6	46	100,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	2,778		2,594		0,812		0,680		0,034		0,586	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,216[a]		0,225[a]		0,367		0,410		0,853		1,000[a]	
Kindergarten/ Hort												
Ja	4	18,2	4	17,4	9	15,0	18	34,6	6	7,3	6	13,0
Nein	18	81,8	19	82,6	51	85,0	34	65,4	75	91,5	40	87,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,046		0,013		0,132		15,044		6,858		0,489	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,769[a]		1,000[a]		0,716		**<0,001**		**0,009**		0,665[a]	
Grundschule												
Ja	7	31,8	14	60,9	19	31,7	12	23,1	10	12,2	2	4,3
Nein	15	68,2	9	39,1	41	68,3	40	76,9	71	86,6	44	95,7
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	1,177		21,068		3,634		0,011		6,740		10,401	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,291[a]		**<0,001[a]**		0,057		0,918		**0,009**		**0,001[a]**	
Weiterführende Schule												
Ja	8	36,4	5	21,7	27	45,0	22	42,3	50	61,0	32	69,6
Nein	14	63,6	18	78,3	33	55,0	30	57,7	31	37,8	14	30,4
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	1,962		8,400		0,990		1,795		5,510		7,812	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,187[a]		**0,004[a]**		0,320		0,180		**0,019**		0,006[a]	
Hausaufgaben-betreuung												
Ja	1	4,5	5	21,7	6	10,0	3	5,8	3	3,7	3	6,5
Nein	21	95,5	18	78,3	54	90,0	49	94,2	78	95,1	43	93,5
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,283		7,521		0,754		0,246		2,254		0,061	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		**0,019[a]**		0,385		0,620		0,133		1,000[a]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 44: Betreuungsarten und Beschäftigung nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nachmittags-betreuung												
Ja	3	13,6	8	34,8	12	20,0	9	17,3	5	6,1	4	8,7
Nein	19	86,4	15	65,2	48	80,0	43	82,7	76	92,7	42	91,3
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,012		8,387		1,906		0,425		6,265		1,465	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		**0,009[a]**		0,167		0,515		**0,012**		0,358[a]	
Kind arbeitslos												
Ja	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,9	0	0,0	1	2,2
Nein	20	90,9	22	95,7	56	93,3	49	94,2	80	97,6	45	97,8
fehlend	2	9,1	1	4,3	3	5,0	2	3,8	2	2,4	0	0,0
Chi-Quadrat	0,238		0,264		0,293		0,468		1,244		0,600	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		1,000[a]		0,588		0,494		0,265		0,424[a]	
Kind Auszu-bildender												
Ja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	12,2	5	10,9
Nein	20	90,9	22	95,7	57	95,0	50	96,2	70	85,4	41	89,1
fehlend	2	9,1	1	4,3	3	5,0	2	3,8	2	2,4	0	0,0
Chi-Quadrat	1,244		1,380		4,148		3,526		10,859		3,141	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,611[a]		0,618[a]		**0,042**		0,060		**0,001**		0,144[a]	
Sonstiges												
Ja	2	9,1	0	0,0	7	11,7	5	9,6	8	9,8	4	8,7
Nein	18	81,8	22	95,7	50	83,3	45	86,5	72	87,8	42	91,3
fehlend	2	9,1	1	4,3	3	5,0	2	3,8	2	2,4	0	0,0
Chi-Quadrat	0,007		2,497		0,671		0,021		0,039		0,037	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,243[a]		0,413		0,884		0,843		1,000[a]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Tabelle 45: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mutter												
Ja	20	90,9	16	69,6	49	81,7	35	67,3	63	76,8	36	78,3
Nein	2	9,1	6	26,1	11	18,3	17	32,7	18	22,0	10	21,7
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	2,493		0,296		0,798		3,697		0,010		0,024	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,181[a]		0,598[a]		0,372		0,055		0,920		1,000[a]	
Vater												
Ja	6	27,3	9	39,1	21	35,0	24	46,2	23	28,0	21	45,7
Nein	16	72,7	13	56,5	39	65,0	28	53,8	58	70,7	25	54,3
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,922		0,178		0,100		2,424		3,407		1,873	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,369[a]		0,654[a]		0,752		0,119		0,065		0,184[a]	
Großmutter												
Ja	13	59,1	12	52,2	21	35,0	14	26,9	23	28,0	9	19,6
Nein	9	40,9	10	43,5	39	65,0	38	73,1	58	70,7	37	80,4
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	7,682		5,280		0,215		0,906		0,875		4,194	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	**0,008[a]**		**0,031[a]**		0,643		0,341		0,349		**0,041[a]**	
Großvater												
Ja	8	36,4	6	26,1	13	21,7	15	28,8	11	13,4	3	6,5
Nein	14	63,6	16	69,6	47	78,3	37	71,2	70	85,4	43	93,5
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	4,129		0,842		0,169		3,293		2,755		6,090	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,052[a]		0,402[a]		0,681		0,070		0,097		**0,014[a]**	
Geschwister												
Ja	0	0,0	0	0,0	7	11,7	8	15,4	17	20,7	9	19,6
Nein	22	100,0	22	95,7	53	88,3	44	84,6	64	78,0	37	80,4
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	4,041		4,041		0,489		0,041		3,870		1,143	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,053[a]		0,053[a]		0,484		0,839		**0,049**		0,358[a]	
Partner Mutter/Vater												
Ja	0	0,0	3	13,0	1	1,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0
Nein	22	100,0	19	82,6	59	98,3	51	98,1	81	98,8	46	100,0
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,429		19,364		0,004		0,009		2,041		0,988	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		**0,004[a]**		0,947		0,925		0,153		1,000[a]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 45: Bezugspersonen innerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andere Verwandte												
Ja	13	59,1	12	52,2	36	60,0	31	59,6	47	57,3	28	60,9
Nein	9	40,9	10	43,5	23	38,3	21	40,4	34	41,5	18	39,1
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,000		0,216		0,100		0,004		0,067		0,062	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,657[a]		0,752		0,949		0,795		0,871[a]	
Anzahl Bezugspersonen innerhalb der Familie												
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	0	0,0	1	4,3	3	5,0	7	13,5	2	2,4	1	2,2
4	6	27,3	5	21,7	6	10,0	7	13,5	11	13,4	2	4,3
5	8	36,4	7	30,4	23	38,3	9	17,3	19	23,2	17	37,0
6	5	22,7	5	21,7	18	30,0	15	28,8	32	39,0	19	41,3
7	3	13,6	2	8,7	8	13,3	11	21,2	15	18,3	6	13,0
8	0	0,0	2	8,7	1	1,7	3	5,8	1	1,2	1	2,2
fehlend	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	6,971		6,724		7,557		16,355		8,518		6,978	
df	7		7		7		7		7		7	
p-Wert	0,443[b]		0,326[b]		0,373		0,022		0,289		0,389[b]	
	MW: 5,23	SD: 1,02	MW: 5,36	SD: 1,33	MW: 5,37	SD: 1,15	MW: 5,48	SD: 1,46	MW: 5,57	SD: 1,17	MW: 5,65	SD: 0,92
	Min: 4	Max: 7	Min: 3	Max: 8	Min: 2	Max: 8	Min: 3	Max: 8	Min: 1	Max: 8	Min: 3	Max: 8
MWU	2393,5		2579,0		6202,0		5849,5		7526,5		5004,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,181[c]		0,414[c]		0,369		0,761		0,276		0,364[c]	
Häufigkeit Sprechen über Erkrankung												
nie	7	31,8	6	26,1	26	43,3	23	44,2	27	32,9	13	28,3
manchmal/ (oft)	13	59,1	11	47,8	24	40,0	22	42,3	44	53,7	23	50,0
(sehr) häufig	1	4,5	5	21,7	8	13,3	7	13,5	9	11,0	8	17,4
fehlend	1	4,5	1	4,3	2	3,3	0	0,0	2	2,4	2	4,3
Chi-Quadrat	2,116		2,007		2,245		1,619		1,487		1,596	
df	2		2		2		2		2		2	
p-Wert	0,420[b]		0,340[b]		0,325		0,445		0,476		0,444[b]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Tabelle 46: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Weitere Bezugspersonen												
Lehrer												
Ja	3	13,6	2	8,7	13	21,7	4	7,7	5	6,1	4	8,7
Nein	19	86,4	20	87,0	46	76,7	48	92,3	76	92,7	42	91,3
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,170		0,088		9,296		0,710		2,698		0,296	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,720[a]		1,000[a]		**0,002**		0,399		0,100		0,797[a]	
Erzieher												
Ja	2	9,1	1	4,3	3	5,0	6	11,5	1	1,2	1	2,2
Nein	20	90,9	21	91,3	56	93,3	46	88,5	80	97,6	45	97,8
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,861		0,009		0,002		5,840		3,351		0,907	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,299[a]		1,000[a]		0,962		**0,016**		0,067		0,480[a]	
Freizeitleiter												
Ja	0	0,0	0	0,0	4	6,7	2	3,8	3	3,7	0	0,0
Nein	22	100,0	22	95,7	55	91,7	50	96,2	78	95,1	46	100,0
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,787		0,787		3,109		0,088		0,097		1,812	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		1,000[a]		0,078		0,766		0,756		0,363[a]	
Nachbarn												
Ja	0	0,0	1	4,3	5	8,3	2	3,8	1	1,2	1	2,2
Nein	22	100,0	21	91,3	54	90,0	50	96,2	80	97,6	45	97,8
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,877		0,070		5,298		0,017		1,775		0,303	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	1,000[a]		0,562[a]		**0,021**		0,897		0,183		1,000[a]	
Gleichaltrige Kinder												
Ja	9	40,9	1	4,3	18	30,0	11	21,2	34	41,5	16	34,8
Nein	13	59,1	21	91,3	41	68,3	41	78,8	47	57,3	29	63,0
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	1	2,2
Chi-Quadrat	0,941		8,116		0,047		3,262		5,582		0,373	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,346[a]		**0,003[a]**		0,829		0,071		**0,018**		0,601[a]	
Ältere Kinder												
Ja	0	0,0	0	0,0	7	11,7	1	1,9	7	8,5	3	6,5
Nein	22	100,0	22	95,7	52	86,7	51	98,1	74	90,2	43	93,5
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	1,627		1,627		3,752		2,122		0,970		0,002	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,377[a]		0,377[a]		0,053		0,145		0,325		1,000[a]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tabelle 46: Bezugspersonen außerhalb der Familie nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andere												
Ja	4	18,2	6	26,1	11	18,3	7	13,5	25	30,5	5	10,9
Nein	18	81,8	16	69,6	48	80,0	45	86,5	56	68,3	41	89,1
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	0,083	0,657	0,169	1,971	7,375	3,164	0,083	0,657	0,169	1,971	7,375	3,164
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
p-Wert	1,000[a]	0,415[a]	0,681	0,160	**0,007**	0,109[a]	1,000[a]	0,415[a]	0,681	0,160	**0,007**	0,109[a]
Anzahl Bezugs-personen außer-halb Familie												
0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	1,9	1	1,2	0	0,0
4	0	0,0	0	0,0	3	5,0	0	0,0	3	3,7	1	2,2
5	3	13,6	2	8,7	8	13,3	7	13,5	8	9,8	1	2,2
6	8	36,4	7	30,4	23	38,3	15	28,8	47	57,3	26	56,5
7	10	45,5	13	56,5	23	38,3	29	55,8	22	26,8	18	39,1
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Chi-Quadrat	4,239		3,894		11,768		10,194		11,236		6,272	
df	6		6		6		6		6		6	
p-Wert	0,481[b]		0,613[b]		0,067		0,117		0,081		0,327[b]	
	MW: 6,18	SD: 1,01	MW: 6,50	SD: 0,67	MW: 5,97	SD: 1,34	MW: 6,37	SD: 0,86	MW: 6,06	SD: 0,80	MW: 6,33	SD: 0,63
	Min: 3	Max: 7	Min: 5	Max: 7	Min: 0	Max: 7	Max: 3	Max: 7	Max: 3	Max: 7	Min: 4	Max: 7
MWU	2802,0		2262,5		6054,5		5052,5		6787,5		5134,0	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,863[c]		0,078[c]		0,305		0,057		**0,017**		0,529[c]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Soziodemografische Eigenschaften der interviewten Eltern (n=285)

Tabelle 47: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht (n=285)

	Mädchen (N=164)		Jungen (N=121)				
Variable	N	%	N	%	Chi-Quadrat	df	p-Wert
Eltern							
Mutter	100	61,0	65	53,7	1,320	1	0,251
Vater	64	39,0	55	45,5			
fehlend	0	0,0	1	0,8			
Alter des Elternteils	MW: 41,38	SD: 7,15	MW: 41,50	SD: 7,11	MWU: 9460,0	r: n. a.	p-Wert: 0,812
	Min: 22	Max: 56	Min: 22	Max: 54			
Höchster Schulabschluss							
Hauptschule	45	27,4	45	37,2	6,818	5	0,235
Mittlere Reife	68	41,5	37	30,6			
Abitur	26	15,9	25	20,7			
Hochschulabschluss	16	9,8	7	5,8			
keinen	3	1,8	3	2,5			
sonstigen	5	3,0	3	2,5			
fehlend	1	0,6	1	0,8			
berufstätig							
Ja	90	54,9	72	59,5	0,742	1	0,389
Nein	74	45,1	48	39,7			
fehlend	0	0,0	1	0,8			
Beziehungsstand							
verheiratet	81	49,4	64	52,9	2,254	4	0,689
geschieden	16	9,8	16	13,2			
verwitwet	2	1,2	1	0,8			
getrennt lebend	34	20,7	22	18,2			
mit neuem Partner	28	17,1	15	12,4			
fehlend	3	1,8	3	2,5			
ICD-Diagnosegruppe							
Abhängigkeitserkrankung	28	17,1	29	24,0	16,999	9	**0 ,049**
Schizophrenieformes Spektrum	3	1,8	10	8,3			
Bipolare Störung	14	8,5	7	5,8			
Depressive Störung/Dysthymie	95	57,9	56	46,3			
Angststörungen	2	1,2	1	0,8			
Zwangsstörungen	0	0,0	0	0,0			
Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	6	3,7	1	0,8			
Anpassungsstörung	1	0,6	3	2,5			
Konversionsstörungen	0	0,0	0	0,0			
Somatoforme Störungen	1	0,6	1	0,8			
Borderline-Persönlichkeitsstörung	12	7,3	6	5,0			
Persönlichkeitsstörung (ohne Borderline-)	1	0,6	3	2,5			
fehlend	1	0,6	4	3,3			
Anderer Elternteil psychisch erkrankt/suchterkrankt							
Ja	40	24,4	28	23,1	0,069	1	0,793
Nein	114	69,5	86	71,1			
fehlend	10	6,1	7	5,8			

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar

Tabelle 48: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
Eltern						
Mutter	24	53,3	62	55,4	79	61,7
Vater	21	46,7	50	44,6	48	37,5
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	0,499		0,571		1,591	
df	1		1		1	
p-Wert	0,513[a]		0,450		0,207	
Alter des Elternteils	MW: 39,62	SD: 7,68	MW: 40,29	SD: 7,08	MW: 43,11	SD: 6,61
	Min: 24	Max: 55	Min: 22	Max: 54	Min: 22	Max: 56
MWU	4381,5		7837,0		7223,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,068[c]		**0,020**		**<0,001**	
Höchster Schulabschluss						
Hauptschule	15	33,3	31	27,7	44	34,4
Mittlere Reife	12	26,7	38	33,9	55	43,0
Abitur	8	17,8	23	20,5	20	15,6
Hochschulabschluss	7	15,6	10	8,9	6	4,7
keinen	2	4,4	3	2,7	1	0,8
sonstigen	1	2,2	5	4,5	2	1,6
fehlend	0	0,0	2	1,8	0	0,0
Chi-Quadrat	6,677		4,290		10,099	
df	5		5		5	
p-Wert	0,199[b]		0,508		0,072	
berufstätig						
Ja	18	40,0	70	62,5	74	57,8
Nein	27	60,0	42	37,5	53	41,4
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chi-Quadrat	6,338		2,248		0,141	
df	1		1		1	
p-Wert	**0,014[a]**		0,134		0,707	
Beziehungsstand						
verheiratet	23	51,1	51	45,5	71	55,5
geschieden	4	8,9	17	15,2	11	8,6
verwitwet	0	0,0	1	0,9	2	1,6
getrennt lebend	7	15,6	25	22,3	24	18,8
mit neuem Partner	9	20,0	16	14,3	18	14,1
fehlend	2	4,4	2	1,8	2	1,6
Chi-Quadrat	2,146		4,386		3,220	
df	4		4		4	
p-Wert	0,795[b]		0,356		0,522	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakter Test (zweiseitig)

Fortsetzung Tabelle 48: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre (n=45)		7-13 Jahre (n=112)		14-18 Jahre (n=128)	
Variable	N	%	N	%	N	%
ICD-Diagnosegruppe						
Abhängigkeitserkrankung	11	24,4	20	17,9	26	20,3
Schizophrenieformes Spektrum	4	8,9	5	4,5	4	3,1
Bipolare Störung	1	2,2	7	6,3	13	10,2
Depressive Störung/Dysthymie	18	40,0	60	53,6	73	57,0
Angststörungen	0	0,0	1	0,9	2	1,6
Zwangsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Akute Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	2	4,4	2	1,8	3	2,3
Anpassungsstörung	1	2,2	3	2,7	0	0,0
Konversionsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Somatoforme Störungen	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Borderline-Persönlichkeitsstörung	6	13,3	9	8,0	3	2,3
Persönlichkeitsstörung (ohne Borderline-)	1	2,2	1	0,9	2	1,6
fehlend	1	2,2	4	3,6	0	0,0
Chi-Quadrat	12,866		5,751		16,256	
df	9		9		9	
p-Wert	0,096[b]		0,765		0,062	
Anderer Elternteil (psychisch erkrankt/suchterkrankt)						
Ja	8	17,8	29	25,9	31	24,2
Nein	32	71,1	73	65,2	95	74,2
fehlend	5	11,1	10	8,9	2	1,6
Chi-Quadrat	0,717		0,813		0,074	
df	1		1		1	
p-Wert	0,439[a]		0,367		0,785	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton

Tabelle 49: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=22)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geschlecht (Eltern)												
Mutter	12	54,5	12	52,2	37	61,7	25	48,1	51	62,2	28	60,9
Vater	10	45,5	11	47,8	23	38,3	27	51,9	31	37,8	17	37,0
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
Chi-Quadrat	0,124		0,361		0,398		2,626		0,795		0,374	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,823[a]		0,660[a]		0,528		0,105		0,373		0,622[a]	
Alter des Elternteils	MW: 40,73	SD.: 7,41	MW: 38,57	SD: 7,94	MW: 40,19	SD: 7,20	MW: 40,40	SD: 7,00	MW: 42,47	SD: 6,95	MW: 44,20	SD: 5,92
	Min: 26	Max.: 55	Min: 24	Max.: 54	Min: 27	Max.: 54	Min: 22	Max.: 53	Min: 22	Max.: 56	Min: 24	Max.: 53
MWU	2658,5		2229,0		5646,5		5258,5		6985,0		3826,5	
r	n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.		n.a.	
p-Wert	0,625[c]		0,050[c]		0,114		0,203		0,141		**0,002[c]**	
Höchster Schulab-schluss												
Haupt-schule	4	18,2	11	47,8	14	23,3	17	32,7	27	32,9	17	37,0
Mittlere Reife	8	36,4	4	17,4	23	38,3	15	28,8	37	45,1	18	39,1
Abitur	4	18,2	4	17,4	10	16,7	13	25,0	12	14,6	8	17,4
Hochschul-abschluss	5	22,7	2	8,7	7	11,7	3	5,8	4	4,9	2	4,3
keinen	0	0,0	2	8,7	2	3,3	1	1,9	1	1,2	0	0,0
sonstigen	1	4,5	0	0,0	3	5,0	2	3,8	1	1,2	1	2,2
fehlend	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	8,407		10,471		4,838		3,620		5,779		2,745	
df	5		5		5		5		5		5	
p-Wert	0,149[b]		0,071[b]		0,436		0,605		0,328		0,880[b]	
berufstätig												
Ja	9	40,9	9	39,1	37	61,7	33	63,5	44	53,7	30	65,2
Nein	13	59,1	14	60,9	23	38,3	19	36,5	38	46,3	15	32,6
fehlend	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
Chi-Quadrat	2,533		3,277		0,664		1,070		0,539		2,021	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,122[a]		0,081[a]		0,415		0,301		0,463		0,190[a]	
Beziehungs-stand												
verheiratet	12	54,5	11	47,8	24	40,0	27	51,9	45	54,9	26	56,5
geschieden	2	9,1	2	8,7	7	11,7	10	19,2	7	8,5	4	8,7
verwitwet	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,2	1	2,2
getrennt lebend	3	13,6	4	17,4	17	28,3	8	15,4	14	17,1	10	21,7
mit neuem Partner	4	18,2	5	21,7	10	16,7	6	11,5	14	17,1	4	8,7
fehlend	1	4,5	1	4,3	1	1,7	1	1,9	1	1,2	1	2,2
Chi-Quadrat	1,010		1,264		5,077		5,423		1,806		2,921	
df	4		4		4		4		4		4	
p-Wert	0,917[b]		0,849[b]		0,279		0,247		0,771		0,478[b]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: minimaler angegebener Wert; Max.: maximaler angegebener Wert; MWU: Mann-Whitney-U; df: Freiheitsgrade; r: Effektstärke; n.a.: nicht anwendbar; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Fortsetzung Tabelle 49: Soziodemografische Charakterisierung der interviewten Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen (n=285)

	4-6 Jahre				7-13 Jahre				14-18 Jahre			
	Mädchen (n=23)		Jungen (n=23)		Mädchen (n=60)		Jungen (n=52)		Mädchen (n=82)		Jungen (n=46)	
Variable	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ICD-Diagnosegruppe												
Abhängigkeitserkrankung	4	18,2	7	30,4	11	18,3	9	17,3	13	15,9	13	28,3
Schizophrenieformes Spektrum	0	0,0	4	17,4	1	1,7	4	7,7	2	2,4	2	4,3
Bipolare Störung	1	4,5	0	0,0	4	6,7	3	5,8	9	11,0	4	8,7
Depressive Störung/Dysthymie	13	59,1	5	21,7	33	55,0	27	51,9	49	59,8	24	52,2
Angststörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	2,4	0	0,0
Zwangsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Akute Belastungsreaktion/Posttraumatische Belastungsstörung	1	4,5	1	4,3	2	3,3	0	0,0	3	3,7	0	0,0
Anpassungsstörungen	0	0,0	1	4,3	1	1,7	2	3,8	0	0,0	0	0,0
Konversionsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Somatoforme Störungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	2,2
Borderline-Persönlichkeitsstörung	3	13,6	3	13,0	7	11,7	2	3,8	2	2,4	1	2,2
Persönlichkeitsstörung (nicht Borderline-)	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,9	1	1,2	1	2,2
fehlend	0	0,0	1	4,3	1	1,7	3	5,8	0	0,0	0	0,0
Chi-Quadrat	4,998		23,071		7,727		7,888		12,591		7,994	
df	9		9		9		9		9		9	
p-Wert	0,824[b]		**0,003[b]**		0,562		0,546		0,182		0,552[b]	
Anderer Elternteil psychisch erkrankt/suchterkrankt												
Ja	2	9,1	6	26,1	17	28,3	12	23,1	21	25,6	10	21,7
Nein	17	77,3	15	65,2	38	63,3	35	67,3	59	72,0	36	78,3
fehlend	3	13,6	2	8,7	5	8,3	5	9,6	2	2,4	0	0,0
Chi-Quadrat	2,381		0,123		1,120		0,001		0,046		0,387	
df	1		1		1		1		1		1	
p-Wert	0,172[a]		0,794[a]		0,290		0,978		0,830		0,582[a]	

N: absolute Häufigkeiten; %: relative Häufigkeiten; df: Freiheitsgrade; a: Exakter Test nach Fisher; b: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton

Tabelle 50: KINDL in der Gesamtgruppe (n=285)

KINDL-Skala	Rohwert			
	MW	SD	Min.	Max.
Körperliches Wohlbefinden	78,85	19,17	12,5	100,00
Seelisches Wohlbefinden	78,75	17,33	25,0	100,00
Selbstwert	71,47	19,39	16,67	100,00
Familie	77,25	17,05	18,75	100,00
Freunde	76,21	18,29	6,25	100,00
Schule/Ausbildung	73,44	16,84	18,75	100,00

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min.: Minimaler aufgetretener Wert; Max.: Maximaler aufgetretener Wert

Tabelle 51: Subskalen der Lebensqualität (KINDL) der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Altersgruppen

	4-6 Jahre (n=45)					7-13 Jahre (n=112)					14-18 Jahre (n=128)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
KINDL-Skala															
Körperliches Wohlbefinden	83,33	16,86	4513,0	0,10	0,078[c]	78,63	18,85	9486,0	0,02	0,764	77,47	20,10	9363,0	0,06	0,318
Seelisches Wohlbefinden	81,67	16,34	4776,5	0,07	0,217[c]	78,29	16,05	9081,0	0,05	0,368	78,13	18,71	10031,5	0,00	0,981
Selbstwert	69,31	20,55	5148,0	0,03	0,618[c]	71,04	18,68	9289,5	0,04	0,555	72,61	19,66	9397,5	0,06	0,343
Familie	78,89	17,69	4944,5	0,05	0,367[c]	76,25	16,96	9077,5	0,05	0,365	77,56	16,97	9893,0	0,01	0,822
Freunde	71,06	20,88	4600,0	0,09	0,112[c]	74,09	18,17	8304,5	0,12	**0,040**	79,88	16,78	7864,5	0,19	**0,001**
Schule/Ausbildung	75,91	18,99	3944,5	0,09	0,149[c]	72,69	15,59	7738,5	0,05	0,395	73,22	17,13	8606,0	0,01	0,826

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Tabelle 52: Subskalen der Lebensqualität (KINDL) der Kinder psychisch kranker Eltern unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen

	4-6 Jahre (n=45) (weiblich=22, männlich=23)					7-13 Jahre (n=112) (weiblich=60, männlich=52)					14-18 Jahre (n=128) (weiblich=82, männlich=46)				
	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert	MW	SD	MWU	r	p-Wert
KINDL-Skala															
Körperliches Wohlbefinden															
weiblich	83,24	17,40	2475,0	0,07	0,258[c]	74,06	19,79	5454,5	0,14	**0,021**	77,29	20,07	7816,0	0,05	0,417
männlich	83,42	16,71	2544,0	0,07	0,214[c]	83,89	16,34	4964,5	0,12	**0,040**	77,81	20,37	5319,0	0,02	0,727[c]
Seelisches Wohlbefinden															
weiblich	83,81	13,73	2415,5	0,08	0,197[c]	74,90	16,42	5396,5	0,14	**0,016**	77,44	18,63	7998,5	0,03	0,604
männlich	79,62	18,58	2867,0	0,02	0,700[c]	82,21	14,82	5311,5	0,08	0,162	79,35	19,00	5189,0	0,02	0,546[c]
Selbstwert															
weiblich	71,31	19,16	2849,0	0,01	0,906[c]	66,46	19,32	5299,5	0,15	**0,010**	72,41	19,54	8040,0	0,03	0,651
männlich	67,39	22,05	2717,0	0,05	0,434[c]	76,32	16,57	5006,0	0,12	**0,048**	72,96	20,07	5129,5	0,04	0,471[c]
Familie															
weiblich	84,38	12,61	2146,0	0,12	**0,042[c]**	74,31	17,27	5828,0	0,10	0,102	76,32	19,01	8195,5	0,01	0,838
männlich	73,64	20,38	2721,5	0,05	0,441[c]	78,49	16,49	5746,5	0,03	0,559	79,76	12,44	5214,5	0,03	0,580[c]
Freunde															
weiblich	72,06	19,67	2591,0	0,05	0,415[c]	71,53	19,24	5327,5	0,15	**0,011**	80,26	17,08	6678,5	0,16	**0,008**
männlich	70,11	22,37	2515,0	0,08	0,186[c]	77,04	16,55	6019,0	<0,01	0,942	79,21	16,41	4958,0	0,06	0,289[c]
Schule/Ausbildung															
weiblich	76,79	15,20	2202,0	0,07	0,285[c]	71,25	15,82	5209,0	0,07	0,260	73,89	17,39	7132,5	0,02	0,705
männlich	75,00	22,67	2162,5	0,05	0,383[c]	74,44	15,30	4895,5	0,01	0,907	72,04	16,79	4599,5	0,05	0,453[c]

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MWU: Mann-Whitney-U; r: Effektstärke; c: Exakte Signifikanz (zweiseitig)

Tabelle 53: Test auf Normalverteilung für kontinuierliche Variablen

Variable	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p-Werte	Statistik	df	p-Werte
Demographische Variablen						
Alter des Kindes	0,115	364	0,000	0,933	364	0,000
Alter des psychisch kranken Elternteils	0,172	362	0,000	0,934	362	0,000
Anzahl familiärer Bezugspersonen	0,266	361	0,000	0,753	361	0,000
Anzahl Bezugspersonen außerhalb der Familie	0,056	359	0,008	0,990	359	0,014
CBCL Z-normierte Werte (gesunde Stichprobe)						
Sozialer Rückzug	0,116	364	0,000	0,916	364	0,000
Körperliche Beschwerden	0,169	364	0,000	0,847	364	0,000
Angst / Depressivität	0,130	364	0,000	0,905	364	0,000
Soziale Probleme	0,168	364	0,000	0,843	364	0,000
Schizoid / zwanghaft	0,286	364	0,000	0,635	364	0,000
Aufmerksamkeitsstörung	0,141	364	0,000	0,898	364	0,000
Dissoziales Verhalten	0,171	364	0,000	0,770	364	0,000
Aggressives Verhalten	0,086	364	0,000	0,915	364	0,000
Internalisierende Probleme	0,101	364	0,000	0,922	364	0,000
Externalisierende Probleme	0,095	364	0,000	0,885	364	0,000
Gesamtskala	0,099	364	0,000	0,913	364	0,000
CBCL Z-normierte Werte (Klinikstichprobe)						
Sozialer Rückzug	0,115	364	0,000	0,924	364	0,000
Körperliche Beschwerden	0,162	364	0,000	0,838	364	0,000
Angst / Depressivität	0,136	364	0,000	0,905	364	0,000
Soziale Probleme	0,143	364	0,000	0,879	364	0,000
Schizoid / zwanghaft	0,243	364	0,000	0,686	364	0,000
Aufmerksamkeitsstörung	0,113	364	0,000	0,943	364	0,000
Dissoziales Verhalten	0,170	364	0,000	0,778	364	0,000
Aggressives Verhalten	0,093	364	0,000	0,916	364	0,000
Internalisierende Probleme	0,102	364	0,000	0,926	364	0,000
Externalisierende Probleme	0,098	364	0,000	0,890	364	0,000
Gesamtskala	0,098	364	0,000	0,909	364	0,000
KINDL Lebensqualität						
Körperliches Wohlbefinden	0,172	285	0,000	0,894	285	0,000
Seelisches Wohlbefinden	0,140	285	0,000	0,919	285	0,000
Selbstwert	0,130	285	0,000	0,948	285	0,000
Familie	0,144	285	0,000	0,935	285	0,000
Freunde	0,165	285	0,000	0,912	285	0,000
Schule / Ausbildung	0,105	265	0,000	0,965	265	0,000

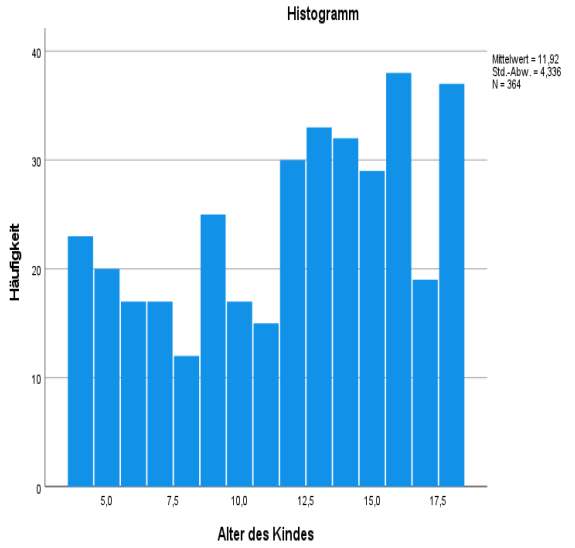
df: Freiheitsgrade; CBCL: Child Behavior Checklist (Achenbach et al. 1998), KINDL: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer und Bullinger 1998)

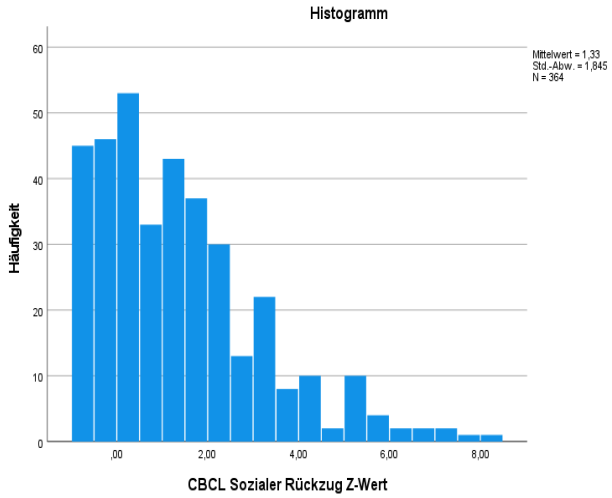
Die statistische Prüfung der kontinuierlichen Variablen auf ihre Abweichung von der Normalverteilung war für alle Variablen signifikant. Daneben zeigte die visuelle Prüfung der Verteilungen auch für die hier interessierenden Z-normierten Werte der CBCL-Skalen deutlich rechtsschiefe (linkssteile) Verteilungen. Aufgrund der weitgehend nicht normalverteilten Daten wurden non-parametrische statistische Verfahren eingesetzt, die die Annahme normalverteilter Daten nicht voraussetzen.

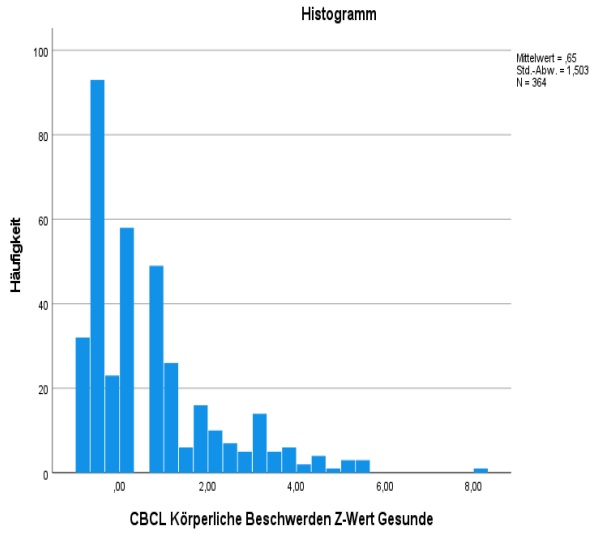
7.2 Abbildungen

Histogramme zur Normalverteilung

Abbildung 10: Histogramme CBCL Feldstichprobe







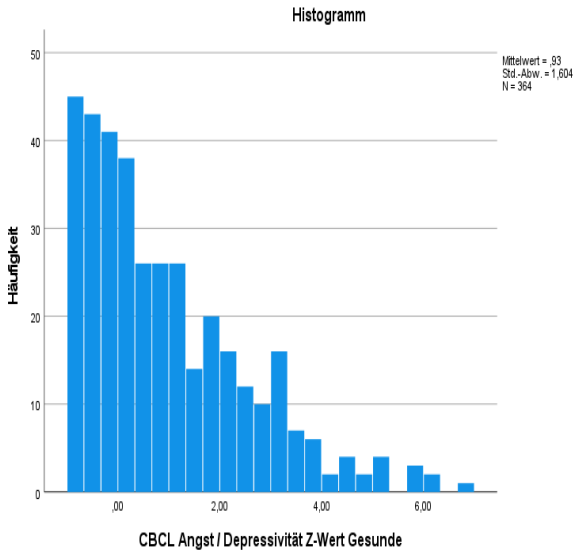
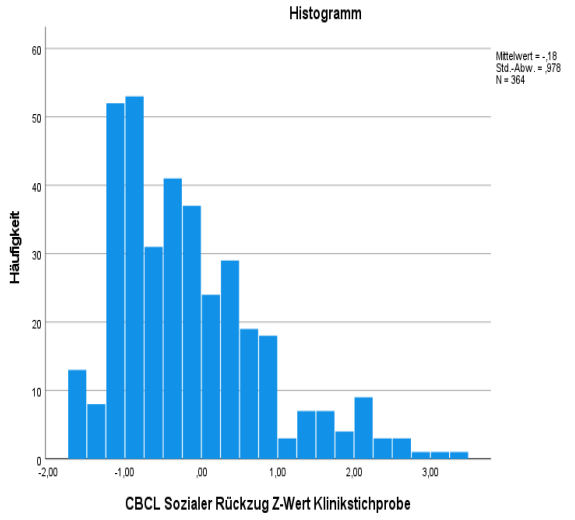
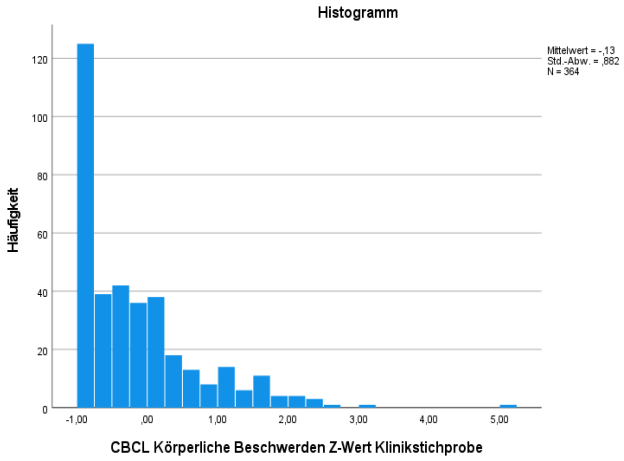
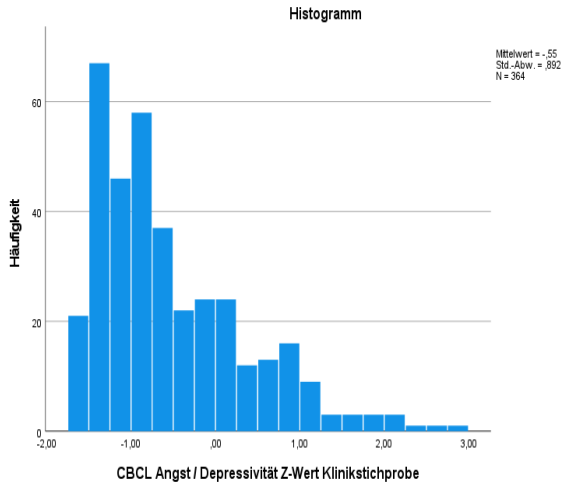
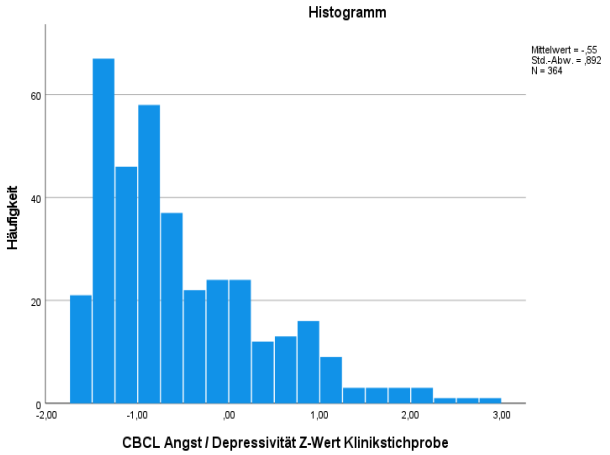


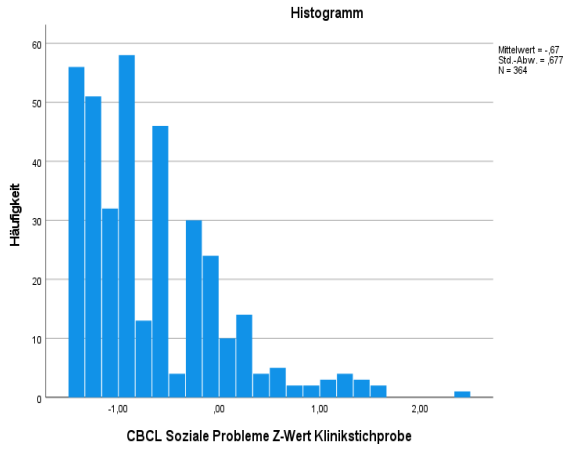
Abbildung 11: Histogramme CBCL Klinikstichprobe

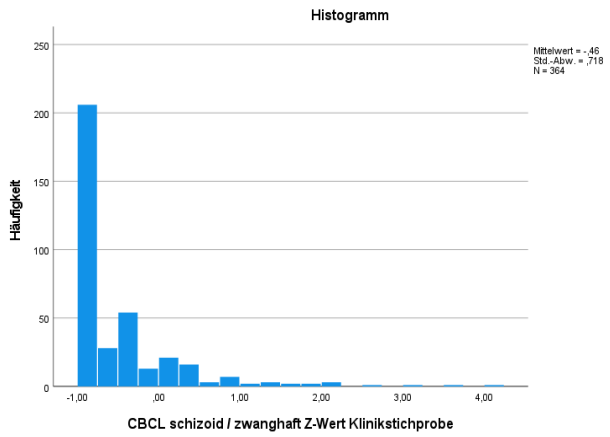




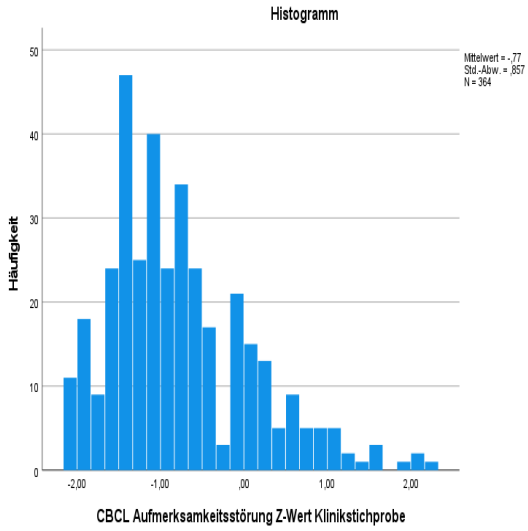


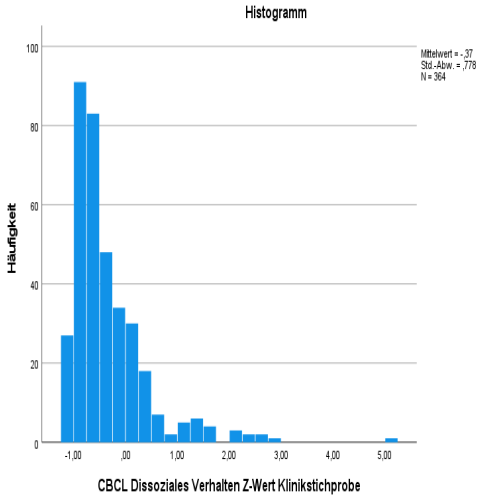


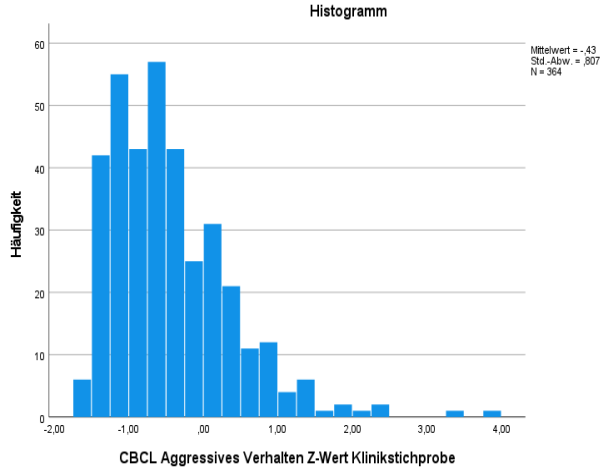


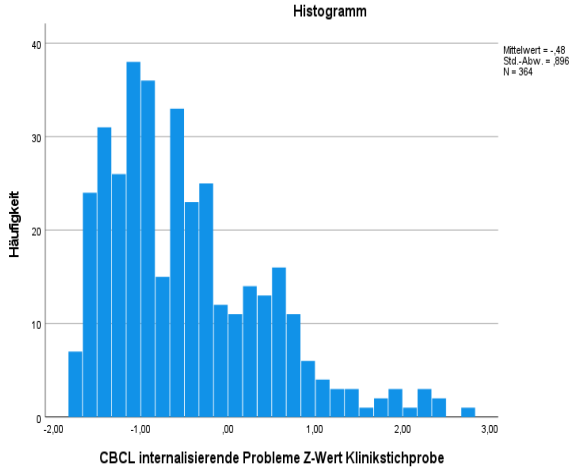


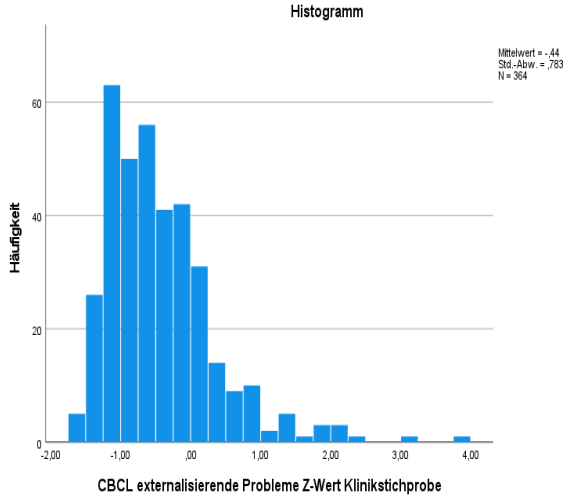
Fortsetzung Abbildung 11: Histogramme CBCL Klinikstichprobe

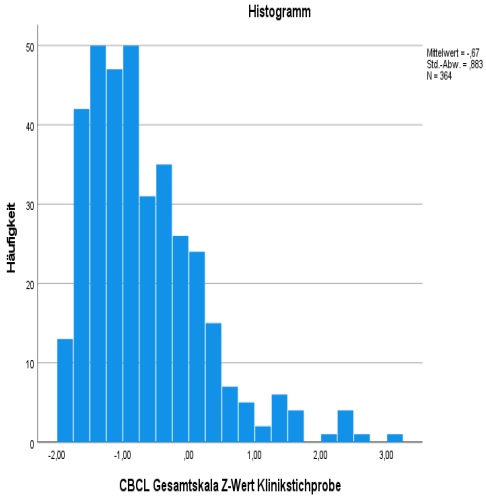






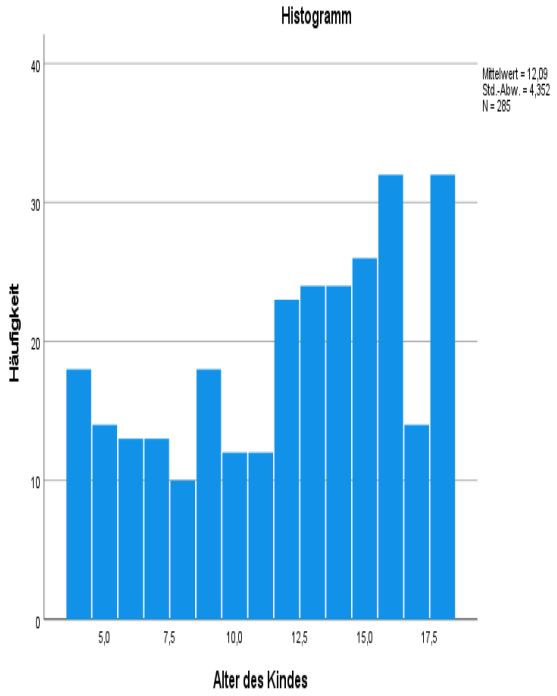


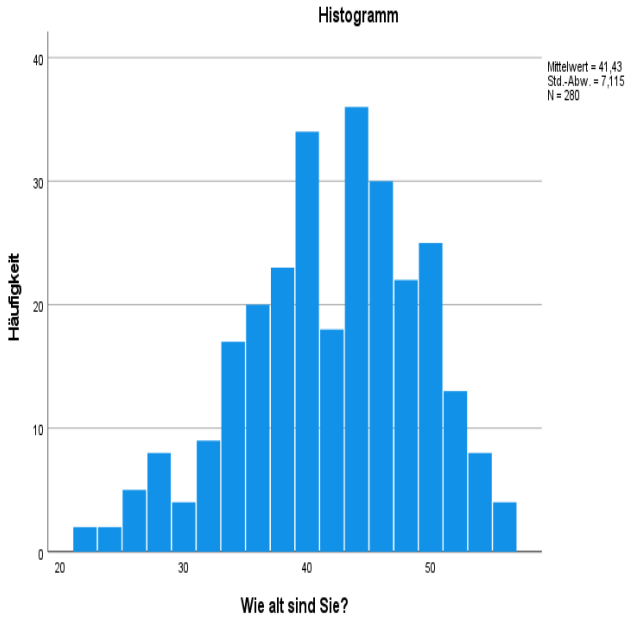


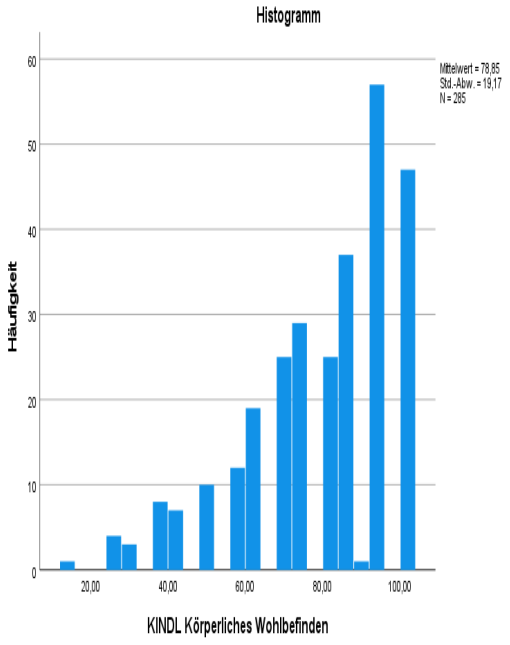


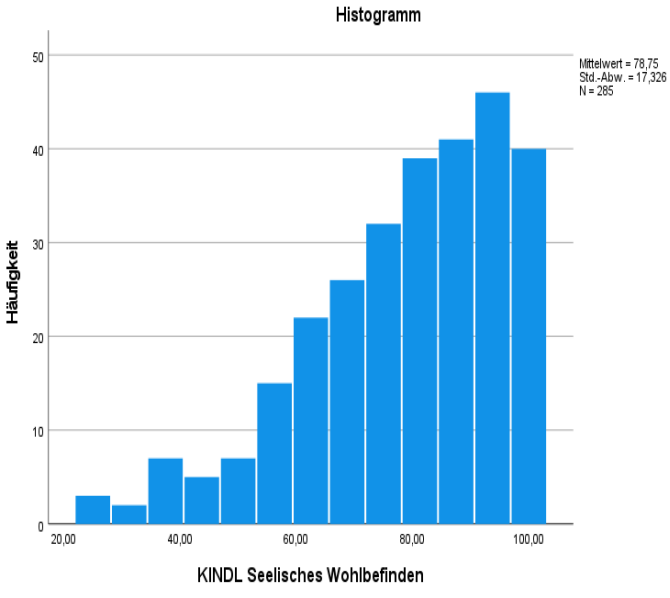
Histogramme zur Normalverteilung

Abbildung 12: Histogramme KINDL

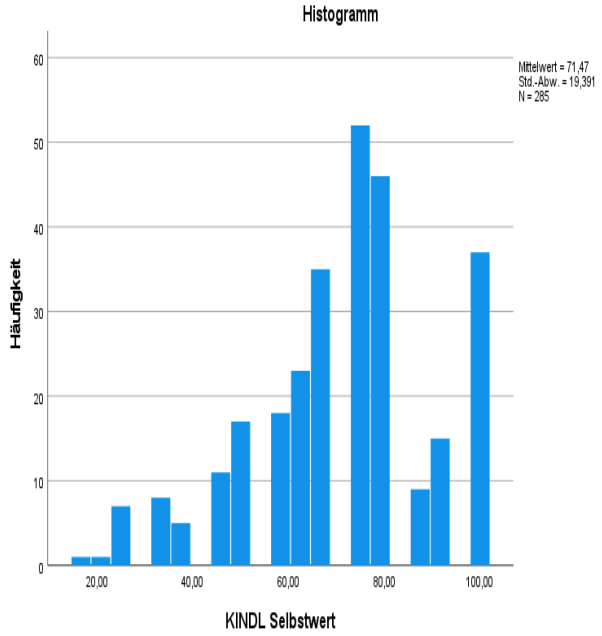


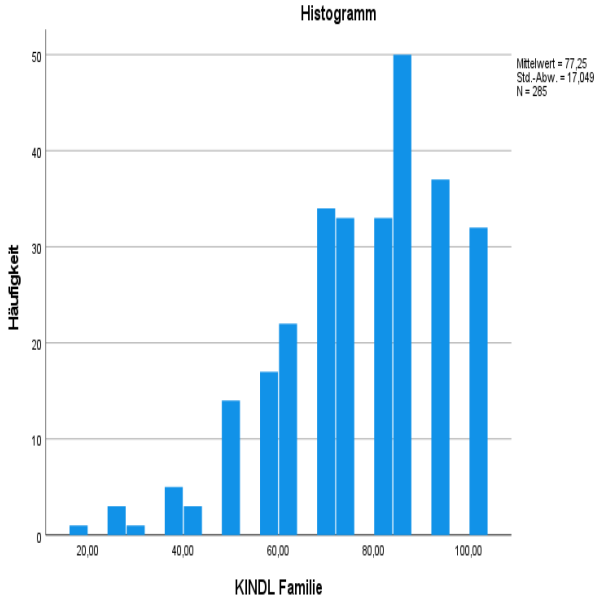


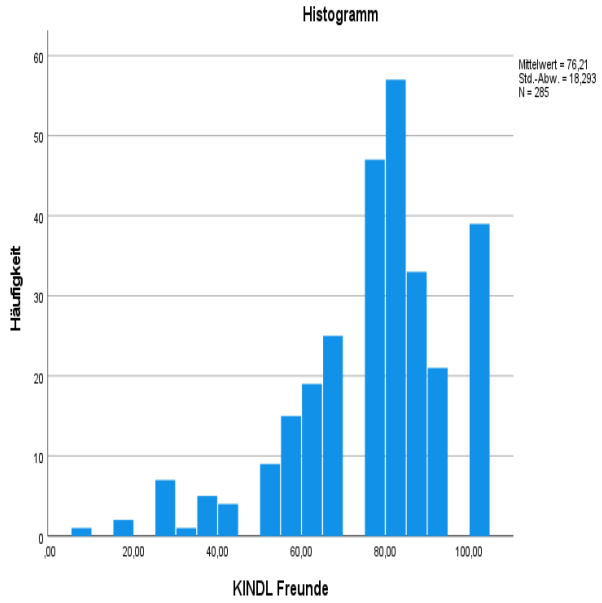




Fortsetzung Abbildung 12: Histogramme KINDL







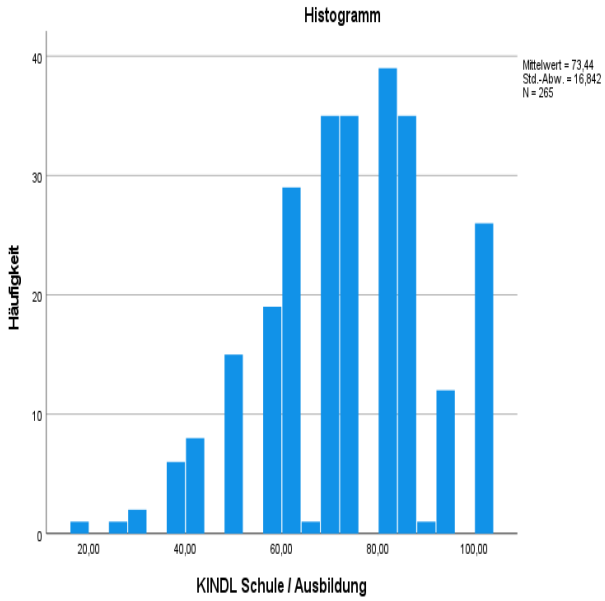


Abbildung 13: Standardisierter Text zur Patientenrekrutierung bei Erstkontakt

Guten Tag, mein Name ist .....

Ich suche Patienten für Interviews. Es geht darum, einige Fragebögen zu beantworten, die dazu dienen sollen, in der Zukunft Hilfsangebote an psychisch erkrankte Eltern und an ihre Familien zu verbessern. Ich möchte Sie bitten, an diesem Interview teilzunehmen, falls Sie zu unserer Zielgruppe gehören.

Unsere Zielgruppe sind Patienten, die minderjährige Kinder zuhause haben – es müssen nicht nur eigene Kinder sein, sondern können auch sogenannte Stief- oder Pflegekinder sein. Leben Sie mit minderjährigen Kindern zusammen?

Falls nein - Dann kommen Sie leider nicht in Frage. Falls ja - Sind Sie voll- oder teilstationärer Patient? Falls teilstationär - Dann kommen Sie leider nicht in Frage. Falls vollstationär - Sie wären für das Interview geeignet.

Ich habe hier ein Informationsblatt zu diesem Interview. Ich würde Sie bitten, dieses durchzulesen, und falls Sie dann einverstanden sind, würden wir das Interview jetzt oder zu einer späteren Zeit durchführen. Wie es Ihnen am besten passt. Das Interview dauert ungefähr zwei Stunden. Ich beantworte Ihnen gerne auch Fragen zum Informationsblatt.

7.3 Fragebogeninhalte Eltern und Kind

Tabelle 54: Fragebogen Eltern

Fragebogen	Was wird gemessen?	Quelle
Allgemeine Angaben/Fragen zum Probanden	Allgemeine Angaben, Kinder, Familie, Wohnsituation	selbst konstruiert
Adult Attachment Scale (AAS)	Bindungserleben von Erwachsenen	Adult Attachment Scale (AAS): Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie in der Medizin, 54, 375-382
Erziehungsstilinventar (ESI)	Erziehungsstil bzw. Erziehungsverhalten der Eltern	Krohne, H. W. und Pulsack, A. (1990). Das Erziehungsstilinventar-Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH
Family Funtioning Scale (FFS)	Familienstruktur, Funktionsniveau der Familie	Bloom, B.L. (1985); Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. & Lewis, K. (1990)
Life events for parents	Kritische Lebensereignisse im Hinblick auf die Familie	Norbeck, J.S. (1984); Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M. (1978)
Items zur Familie	Belastung und Unterstützung des Kindes, Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie	selbst konstruiert

Tabelle 55: Fragebogen zum Kind

Fragebogen	Was wird gemessen?	Quelle
Allgemeine Angaben Fragen zum Kind	Allgemeine Angaben, Betreuung, Bezugspersonen, Belastung durch die Erkrankung, Unterstützung/Hilfe für das Kind, Wohnsituation	selbst konstruiert
CBCL 4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	Belastung, Kompetenzen des Kindes, Verhaltensauffälligkeiten	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993, 1998
KINDL-R	gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen körperliches und seelisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Schule	Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000)
Hausregeln, Familienmanagement	Regeln für das Zusammenleben der Familienmitglieder, Strafe bei Regelverletzung	(Quelle und Autor unbekannt), eigene Übersetzung, in Anlehnung an einen Fragebogen, der vom Child and Family Center der Universität Oregon entwickelt wurde
Familienklima	Regeln für das Zusammenleben, Kommunikation zwischen Eltern und Kind	selbst konstruiert
Fragen zu Identität und Bindung	**Identität des Kindes aus Sicht der Eltern** (Fremdbeurteilung), Eigenschaften und Fähigkeiten des Kindes (Fremdbeurteilung), **Bindung des Elternteils an das Kind** (Selbsteinschätzung)	selbst konstruiert
Elterliche Einbindung in die Schule/Kindergarten	Unterstützung der Eltern bei die Schule betreffenden Dingen, Information der Eltern über die Schule/den Kindergarten	selbst konstruiert
Life events for adolescents	kritische Lebensereignisse	Norbeck, J.S. (1984); Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M. (1978); Swearingen, Elizabeth, M., Cohen & Lawrence, H.
Items kritische Lebensereignisse	kritische Lebensereignisse wie Trennung, Krankheit, Familienangehöriger war Opfer eines Angriffs	selbst konstruiert
Items kritische Lebensereignisse in der frühen Kindheit	kritische Lebensereignisse in der frühen Kindheit	selbst konstruiert
Einbezug des Kindes in die Erkrankung des Elternteils	Einbeziehung des Kindes in die psychische Erkrankung	selbst konstruiert

Fortsetzung Tabelle 55: Fragebogen zum Kind

International School for Neuro-Developmental Training and Research (ISND)	kritische Lebensereignisse in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, erste Lebensjahre	The International School for Neuro-Developmental Training and Research (ISND)
Building Resiliency in Transcultural Adolescents (BriTA)	Respekt und Anerkennung für kulturelle Unterschiede in der Schule, gesunde Schulumgebung, elterliche Einbindung in die Schule, Verkehrsanbindung zur Schule, Arbeitsmoral und Engagement der Lehrer, Ressourcen Stundenplan. Resilienz gegen Sub-stanzgebrauch, Delinquenz und akademisches Versagen	Kate Lemerle Project Coordinator Research Project for Culturally Diverse Adolescents
California Health Kids Survey	Schule (fürsorgliche Beteiligung) und Familie (bedeutsame Beteiligung). Resilienz gegen akademisches Versagen	Constantine, N.A. & Benard, B. (2001); Austin, G. & Duerr, M. (2005)
Zusätzliche Items zum Thema Familie	Häusliche Zusammenarbeit, Kommunikation zwischen Eltern und Kind	selbst konstruiert
Profiles of Student Life – Attitudes and Behaviours (PSL-AB)	Elterliche Einbindung in die Schule, Schulklima, Unterstützung durch die Lehrer, schulisches Engagement, schulische Leistung/Noten, Selbst-wahrnehmung, Depression, erzieherische Bestrebungen/erzieherische Erwartungen	Original unbekannt
Items zum Thema Schule	„Ich frage dieses Kind, was es in der Schule macht.“ „Das Kind wurde wegen meiner Erkrankung angegriffen oder beschimpft.“	selbst konstruiert
Self Description Questionnaire (SDQ II/III)	Selbstkonzept (körperliche Fähigkeiten, körperliche/sportliche Aktivität, körperliche Attraktivität	Marsh, H.W. (1992); Shavelson R.J., Hubner, J.J. & Stanton G.C. (1976); Hormann, F.B. (1984)
Items zum Thema Selbstbild des Kindes	Generelles Selbstkonzept, emotionales und soziales Selbstkonzept, Fähigkeitsselbstkonzept, sonstige Fähigkeiten, Emotionsregulation, Stabilität	selbst konstruiert
Items zum Thema Schule	„Ich frage dieses Kind, was es in der Schule macht.“ „Das Kind wurde wegen meiner Erkrankung angegriffen oder beschimpft.“	selbst konstruiert
Self Description Questionnaire (SDQ II/III)	Selbstkonzept (körperliche Fähigkeiten, körperliche/sportliche Aktivität, körperliche Attraktivität	Marsh, H.W. (1992); Shavelson R.J., Hubner, J.J. & Stanton G.C. (1976); Hormann, F.B. (1984)
Items zum Thema Selbstbild des Kindes	Generelles Selbstkonzept, emotionales und soziales Selbstkonzept, Fähigkeitsselbstkonzept, sonstige Fähigkeiten, Emotionsregulation, Stabilität	selbst konstruiert

Fortsetzung Tabelle 55: Fragebogen zum Kind

Resilienzskala	Persönliche Kompetenz: Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beherrschung, Beweglichkeit und Ausdauer Akzeptanz des Selbst und des Lebens: Anpassungsfähigkeit, Toleranz, flexible Sicht auf sich selbst und den eigenen Lebensweg Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit einer Person angesichts Belastungen und riskanten Lebensbedingungen, Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal	Schumacher et al. (2005)
Baruth Protective Factors Inventory (BPFI)	Anpassungsfähige Persönlichkeit, unterstützende Umwelt, reduzierende Stressoren und kompensierende Erfahrungen	Baruth, K.E., & Caroll, J.J. (2002). A formal assessment of resilience: Baruth Protective Factors Inventory. The Journal of Individual Psychology, 58(3), 235-244
Bild der Eltern von ihrem Kind	(generelles) Selbstwertgefühl, Fähigkeitsselbstkonzept in Schule/Beruf, soziales Fähigkeitsselbstkonzept, körperliche Fähigkeiten (Sport), kognitive Fähigkeiten, Autonomie, Dominanz, Motivation, emotionales Selbstkonzept, körperliches Selbstkonzept	selbst konstruiert
Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)	Stressverarbeitung/emotionsregulierende Bewältigung: Bagatellisierung, Ablenkung/ Erholung Problemlösende Bewältigung: Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis Ungünstige Stressverarbeitung: Passive Vermeidung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Aggression	Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001)
Items zur Einstellung/ Belastung des Kindes bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils	Meinung, Aufklärung und Wissen des Kindes über die psychische Erkrankung des Elternteils; Belastung des Kindes	selbst konstruiert
Communities That Care Youth Survey (CTC)	Nachbarschaft: Anerkennung prosozialer Beteiligung	selbst konstruiert
Items zur Verbindung des Kindes zur Nachbarschaft/ Gemeinde	An `CTC - Communities That Care Youth Survey´ angelehnt	selbst konstruiert

7.4 Danksagung

Mein Dank gilt allen, die mich bei der Durchführung bzw. Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Michael Franz für die Bereitstellung des Themas und die Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Anja Haag und Frau Beate Kettemann für die Betreuung und Unterstützung während der Durchführung der Dissertation.

Desweiteren danke ich Frau Prof. Dr. Dr. Petra Netter, Karin Jäger und Claudia Lujic.

Vielen Dank auch der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen des Universitätsklinikums Gießen und Marburg für die Ermöglichung der Befragung der Probanden. Außerdem danke ich den Probanden, die sich für die Befragung zur Verfügung gestellt haben, so dass die Erhebung der Daten überhaupt erst ermöglicht wurde.

Bei meiner Familie möchte ich mich von ganzem Herzen bedanken, die mich stets unterstützt und mich in allen Phasen der Fertigstellung dieser Arbeit motiviert hat.

7.5 Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift