

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Die Geschwisterbeziehung im familiären Kontext	4
2.1	Geschwisterbeziehungen im Vorschulalter	4
2.1.1	Merkmale	5
2.1.2	Funktionen	7
2.1.3	Einflussfaktoren	8
2.1.4	Forschungsstand.....	10
2.2	Die Geschwisterbeziehung im Kontext der Familie.....	11
2.2.1	Die Familie als System	12
2.2.2	Das ABCX- Stressmodell	14
3	Die akute Behandlungsphase bei Krebserkrankungen im Kindesalter	16
3.1	Definition und Grundlagen	17
3.2	Epidemiologie und Prognose.....	17
3.3	Verlaufsmuster und therapeutische Maßnahmen	18
3.4	Anforderungen an die Familie des an Krebs erkrankten Kindes	20
3.5	Einordnung der familiären Belastungen in das ABCX-Modell.....	23
4	Die familiäre Situation der Geschwister krebskranker Kinder	25
4.1	Alltagsveränderungen	25
4.2	Krankheitsverständnis	27
4.3	Mögliche somatische, emotionale und soziale Folgen.....	28
4.4	Elterliche Differenzierung im Umgang mit Geschwistern & elterliche Aufmerksamkeitsverteilung.....	29
4.5	Gesundheitliche Risiken für gesunde Geschwisterkinder	30
4.6	Einordnung der Belastung des gesunden Geschwisterkindes in das ABCX- Modell	32
5	Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Geschwisterbeziehung	34
5.1	Merkmale.....	34
5.1.1	Wärme und Nähe	34
5.1.2	Status und Macht.....	35
5.1.3	Rivalität und Konflikte	36
5.2	Funktionen.....	37
5.3	Elterliche Differenzierung im Umgang mit den Geschwisterkindern	38
5.4	Weiterer Einflussfaktoren	38
6	Was bedeutet dies für die kindheitspädagogische Praxis?	41

7 Fazit & Schlussbetrachtung.....	44
Literaturverzeichnis.....	48
Eidesstattliche Erklärung.....	54

1 Einleitung

Die Diagnose einer Krebserkrankung bei einem Kind stellt für betroffene Familien eine tiefgreifende Krise dar, denn häufig betrifft die veränderte familiäre Lebenssituation dabei nicht nur das erkrankte Kind selbst, sondern kann in erheblichem Maße auch das familiäre System als Ganzes beeinflussen. Besonders die gesunden Geschwisterkinder können von den Folgen der Erkrankung auf eine spezifische Weise betroffen sein. In der wissenschaftlichen Literatur wird in diesem Zusammenhang häufig der Begriff der „Schattenkinder“ verwendet, ein Ausdruck, der auf die verringerte Sichtbarkeit dieser Kinder im familiären und institutionellen Kontext verweist (vgl. Hantel-Quitmann 2016, 142). Inwiefern diese Begrifflichkeit für diese Kindergruppe angemessen ist, soll sich im Verlauf der Arbeit noch herausstellen. Diese Arbeit widmet sich dem Erleben von Geschwisterkindern onkologisch erkrankter Kinder im Kindesalter. Aus kindheitspädagogischer Sicht stellt sich dabei die Frage, welche Herausforderungen und Chancen für die Entwicklung der gesunden Geschwister dabei entstehen. wie sich familiäre Belastungssituationen auf Geschwisterbeziehungen auswirken und welche Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Kindheitspädagogik möglich und notwendig sein können. Dabei soll nicht nur auf die spezifische Lebenssituation des Geschwisterkindes eingegangen werden, sondern auch ein Verständnis für die kindlichen Perspektiven sowie für das familiäre Zusammenspiel im Kontext der Krankheit geschaffen werden.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Fragestellung: „Inwiefern kann die onkologische Erkrankung eines Kindes in der akuten Behandlungsphase die familiäre Situation von Vorschulkindern als gesunde Geschwister beeinflussen und welche Auswirkungen kann dies langfristig auf ihre Beziehung zum erkrankten Geschwisterkind haben?“ Die Fokussierung auf Vorschulkinder ergibt sich aus der besonderen Bedeutung dieser Entwicklungsphase, in der das Verständnis von Krankheit noch stark von magischem Denken und emotionaler Egozentrik geprägt ist (vgl. Lohaus 2013, 19; Piaget 1969). Gleichzeitig sind Kinder im Vorschulalter in besonderem Maße auf stabile Bindungsbeziehungen und kontinuierliche emotionale Zuwendung angewiesen, wodurch sie besonders vulnerabel gegenüber familiären Belastungen sind. Vor diesem Hintergrund wird die Relevanz deutlich, die familiäre Situation gesunder Vorschulkinder im Kontext einer onkologischen Erkrankung des Geschwisterkindes näher zu betrachten. In dieser Arbeit umfasst der Begriff „familiäre Situation“ die für das Alter typischen Vorstellungen vom Kranksein, die Alltagsveränderungen, die sich infolge der Erkrankung im Leben des Kindes ergeben können, sowie die potenziellen emotionalen und sozialen Auswirkungen dieser Umbrüche.

Etwa drei Viertel der Kinder in Deutschland wachsen mit mindestens einem Geschwisterkind im gemeinsamen Haushalt auf (vgl. Statistisches Bundesamt 2025), und insbesondere im Vorschulalter verbringen Kinder häufig mehr Zeit mit ihren Geschwistern als mit ihren Eltern (vgl. Brock 2015b, 188). So nimmt die Geschwisterbeziehung eine zentrale Rolle im kindlichen Alltag und in der emotionalen Entwicklung ein, woraus sich ihre Bedeutung, nicht nur im Kontext schwerer Erkrankungen, sondern auch allgemein als stabilisierendes oder belastendes Element kindlicher Entwicklung, und damit auch ihre Relevanz für die pädagogische Arbeit mit Kindern, ergibt.

Persönlich interessiert mich dieses Thema, weil ich derzeit als Kinderkrankenschwester auf einer onkologisch pädiatrischen Station arbeite und in diesem Rahmen mehrere Familien kennengelernt habe, die zeitgleich zum Klinikaufenthalt auch immer die Betreuung der gesunden Geschwisterkinder organisieren mussten. Welchen emotionalen Stress und familiäre Belastung das zusätzlich für die Familien bedeuten kann, ist man sich auch als Pflegekraft nicht immer bewusst. Die Relevanz des Themas zeigt sich auch im Kontext kindheitspädagogischer Praxis, da pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen zunehmend mit Kindern in belasteten Familiensituationen konfrontiert sind. Laut den Ergebnissen der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts leben in Deutschland viele Familien mit chronisch kranken Kindern. Dabei wird der Einfluss, den die Erkrankung eines Kindes auf die gesamte Familie, insbesondere auf das gesunde Geschwisterkind, haben kann, zwar zunehmend als wichtiges Forschungsfeld erkannt, dennoch bestehen bis heute Forschungslücken hinsichtlich der kindlichen Sichtweise sowie der langfristigen Auswirkungen auf die Entwicklung und das Wohlbefinden des gesunden Geschwisterkindes (vgl. Knecht 2018, 2). Auch Geschwisterbeziehungen als solche und ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung, finden bislang kaum Rücksicht in pädagogischen Konzepten (vgl. Frick 2015a, 220; Brock 2015a, 11).

Ein zentrales Anliegen dieser literaturbasierten Arbeit ist daher erstens, die Berücksichtigung der Perspektive der gesunden Geschwisterkinder, die die Erkrankung des Bruders oder der Schwester oft ambivalent erleben, indem einerseits enge emotionale Bindung und Fürsorge bestehen und andererseits auch Gefühle von Eifersucht, Vernachlässigung, Schuld oder Angst auftreten können (vgl. Möller/ Gude/ Herrmann & Schepper 2016, 15). Außerdem legt diese Arbeit zweitens den Fokus auf Geschwisterbeziehungen als solche, sowie auf die Auswirkungen einer kindlichen Krebserkrankung auf diese. Dafür werden im zweiten Kapitel zunächst grundlegende theoretische Konzepte der Geschwisterforschung dargestellt, die als Basis der vorliegenden Arbeit dienen. Neben der Beschreibung zentraler Merkmale, Funktionen und Einflussfaktoren von Geschwisterbeziehungen wird die Familie als System analysiert und das

ABCX-Modell nach Hill als analytischer Bezugsrahmen eingeführt, welches ebenfalls als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet wird. Kapitel drei widmet sich dann der akuten Behandlungsphase bei kindlichen Krebserkrankungen und beleuchtet zunächst medizinische Grundlagen, um die damit verbundenen Anforderungen an die Familie des erkrankten Kindes nachvollziehen zu können. Im vierten Kapitel steht das Erleben des gesunden Geschwisterkindes im Mittelpunkt. Dabei wird dargestellt, wie es die veränderten familiären Bedingungen, die sich durch die Erkrankung des Geschwisters ergeben, wahrnimmt und welche emotionalen, sozialen und kognitiven Reaktionen daraus entstehen können. Schließlich analysiert Kapitel fünf, inwiefern sich die Geschwisterbeziehung selbst durch die Erkrankung, aufgrund der in den vorherigen Kapiteln analysierter Aspekte, verändern kann. Es wird herausgearbeitet, welche Merkmale und Funktionen beeinflusst werden können, wie sich die Beziehungsqualität wandeln kann und welche Risiken und Potenziale sich dabei für die betroffenen Kinder, als gesunde Geschwisterkinder ergeben können. Das abschließende Kapitel stellt die gewonnenen Erkenntnisse dann in den Kontext kindheitspädagogischer Praxis und formuliert Überlegungen zur Unterstützung gesunder Geschwisterkinder im frühpädagogischen Setting. Ziel der Arbeit ist es, ein vertieftes Verständnis für die oft unsichtbare Lebensrealität sogenannter „Schattenkinder“ zu entwickeln und kindheitspädagogische Fachkräfte für deren spezifische Situation und für innerfamiliäre Dynamiken in Krisensituationen sensibilisieren.

2 Die Geschwisterbeziehung im familiären Kontext

Vermutlich weiß Jede und Jeder was unter dem Begriff *Geschwister* zu verstehen ist, jedoch existiert bis heute keine einheitliche und allgemein akzeptierte Definition, da dessen Verwendung auch von kulturellen Kontexten geprägt ist. Zumeist gelten die Menschen als Geschwister, die sich mindestens ein Elternteil teilen und somit in einem engen biologischen Verwandtschaftsverhältnis zueinanderstehen. Aufgrund der Vielfalt moderner Familienformen entstehen jedoch unterschiedliche Geschwisterkonstellationen, wozu beispielsweise leibliche Geschwister mit teilweise identischen genetischen Anlagen sowie Adoptiv- oder Pflegekinder und Kinder aus Patchworkfamilien, die ebenfalls als Geschwister betrachtet werden können, zählen. In bestimmten Kulturen werden darüber hinaus auch Cousinen und Cousins zur Geschwisterkategorie miteingeschlossen (vgl. Hackenberg 2008, 12f.).

Für diese Arbeit wird folgendes spezifische familiäre Setting zugrunde gelegt: Alle betrachteten Geschwister sind minderjährig und leben gemeinsam mit mindestens einem Elternteil im selben Haushalt. Außerdem wird angenommen, dass keine weiteren Erkrankungen innerhalb der Familie bestehen. Die Geschwisterforschung bildet den theoretischen Bezugsrahmen, wobei in diesem Unterkapitel zunächst die Merkmale und Funktionen, sowie die Einflussfaktoren von Geschwisterbeziehungen im Fokus stehen. Im darauffolgenden Kapitel wird die Familie als System beschrieben und die Geschwisterbeziehung als Subsystem verstanden. Auf dieser Grundlage werden im späteren Verlauf die potenziellen Auswirkungen einer kindlichen Krebserkrankung auf das gesunde Geschwisterkind und ihre Geschwisterbeziehung untersucht. Anzumerken an dieser Stelle wäre auch, dass mit den „gesunden Kindern“ oder „gesunden Geschwistern“ in dieser Arbeit immer die nicht von der Krebserkrankung betroffenen Kinder gemeint sind.

2.1 Geschwisterbeziehungen im Vorschulalter

Der Begriff *Geschwisterbeziehung* beschreibt eine besondere Form sozialer Nähe zwischen zwei oder mehreren Kindern derselben Eltern oder eines gemeinsamen Elternteils und gilt als eine der frühesten und langlebigsten Bindungen im Leben eines Menschen (vgl. Frick 2015b, 23). Entwicklungspsychologisch betrachtet bestehen zwischen Geschwistern stärkere Nähebeziehungen als zwischen Eltern und Kindern (vgl. ebd., 177). Geschwister- und Elternbeziehungen sind gleichwertig, jedoch nicht gleichartig und werden als zwei verschiedene Beziehungsarten verstanden (vgl. ebd, 22).

2.1.1 Merkmale

Im Gegensatz zu Freundschaften oder Paarbeziehungen, wird der Kontakt zwischen Geschwistern nicht abgebrochen und selbst wenn doch ein Kontaktabbruch stattfindet, besteht die Beziehung „unterirdisch“ (Jungbauer 2014, 66) weiter. Man kann „nicht eine Nichtbeziehung zu Geschwistern haben“ (Frick 2015b, 21), so kann der Kontakt zwar abbrechen, doch die familiäre Verbindung bleibt unauslöschlich bestehen. Eine bewusste Entscheidung zur Beendigung einer Geschwisterbeziehung ist nicht möglich, was sie in ihrer sozialen Struktur einzigartig macht. Auch könne man sie als „Zwangsgemeinschaft“ (Onnen 2015, 105) bezeichnen, da es sich um eine Bindung handelt, die nicht frei wählbar ist. Es wird eine gemeinsame Familiengeschichte und Vergangenheit geteilt (vgl. ebd., 99) und das „unauflösliche Band“ (Frick, 2015b, 21f.) zwischen den Geschwistern besteht ein Leben lang (vgl., ebd.). Die Lebensläufe von Geschwistern verlaufen zwangsläufig synchron, wenn die Geburten zeitnah voneinander stattfinden. So ergeben sich ähnliche Erfahrungen in der frühkindlichen Lebensphase und eine gemeinsame Sozialisationsphase innerhalb und außerhalb der Familie (vgl. Onnen 2015, 99).

Geschwisterbeziehungen sind einzigartig und durch eine hohe emotionale Ambivalenz gekennzeichnet: Nähe, Liebe und Vertrautheit stehen in einem Spannungsverhältnis zu Rivalität, Eifersucht und Ablehnung (vgl. Frick 2015b, 23; 31). Diese Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Gefühle stellt ein zentrales Merkmal dar. Weitere typische Eigenschaften sind Verbundenheit, Solidarität, aber auch regelmäßige Konflikte (vgl. Stotz/ Walper 2015, 135). Furman und Burmester (1985) führten eine Studie durch, bei der Geschwister sowohl positive als auch negative Eigenschaften ihrer Geschwisterbeziehung nannten. Aus den Antworten konnten vier Dimensionen entwickelt werden: Wärme & Nähe, Status & Macht, Konflikthaftigkeit und Rivalität (vgl. Brück 2019, 15). Diese Dimensionen finden in nahezu allen Geschwisterbeziehungen Berücksichtigung. Die vielschichtige Dynamik zwischen Geschwistern entfaltet sich dadurch, dass Elemente aller vier Beschreibungsdimensionen zur Geltung kommen und prägt somit die grundlegende Qualität der Geschwisterbeziehung (vgl. Furman/ Buhrmester 1985), weshalb sie in dieser Arbeit auch als Orientierungsrahmen für die später erläuterten Auswirkungen einer Krebserkrankung auf die Geschwisterbeziehung dienen.

Wärme & Nähe

„Die Bindung (oder Beziehung) zu Geschwistern hat eine ähnlich tiefe Bedeutung für einen Menschen wie die Bindung an seine Eltern“ (Frick 2015b, 175). Nach Kasten nehmen diese Nähe und Vertrautheit zwischen ihnen durch vermehrte gemeinsame Aktivitäten zu. Er spricht auch von einem „Aufeinander- Zugeschnittensein ihrer Beziehung“ (2018, 96). Vor allem im

Vorschulalter verbringen sie einen wesentlichen Teil der Zeit zusammen (vgl. ebd., 95). Durch diese gemeinsam verbrachte Zeit kann sich automatisch eine intensive Verbindung entwickeln, was jedoch nicht heißt, dass weniger gemeinsam verbrachte Zeit eine enge Bindung zwischen ihnen ausschließt (vgl. Brück 2019, 19f.).

Status & Macht

Geschwisterbeziehungen enthalten sowohl symmetrische als auch asymmetrische Aspekte. Während Freundschaften als symmetrische Beziehungen und Eltern- Kind- Beziehungen als vertikal und asymmetrisch gelten, bewegen sich Geschwisterbeziehungen irgendwo dazwischen (vgl. Brück 2019, 20). „Im Gegensatz zu anderen kindlichen Beziehungen mit Freundinnen und Freunden oder Peers gestaltet sich die Geschwisterbeziehung innerhalb der Familie sowohl in einem horizontalen als auch in einem vertikalen Kontext“ (ebd., 21). Im Gegensatz dazu beschreibt Frick (2015b, 175) die Beziehung als „tendenziell stärker horizontal, symmetrisch, d.h. auf der gleichen Stufe strukturiert“ und als gleichwertig. Im Normalfall übernimmt das ältere Geschwisterkind die dominante Position, da es einen Entwicklungsvorsprung hat. Mit der Zeit wird dieser Vorsprung vom jüngeren Geschwisterkind aufgeholt und die Beziehung wird im Laufe der Zeit symmetrischer (vgl. Tröster 2013, 111). Aber auch wenn es in der Beziehung Hierarchien oder ein Machtgefälle gibt, so ist dies nicht mit dem der zwischen der Eltern-Kind-Beziehung vergleichbar, denn untereinander haben die Kinder weniger Angst vor Ablehnung. Die damit einhergehende Freiheit und die Gleichheit, vor allem bei ähnlichem Alter, kann eine besondere Intimität ermöglichen, wie sie in der Eltern- Kind- Beziehung nicht möglich wäre (vgl. Frick 2015b, 175f.). So entwickeln sich Geschwister in der „horizontalen Beziehungserfahrung“ zueinander sowie durch das „vertikal[e] Zusammenspiel mit den Eltern“ (Sohni 2012, 12). Dabei wirkt die Familienkonstellation auf die Geschwisterbeziehung ein und gleichzeitig wirkt sich die Geschwisterbeziehung auf die gesamte Familie und auf die Kinder als Einzelne aus (vgl. ebd.) und „nicht nur Eltern erziehen ihre Kinder, auch die Geschwister erziehen sich untereinander“ (Frick 2015b, 23).

Rivalität & Konflikthaftigkeit

Die Rivalität und Konflikthaftigkeit in Geschwisterbeziehungen können von verschiedenen Faktoren, wie der Geschwisterkonstellation, dem Altersabstand, dem Geschlecht und der Geburtenreihenfolge, abhängig sein. Besonders bei gleichgeschlechtlichen Geschwistern mit geringem Altersabstand besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für Rivalität (vgl. Kasten 2018, 72). Allerdings weist Dunn (1995) darauf hin, dass auch gerade große Unterschiede zwischen den Geschwistern zu vermehrter Rivalität führen können. Dabei kann es darum gehen, ihren Platz

innerhalb der Familie zu finden und um die elterliche Aufmerksamkeit zu kämpfen (vgl. Dunn 1995, 127ff.), aber auch um äußerliche Attraktivität und Schulleistungen zu konkurrieren (vgl. Frick 2015b, 257). Je stärker die Gemeinsamkeiten der Geschwister von ihrem Umfeld, besonders von ihren Eltern, betont werden, desto mehr rivalisieren sie (vgl. Frick 2015b, 257f.). Sowohl die Konstellation als auch die Struktur der Beziehung kann Grund für Rivalität sein. Wie im letzten Unterkapitel bereits erwähnt, liegt eine Besonderheit darin, dass die Beziehung nicht frei wählbar ist (vgl. Onnen 2015, 105). Als mögliche Gründe für Rivalität werden die Unfreiwilligkeit der Beziehung, die wahrgenommene Benachteiligung durch ein Elternteil oder die „Nachrangigkeit der Geschwisterbeziehung nach dem Elternsystem“ (ebd.) genannt. Onnen (ebd.) bezeichnet sie als „Kämpfe um die familiären Ressourcen“ (ebd.) womit „Raum, Gegenstände, Aufmerksamkeit, Zuneigung oder Zeit der Eltern“ (ebd.) gemeint sind. Laut Dunn (1995) kommen Konflikte am häufigsten vor, wenn die Kinder jünger als fünf Jahr alt sind. Danach werden die Konflikte tendenziell weniger (vgl. ebd., 134).

Streit gehört so selbstverständlich zu einer Geschwisterbeziehung, dass es eher ungewöhnlich ist, wenn kein Streit vorkommt (vgl. Dunn 1995, 126). Durch das Streiten erlernen sie Kompetenzen, wie beispielsweise argumentative und kommunikative Fähigkeiten (vgl. Frick 2015b, 269) und sich im Streit zu behaupten (vgl. Onnen 2015, 109). Auch lernen sie Probleme zu bewältigen, die Perspektive des anderen nachvollziehen zu können und sich wieder zu versöhnen (vgl. Frick 2015b, 269). Darüber hinaus dient das Streiten der emotionalen Verbindung zwischen den Geschwistern. Sie halten trotzdem zusammen und verhalten sich einander gegenüber loyal (vgl. ebd., 203). Daher sind Rivalität und Streit grundsätzlich nicht als negativ zu bewerten, sondern als normaler Bestandteil der Beziehung anzusehen (vgl. Frick 2015a, 209f.; Brock 2015c, 174).

2.1.2 Funktionen

Die Geschwisterbeziehung erfüllt im Verlauf der kindlichen Entwicklung eine Vielzahl bedeutender Funktionen, wobei insbesondere Prozesse der Identifikation und De-Identifikation eine zentrale Rolle einnehmen. Bereits früh beginnen Kinder sich im Vergleich zu ihren Geschwistern wahrzunehmen (vgl. Frick 2015b, 336). Dabei dienen Geschwister als „Objekt für bewusste Vergleiche und Identifikation“ (ebd., 184), da Menschen ihre Identität durch Vergleiche mit anderen bilden und diese Vergleiche auch als Orientierungs- und Informationsfunktion dienen (vgl. ebd., 336; 181.). Eine allgemein positive Wahrnehmung des Geschwisterkindes, die beispielsweise Sympathie- und Nähe- Gefühle hervorruft, ist dabei die Voraussetzung (vgl. ebd., 334). Dann können sie auch zu Vorbildern werden (vgl. ebd., 186). Ständig identifizieren

und differenzieren sich Geschwister mit- und voneinander. Bank und Kahn (1994, 80) identifizieren drei Hauptmuster der Geschwisteridentifikation, wobei die teilweise Identifikation als besonders günstig betrachtet wird. In diesem Fall gelingt es Kindern, Gemeinsamkeiten zu erkennen und zugleich eigene Differenzierungen zuzulassen, was zur gesunden Entwicklung einer autonomen Identität beitragen kann (vgl. Frick 2015b, 335; Jungbauer 2014, 72). Als ungünstig wird eine zu enge Identifikation angesehen, da so die Gefahr besteht, dass der Fokus auf nur einem Kind liegt und dies die Autonomie des anderen Kindes zu sehr behindert. Hingegen ist die Beziehung bei starker De-Identifikation oft durch Ablehnung und bewusste Abgrenzung geprägt, was sich unter anderem auf Eifersucht zurückführen lässt (vgl. Frick 2015b, 334f.). Insgesamt bewegt sich die Identitätsbildung also in einem „Spannungsfeld wechselseitiger Identifikation und De-Identifikation“ (Jungbauer 2014, 72).

Die Geschwisterbeziehung ist somit untrennbar mit der Herausbildung von Identität, Selbstbild und sozialen Fähigkeiten verbunden. Im Zusammenspiel mit dem Geschwisterkind werden soziale Austauschprozesse sowie emotionale Regulationsstrategien erprobt und gefestigt. Hierdurch entwickeln sich sowohl die Individuationsfunktion, also die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes, als auch die Sozialisationsfunktion, welche den Aufbau und die Pflege sozialer Beziehungen meint (vgl. Frick 2015b, 24). Die entwicklungsfördernden Potenziale von Geschwisterbeziehungen werden in der wissenschaftlichen Literatur vielfach hervorgehoben (vgl. Figdor 2015, 23). Insbesondere in belastenden Lebenssituationen können Geschwister eine wichtige Ressource darstellen, die emotionale Unterstützung und Stabilität bietet (vgl. Schneewind 2010, 193). Auch für die individuelle und soziale Entwicklung kommt Geschwisterbeziehungen eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Frick 2015b, 181; 22), denn dieser liegt ein Grundkonflikt zugrunde, der darin besteht zum einen die eigene Identität zu stabilisieren und zum anderen dem Wunsch nach Verbundenheit und Zugehörigkeit nachzugehen. Dies wird auch als „Spannungsfeld zwischen Verbundenheit und Individuation“ (Hackenberg 2008, 28f.) bezeichnet. So bildet die Geschwisterbeziehung das „Grundmuster für den Umgang mit der Welt“ (Frick 2015b, 22), auch außerhalb der Familie.

2.1.3 Einflussfaktoren

Die Qualität und Entwicklung von Geschwisterbeziehungen, sei sie durch gegenseitiges Verstehen und Kooperation oder durch Konkurrenz geprägt, hängt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab, die sowohl biologischer als auch sozialer Natur sein können. Eine häufig diskutierte Fragestellung in diesem Zusammenhang betrifft das Verhältnis von Anlage und Umwelt. Obwohl Geschwisterkinder in der Regel unter vergleichbaren Umweltbedingungen

aufwachsen, also mit denselben Eltern, im gleichen Haushalt und unter ähnlichen erzieherischen Voraussetzungen, entwickeln sie sich dennoch oft sehr unterschiedlich. Dies lässt darauf schließen, dass Umweltfaktoren wie der sozioökonomische Status oder die objektive Beziehungsqualität der Eltern nicht allein ausschlaggebend sind (vgl. Dunn/ Plomin 1996, 75). Entscheidender ist vielmehr die subjektive Wahrnehmung der Kinder, die maßgeblich zur individuellen Entwicklung und zur Gestaltung der Geschwisterbeziehung beiträgt (vgl. Frick 2015b, 54).

Ein bedeutsamer Einflussfaktor in diesem Zusammenhang ist die elterliche Differenzierung im Umgang mit Geschwistern beziehungsweise die elterliche Aufmerksamkeitsverteilung, welche in der Literatur oft als *elterliche Ungleichbehandlung* bezeichnet wird. Diese kann bewusst oder unbewusst erfolgen und von den Kindern sehr sensibel wahrgenommen werden (vgl. Schneewind 2010, 200f.). Besonders in Situationen, in denen beispielsweise ein Geschwisterkind erkrankt ist und dadurch mehr elterliche Zuwendung benötigt, kann eine ungleiche Behandlung entstehen, die nicht zwangsläufig intendiert, jedoch wirksam ist. Diese Form der Differenzierung kann dann zur Quelle von Geschwisterkonflikten werden. Frick hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass „ein Kind in einer Familie zu bevorzugen [...] eher die Regel als die Ausnahme“ (Frick 2020, 24) darstellt, wodurch die Relevanz dieses Einflussfaktors unterstrichen wird. Auch Stotz/ Walper (2015, 135ff.) betonen die Bedeutung elterlicher Ungleichbehandlung im Hinblick auf die Qualität von Geschwisterbeziehungen, sodass auf diese im Folgenden nochmal speziell Bezug genommen wird.

Unterschiedliche Behandlung oder Zuneigung gegenüber den Kindern kommt oft durch unterschiedliche Entwicklungsstände zustande (vgl. Dunn/ Plomin 1996, 100f.) kann aber auch entstehen, wenn Eltern eines ihrer Kinder mehr mögen (vgl. ebd., 96ff.). „Für Eltern stellt es fast einen Tabubruch dar, sich solche Präferenzen überhaupt einzugestehen oder sie gar noch anzusprechen und zuzugeben“ (Frick 2015b, 236). Die Kinder können „bereits sehr früh schnell und ausdrücklich auf die Interaktionen zwischen ihren Geschwistern und ihren Eltern reagieren“ (Dunn/ Plomin 1996, 95). Das in diesem Sinne benachteiligte Kind kann dazu tendieren, dem durch die Eltern bevorzugte Kind die Schuld für das Verhalten der Eltern zu geben (vgl. Stotz/ Walper 2015, 138). So spielt auch der „Umgang der Eltern mit den Geschwistern“ (Dunn/ Plomin 1996, 101) eine Rolle in der Qualität der Geschwisterbeziehung und führt dazu, dass Dunn und Plomin empfehlen das „Kind als Familienmitglied“ (ebd, S. 102) statt als „Kind der Eltern“ zu sehen (vgl. Brück 2019, 23). Durch Eifersucht können sich die Kinder benachteiligt, zweitrangig und inkompetent fühlen (vgl. Frick 2015a, 209). Sie ist jedoch „ein gesundes

Gefühl, solange Geschwister dadurch in konstruktiver Weise konkurrieren, sich angespornt fühlen und Mittel einsetzen, die für sie und andere langfristig nicht schädlich sind“ (ebd.).

Darüber hinaus existieren zahlreiche weitere Einflussfaktoren, die sich auf die Geschwisterbeziehung auswirken können. Frick verweist auf ein breites Spektrum relevanter Aspekte, die von individuellen Temperamentsunterschieden über Erziehungsstile bis hin zu strukturellen Familienmerkmalen, zu der die Qualität der elterlichen Partnerschaft sowie die allgemeine Eltern-Kind- Beziehung zählen, reichen (vgl. Frick 2015b, 141ff.). Von besonderer Bedeutung sind auch kritische Lebensereignisse wie der Tod eines Elternteils, elterliche Trennung oder die chronische Erkrankung eines Geschwisterkindes (vgl. Kasten 2001). Diese Ereignisse können sich in vielfältiger Weise auf die Dynamik zwischen den Geschwistern auswirken, da sie häufig eine Reorganisation familiärer Rollen sowie emotionale Anpassungsprozesse erfordern. Dabei ist zu beachten, dass sich die Auswirkungen auf die Geschwister einer Familie unterscheiden können. Je nach Alter und subjektiver Wahrnehmung kann sich ein Einfluss stärker oder schwächer auf das Kind auswirken (vgl. Frick 2015b, 157f.).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass besonders das elterliche Verhalten „die zentrale Regulationsgröße“ (Bank & Kahn 1994; zit. n. Frick 2020, 25) für die Ausprägung geschwisterlicher Beziehungen darstellt, denn es kann maßgeblich beeinflussen, ob sich zwischen Geschwistern eher kooperative, konkurrierende oder ablehnende Interaktionsmuster entwickeln. Unabhängig vom Verhalten der Eltern gelten Eifersucht und Rivalität jedoch als feste Bestandteile jeder Geschwisterbeziehung (vgl. Frick 2020, 25). Ein spezifischer Einflussfaktor auf die Beziehung, dem im weiteren Verlauf dieser Arbeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird, ist die Erkrankung eines Geschwisterkindes. In diesem Zusammenhang rücken insbesondere die gesunden Geschwister des erkrankten Kindes in den Fokus der Betrachtung.

2.1.4 Forschungsstand

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Geschwisterbeziehungen durch spezifische Merkmale, vielfältige Funktionen und unterschiedliche Einflussfaktoren charakterisiert sind. Eine große Besonderheit dieser Beziehung ist, dass es sich hier um die längste familiäre Beziehung im Leben handelt und sie die Persönlichkeit und das Aufwachsen der Kinder wesentlich beeinflusst (vgl. Brock 2015a, 11). Neben den Eltern gehören Geschwister zu den wichtigsten Bezugspersonen und gelten als „Trainingsfeld für alle späteren Beziehungen“ (Frick 2015a, 212). Die Funktionen reichen von der sozialen und emotionalen Unterstützung über die Ausbildung von Empathie, Konfliktfähigkeit und Kommunikationskompetenz bis hin zur Förderung individueller Identitätsentwicklung (vgl. Frick 2015b, 24). Einflussfaktoren wie elterliche

Differenzierung, subjektive Wahrnehmung von Fairness, die Qualität der Elternbeziehung und kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise eine Erkrankung des Geschwisterkindes, können dabei auf die Qualität der Geschwisterbeziehung einwirken (vgl. ebd., 141ff.).

Im Vorschulalter verbringen Kinder mehr Zeit mit ihren Geschwistern als mit ihren Eltern (vgl. Brock 2015b, 188). Trotz dieser intensiven und prägenden Beziehung wird dem Thema Geschwister in der pädagogischen Praxis bislang vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Weder in pädagogischen Konzepten noch in therapeutischen Ansätzen wird die Geschwisterbeziehung systematisch berücksichtigt, obwohl sie nachweislich eine zentrale Rolle im Aufwachsen und in der psychosozialen Entwicklung von Kindern einnimmt (vgl. Frick 2015a, 220; Brock 2015a, 11). Geschwisterbeziehungen bestehen ein Leben lang und unterliegen zahlreichen Veränderungen und sind zudem sehr komplex und vielfältig, was es der Forschung erschwert, allgemeingültige, relevante Schlussfolgerungen zu Geschwisterbeziehungen zu formulieren (vgl. Hackenberg 2008, 15). Als familiäres Subsystem lassen sie sich Geschwisterbeziehungen gut erforschen, solange sie im gemeinsamen elterlichen Haushalt wohnen (vgl. Onnen 2015, 99). Im folgenden Kapitel wird die Geschwisterbeziehung im Subsystem der Familie erläutert und eingeordnet.

2.2 Die Geschwisterbeziehung im Kontext der Familie

„Die Herausforderungen, die eine Krebserkrankung an die Betroffenen stellt, können nur aus einem systemischen Blickwinkel auf das Kind und sein soziales Umfeld verstanden werden“ (Leiss 2018, 226). Deshalb wird die Geschwisterbeziehung und das Erleben des gesunden Geschwisterkindes im Kontext der Familie betrachtet, die im Folgenden zunächst definiert wird. Es ist schwer, Familie zu definieren (vgl. Weidtmann 2018, 224), denn in der Literatur lassen sich verschiedene Definitionen finden. Die biologische Definition verweist auf das Vorhandensein von Blutsverwandtschaft, welche Großeltern, Onkel, Tanten, Cousinen und Cousins miteinschließen würden. Das wichtigste Kriterium der funktionalen Definition stellt das dauerhafte Zusammenleben in einem Haushalt dar, während die psychologische Definition das subjektive Erleben der Mitglieder in den Fokus stellt. Bei letzterer Definition spielt die emotional erlebte Nähe und das Zugehörigkeitsgefühl der einzelnen Mitglieder eine Rolle. Da diese Perspektive unabhängig vom Führen eines gemeinsamen Haushalts und Blutsverwandtschaft ist, stellt sie die flexibelste Begriffserklärung dar (vgl. Jungbauer 2014, 14) und wird somit als Basis dieser Arbeit verwendet. Es lässt sich festhalten, dass eine Familie sich durch „das subjektive Erleben von Nähe und Verbundenheit“, der „biologische[n] bzw. soziale[n] Elternschaft und Sorge für

die nachfolgende Generation“ (ebd., 15) beschreiben lässt. Eine passende Begriffserklärung lautet:

„Die Familie ist nicht nur die primäre und eine zentrale Instanz der menschlichen Sozialisation und Entwicklung, sondern ihr kommt auch in der subjektiven Wahrnehmung jedes Einzelnen ein Leben lang eine hohe Bedeutung zu“ (Weidtmann 2018, 209).

Die Eltern-Kind-Beziehung und die Beziehung der Geschwisterkinder untereinander müssen als zwei eigenständige, gleichwertige Arten von Beziehungen gesehen werden (vgl. Frick 2015b, 22). Dabei gilt die Geschwisterbeziehung als „gesondert[es] System [...] mit dem Charakter eines eigenen Netzwerks innerhalb der Familie, auf das im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann“ (Schmolke 2015, 295). Im Rahmen dieser Arbeit wird die Familie als System verstanden.

2.2.1 Die Familie als System

„Das Familiensystem umfasst einerseits Subsysteme (zum Beispiel Eltern, Geschwister, also Einzelpersonen) und ist andererseits eingebettet, in übergeordnete Suprasysteme, (z.B. Verwandtschaft, Freundeskreis, Wohngemeinde etc.“ (Jungbauer 2014, 22).

Auf der systemischen Ebene wird das Erleben und Verhalten des gesunden Geschwisterkindes im Gesamtkontext der es umgebenden Familiensystems gesehen (vgl. Jungbauer 2014, 23). Die Familiensystemtheorie stellt einen wesentlichen theoretischen Ansatz in der modernen Familienpsychologie dar, laut der die einzelnen Mitglieder einer Familie durch Bindung und Kommunikation miteinander verbunden sind (vgl. Jungbauer 2014, 29). Ein zentraler Aspekt spielt hier die Ganzheitlichkeit, das heißt, dass die Familie als Ganzes im Mittelpunkt steht: „Eine Familie ist mehr als die Summe ihrer Mitglieder“ (Jungbauer 2014, 30).

Eine wesentliche Frage ist dabei, wie sich die einzelnen Mitglieder im System einordnen, denn die Individuen stellen nicht nur passiv einzelne Elemente des Systems dar, sondern sind auch „autonom denkende und handelnde Subjekte“ (ebd., 28). So werden Familienprozesse als „multifaktoriell bedingte, interaktionelle Phänomene“ (ebd., 30) verstanden.

Jedes Kind versucht sich im Laufe seiner Entwicklung aus evolutionspsychologischer Sicht, von anderen zu unterscheiden (vgl. Dunn/ Plonin 1996). So beginnt die Rollenfindung in Familie bereits früh und meist bleibt die Rolle ein Leben lang, das bedeutet, wenn ein Kind seine Rolle hat, muss das andere entweder besser werden oder sucht sich einen anderen Aspekt, in dem es gut ist. Jede Geschwisterposition hat Vor- und Nachteile, jedoch sind keine allgemeingültigen Aussagen möglich, da es viele komplexe Einflussfaktoren gibt. Grundsätzlich kann man sagen, dass sich Ältere oft verantwortlicher fühlen als Jüngere (vgl. Frick 2015a, 207f.).

Eins der wichtigsten Merkmale der systemischen Perspektive in Bezug auf die Familie ist, dass Wechselwirkungen nicht nur zwischen dem Verhältnis von einzelnen Personen und der Familie

stehen, sondern, dass auch Wechselbeziehungen zwischen den Beziehungen von Familiensystemen oder zwischen Subsystemen innerhalb eines Familiensystems bestehen, wie zum Beispiel zwischen dem Subsystem der Geschwisterbeziehung und dem Elternsystem (vgl. Schneewind 2010, 201).

In Anlehnung an die Familiensystemtheorie lassen sich drei Ebenen differenzieren, auf denen familiäre Dynamiken beschrieben und analysiert werden können: die personale Ebene, auf der eine einzelne Person als körperlich-seelisches System verstanden wird; die interpersonale Ebene, auf der die Qualität und Struktur bedeutsamer sozialer Beziehungen, wie etwa der Geschwisterbeziehung, im Fokus stehen, sowie die systemische Ebene, die das Verhalten einzelner Mitglieder im Kontext des gesamten Familiensystems betrachtet (vgl. Jungbauer 2014, 23). Diese theoretische Differenzierung bildet die konzeptionelle Grundlage der vorliegenden Arbeit. Die personale Ebene wird im vierten Kapitel anhand der Situationsbeschreibung des gesunden Geschwisterkindes aufgegriffen. Darauf aufbauend folgt im fünften Kapitel eine Analyse der interpersonalen Ebene, bei der die Auswirkungen einer onkologischen Erkrankung auf die Geschwisterbeziehung thematisiert werden. Beide Ebenen werden in die übergeordnete systemische Perspektive eingebettet, indem im dritten Kapitel die besonderen familiären Anforderungen, die durch eine Krebserkrankung entstehen, näher erläutert werden.

Bei der Bewältigung von Belastungen im Familienzyklus kann ein ambivalentes Erleben beobachtet werden, wobei es objektive und subjektive Belastungsaspekte gibt. Wichtig ist es, zwischen Familienstress und Familienstressoren zu unterscheiden. Zu den Familienstressoren können zum Beispiel die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds oder die Erkrankung eines Kindes zählen. Dabei spielt es eine Rolle, wie bedrohlich diese Erkrankung ist, wie sie sich auf die Familie auswirkt und wie diese Auswirkungen von den Familienmitgliedern bewertet werden. Welche Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zur Verfügung stehen und wie zuversichtlich die Mitglieder mit der Belastung umgehen, hat ebenfalls Einfluss auf den Familienstress, der bei einer Erkrankung entstehen kann (vgl. Jungbauer 2014, 37). Zusammenfassend lassen sich „Familienstress“ und „Familienstressoren“ wie folgt definieren:

„Familienstressoren sind potenziell belastende Ereignisse und Veränderungen, die im Verlauf des Familienlebenszyklus auftreten. Die damit verbundene emotionale Belastung im Familiensystem wird als Familienstress bezeichnet. Inwieweit Familienstress auftritt, hängt von der Belastungsverarbeitung der Familienmitglieder ab“ (Jungbauer 2014, 37).

Zunächst sind Familienstressoren als objektive Faktoren anzusehen, die sich erst dann in Form von Stress auswirken, wenn sie von einem oder mehreren Mitgliedern der Familie auf eine bestimmte Art wahrgenommen werden (vgl. Schneewind 2010, 111). Deshalb ist es in Bezug auf die Forschungsfrage interessant und wichtig, vor allem das subjektive Erleben des gesunden

Geschwisterkindes näher zu betrachten. Davor wird jedoch erst das ABCX- oder auch Krisenmodell genannt, vorgestellt, um im weiteren Verlauf der Arbeit die Auswirkungen der Krebserkrankung eines Kindes im System der Familie verständlich darzustellen.

2.2.2 ABCX- Stressmodell

Das ABCX- Modell, auch als Familienkrisenmodell von Hill (1958) bezeichnet, wird so beschrieben, dass A für das Stressereignis steht und mit B, den Krisenbewältigungsressourcen der Familie, interagiert. Zusammen mit C, der Definition der Familie des Ereignisses, entsteht die sogenannte Krise X. Abhängig von der Familienorganisation kann dann eine Phase der Desorganisation, der Erholung oder eine Neuorganisation der Krisenbewältigung stattfinden (vgl. Schneewind 2010, 109f.). Dieses Phasenmodell zur Bewältigung von Familienstress beschreibt familiäre Anpassungsprozesse auf Krisensituationen (vgl. ebd., 110). Da sich die onkologische Erkrankung eines Kindes der Familie als Krise verstehen lässt (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 648), eignet sich dieses Modell gut, um die Auswirkungen dieses Stresses auf die Familie und konkret auf die Geschwisterbeziehung zu verstehen. Außerdem lässt es eine familiensystemische Perspektive zu und das subjektive Erleben der einzelnen Mitglieder spielt eine wesentliche Rolle, weshalb dieses Modell zur Beschreibung der Belastungen, die sich für die betroffenen Familien ergeben, gut eignet und deshalb in dieser Arbeit verwendet wird.

Das ABCX- Modell wurde von Cubbin und Patterson (1983) zum doppelten ABCX- Modell erweitert, aus dem Hintergrund heraus, dass eine Krise, weiter Stressoren verursachen kann. Je nach Kriseneinschätzung der Familie und weitem zur Verfügung stehenden Ressourcen, entsteht dann das jeweilige Krisenbewältigungsverhalten der Familie, die dann je nach Bewältigung zu einer gelungenen oder misslungenen Anpassung der Familie an die Stresssituation führen kann (vgl. Schneewind 2010, 110). Folgende Abbildung stellt dies grafisch dar.

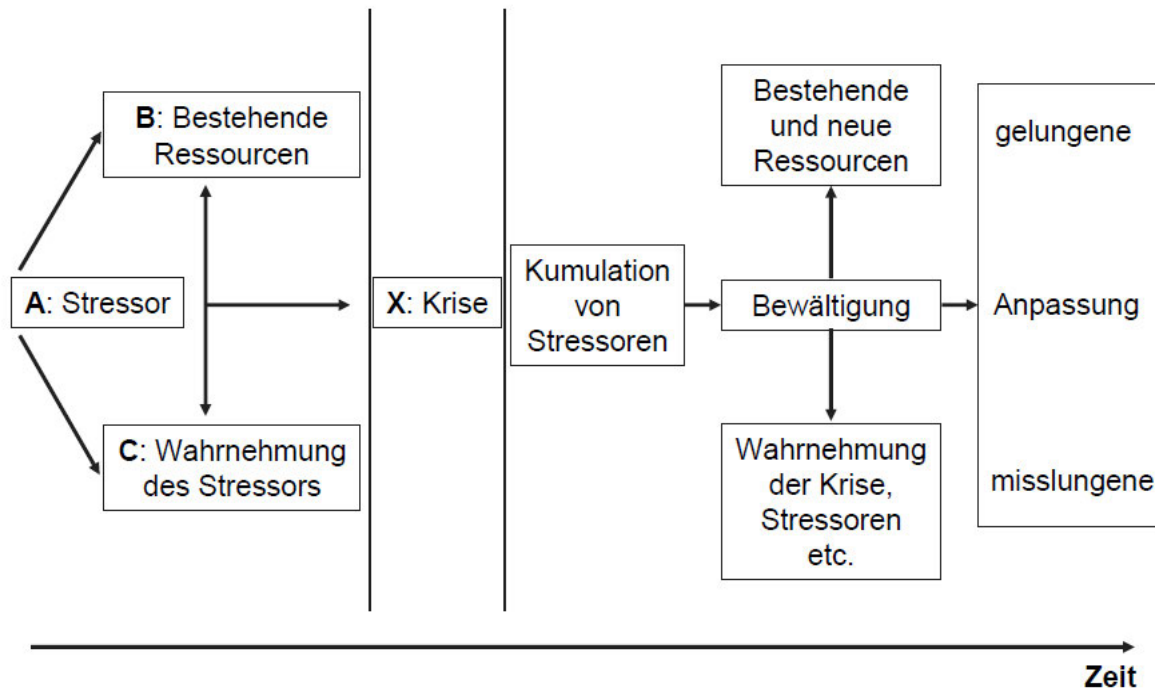


Abb. 1: Das doppelte ABCX-Stressmodell (McCubbin/ Patterson 1983 in: Schneewind 2010, 108)

Da die Familienstressoren, wie vorher bereits erwähnt, erst durch die subjektive Wahrnehmung eines Einzelnen zum Tragen kommen, liegt in der subjektiven Bewertung des Stressors bereits eine Voraussetzung der Bewältigung (vgl. Schneewind 2010, 111). Dabei ist das Ausmaß des Stresses davon abhängig, welche Bewältigungsmöglichkeiten einer Familie zur Verfügung stehen. Es spielen erstens die familieninterne Definition von Stressoren, zweitens die individuelle und familiäre Bewältigungsressourcen und drittens die funktionalen und dysfunktionalen Bewältigungsformen eine Rolle (vgl. ebd., 111f.).

Inwiefern der Stressor der Krebserkrankung eines Geschwisterkindes sich in diesem Zusammenhang auf die Familie und auf die Geschwisterbeziehung auswirken kann, soll im weiteren Verlauf erläutert werden. Dazu ist es zunächst sinnvoll, sich mit kindlichen Krebserkrankungen im Allgemeinen zu beschäftigen, um die Anforderungen, die sich daraus für die Familie und vor allem auch für das gesunde Geschwisterkind ergeben können, nachzuvollziehen.

3 Die akute Behandlungsphase bei Krebserkrankungen im Kindesalter

In diesem Kapitel wird die akute Behandlungsphase bei einer onkologischen Erkrankung im Kindesalter näher beschrieben. Zunächst folgen ein paar allgemeine Informationen zu Krebserkrankungen im Kindesalter. Dabei werden typische Behandlungsverläufe erläutert, um schließlich die Anforderungen, die sich daraus für die betroffene Familie ergeben, nachvollziehen zu können. Im Kontext von „Schattenkindern“ wird häufig von chronischen Erkrankungen gesprochen. Diese lassen sich wie folgt definieren:

„Der Ausdruck ‚chronisch‘ lässt sich von den altgriechischen Begriffen ‚chrónos‘ für ‚Zeit, Dauer‘ bzw. ‚chrónios‘ für ‚langwierig, zögernd‘ ableiten. Als ‚chronische Erkrankung‘ bezeichnet man eine langsam entstehende und/oder lang (oft lebenslang) andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung oder Störung, die zwar medizinisch behandelbar, jedoch in der Regel nicht heilbar ist. Patienten mit chronischen Erkrankungen sind somit über einen langen Zeitraum ihres Lebens auf kontinuierliche medizinische Betreuung angewiesen“ (Hoß/ Maier 2013, 2).

In der Literatur werden neben chronisch kranken auch behinderte und krebskranke Kinder berücksichtigt. Oft wird zwischen ihnen jedoch keine klare Unterscheidung getroffen, sodass Geschwister behinderter Kinder oft mit Geschwistern von Kindern mit einer chronischen Erkrankung gleichgesetzt werden. In dieser Arbeit liegt der Fokus auf onkologischen Erkrankungen. Zwar bestehen grundsätzlich viele Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen chronischen Erkrankungen, dennoch zeigen sich auch bedeutsame Unterschiede, die unter anderem das Ausmaß der mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen, den Grad der Lebensbedrohlichkeit, die Sichtbarkeit der Krankheit sowie die Intensität und Nebenwirkungen der erforderlichen Behandlungen betreffen (vgl. Hoß/ Maier 2013, 9; Seiffge- Krenke 2013, 35). Obwohl sie akut auftreten, zählen onkologische Erkrankungen auch zu chronischen Krankheiten (vgl. Hoß/ Maier 2013, 16). Eine Besonderheit im Unterschied zu anderen chronischen Erkrankungen ist jedoch, dass sie in der Regel, vor allem bei Kindern heilbar sind. So beträgt die Fünf-Jahres- Überlebenschance 80 Prozent (vgl. Kaatsch 2018, 166). Dennoch spielt bei Krebserkrankungen die langfristige Lebensbedrohung eine bedeutende Rolle im Alltag der Familie. Zum einen ist die Behandlung einer Krebserkrankung sehr langwierig, sie dauert viele Monate bis Jahre und auch nach der Akutbehandlung folgen regelmäßige Nachuntersuchungen. Die potenzielle Rückkehr des Krebses, auch Rezidiv genannt, und Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie können langfristige Spätfolgen nach sich ziehen. Deshalb sind die belastenden Auswirkungen für die Familienangehörigen und Geschwister nicht unerheblich (vgl. Hoß/ Maier 2013, 16).

3.1 Definition und Grundlagen

Krebs ist ein Oberbegriff für bösartige Erkrankungen, bei denen sich bestimmte Körperzellen unkontrolliert vermehren. Diese veränderten Zellen halten sich nicht mehr an die physiologische Wachstumsregulation, verteilen sich in das umliegende Gewebe und können sich über das Blut- oder das Lymphsystem in andere Körperbereiche ausbreiten. Dabei verlieren sie ihre ursprüngliche Aufgabe im Körper und können gesundes Gewebe zerstören (vgl. Jäger 2017, 4). Die Begriffe *Krebs* und *onkologische Erkrankung* werden in dieser Arbeit synonym verwendet und bezeichnen beide bösartige Neubildungen von Körperzellen.

Die am häufigsten auftretende Krebsart im Kindesalter ist die Leukämie (vgl. Bergsträsser 2017, 764), bei der es sich um eine Erkrankung des blutbildenden Systems handelt. Dabei werden unreife weiße Blutzellen, in großer Zahl im Knochenmark gebildet, welche die normale Blutbildung verdrängen (vgl. Emadi/ Law 2025). Dies führt zu Symptomen wie Fieber, Blutungen, Lymphknotenschwellungen und Knochenschmerzen (vgl. Bergsträsser 2017, 764).

3.2 Epidemiologie und Prognose

In Industrieländern stellen onkologische Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache im Kindesalter dar. In Deutschland erkranken ungefähr 1800 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren neu an Krebs. Dies entspricht einer jährlichen Inzidenz von 160 pro 1 Millionen Kinder, die unter 15 Jahren alt sind. Die am häufigsten vorkommende Krebsform sind Leukämien (Blutkrebs) mit 32,9%, gefolgt von 24,6% Tumoren des zentralen Nervensystems und 10,7% Lymphomen (Lymphknotenkrebs). Bei den ein- bis vierjährigen Kindern handelt es sich bei 45% der onkologischen Erkrankungen um Leukämien. Bei den 5-14-Jährigen machen Leukämien zusammen mit ZNS-Tumoren (Krebserkrankungen des Zentralen Nervensystems) und Lymphomen 75% aller Krebserkrankungen in dieser Altersspanne aus. Die Inzidenz an Krebserkrankungen ist in den ersten fünf Lebensjahren doppelt so hoch wie bei den 5–14-Jährigen (vgl. Kaatsch 2018, 164f.).

Es wird angenommen, dass die Anzahl der Neuerkrankungen in Zukunft weiterhin steigen wird. Ein Anstieg der Krebsinzidenz in den letzten Jahren in den Industrieländern liegt bereits vor und lässt sich auf veränderte Lebensumstände der letzten Jahre zurückführen. Sozialstrukturen, Umweltfaktoren, Still- und Impfverhalten sowie allgemeine Veränderungen des Lebensstils machen die Entstehungen von onkologischen Erkrankungen nachvollziehbar. Neben Lebensstilfaktoren werden auch noch genetische Prädispositionen, Schwangerschaftsfaktoren und immunologische Faktoren als Ursache zur Entstehung von Krebserkrankungen angenommen.

Generell sind die genauen Ursachen der Krankheitsentstehung noch nicht zu genüge erforscht, da hier multiple Faktoren eine beeinflussende Rolle spielen (vgl. ebd., 166f.).

Die Prognose hat sich in den letzten Jahren jedoch ebenfalls verbessert. 1980 betrug die 5 Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit noch 69%, während sie heute bei über 80% liegt (vgl. ebd.). Damit sind die Heilungschancen bei Kindern deutlich höher als bei Erwachsenen (vgl. Yeo 2024). Insgesamt hängt die Prognose jedoch stark von der genauen Diagnose ab. AML-Patienten, also Kinder mit einer akuten myeloischen Leukämie, versterben innerhalb von 10 Jahren zu 30%: Gleichzeitig liegt die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Hodgkin Lymphomen und Retinoblastomen (Tumoren der Netzhaut) bei nahezu 97-98%. Heutzutage liegt ein großer Fokus auf der Verhinderung bzw. Minimierung von Spätfolgen.

„Daher ist es nicht mehr primäres Ziel, eine hohe ereignisfreie Überlebens Wahrscheinlichkeit zu erzielen, sondern bei gleichbleibend hohen Heilungschancen das Auftreten möglicher Spätfolgen mit Hilfe risikoadaptierter Therapien zu minimieren“ (Kaatsch 2018, 166).

3.3 Verlaufsmuster und therapeutische Maßnahmen

Insgesamt unterscheidet sich die Behandlungsdauer und ihre Intensität je nach Art der Krebserkrankung, jedoch wird im Rahmen dieser Arbeit von einer durchschnittlichen Dauer von zwei Jahren ausgegangen, da die akute Behandlungsphase bei Leukämien, die einen Großteil der Krebserkrankungen im Kindesalter ausmachen, zwei Jahre beträgt (vgl. Bergsträsser 2017, 764) und sich andere pädiatrische Krebserkrankungen, wie es aus praktischen Erfahrungen im pflegerischen Alltag ersichtlich wird, in einem vergleichbaren zeitlichen Rahmen bewegen. Diese Zeitspanne ist, vor allem aus Sicht der Kinder, eine langwierige Zeit, die zunächst zwar nicht lebenslang, ist, aber durchaus eine langanhaltende gesundheitliche Beeinträchtigung mit sich bringt und aus Kinderperspektive je nach Alter fast ihr halbes Leben umfassen kann.

Die Krebsbehandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland findet in bestimmten onkologischen Zentren wie zum Beispiel Universitätskliniken statt. Zentral für die Behandlung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die sowohl auf medizinischem als auch pädagogischem Personal besteht. Auch die psychosoziale Betreuung der Familien, vor allem der gesunden Geschwisterkinder ist hier von großer Bedeutung (vgl. Hoß/ Maier 2013, 16). Aufgrund der Behandlung und therapiebedingter Komplikationen, verbringen die Familien viel Zeit in der Klinik (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 649).

Je nach Art des Tumors unterscheiden sich die jeweiligen Therapien. Generell werden Chemotherapien, Bestrahlungen, Operationen und Stammzelltransplantationen angewendet. Häufig werden einige Therapien auch miteinander kombiniert. Dann spricht man von Kombinations-therapien. Häufig sind diese sehr langwierig und stellen durch erhebliche Nebenwirkungen auch eine große Belastung dar (vgl. Hoß/ Maier 2013, 16). Allgemein sind Krebserkrankungen in der

Pädiatrie häufig durch ein schnelles Wachstum und intensiven Zytostatika Gaben gekennzeichnet (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226). Zytostatika bezeichnen tumorwirksame Medikamente, die das Wachstum und die Vermehrung von Krebszellen hemmen oder deren Absterben fördern. Obwohl keine einheitliche Definition vorliegt, wird der Begriff häufig für Substanzen verwendet, die direkt im Zellkern wirken, meist durch Eingriffe in die DNA, und dadurch die Teilung und Ausbreitung von Tumorzellen verhindern. Chemotherapie meint die Behandlung von Krebserkrankungen mit Zytostatika. Sie birgt einige Nebenwirkungen, die dadurch entstehen, dass die eingesetzten Zytostatika nicht nur Krebszellen, sondern auch gesunde, sich rasch teilende Zellen im Körper angreifen. Dazu zählen insbesondere Zellen der Schleimhäute, der Haarwurzeln sowie des blutbildenden Systems. Infolgedessen können Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall und eine Schwächung des Immunsystems auftreten. Diese Wirkungen sind Ausdruck der mangelnden Selektivität klassischer Zytostatika, die nicht gezielt zwischen gesunden und bösartigen Zellen unterscheiden, sondern auf alle Zellen mit hoher Teilungsrate wirken (vgl. Kroner/ Müller 2017, 135f.).

Da Zytostatika auch blutbildende Zellen angreifen, kommt es während und zwischen den Therapiegaben zum Transfusionsbedarf. Das heißt, dass durch die Chemotherapie verringerten Erythrozyten, die den Sauerstoff im Blut transportieren, und die Thrombozyten, die für die Blutgerinnung verantwortlich sind, durch Bluttransfusionen aufgefüllt werden. Auf diese Transfusionen können die Kinder mit Ausschlag, Fieber oder Blutdruckabfall reagieren (vgl. Kohorst/ Khazal/ Tewari/ Petropoulos/ Mescher/ Wang et al. 2020). Dennoch sind sie zwingend notwendig, da ein Erythrozytenmangel (roten Blutkörperchen) zu Anämie und damit zu verstärkter Müdigkeit und Blässe und eine verringerte Thrombozytenkonzentration im Blut zu einem erhöhten Blutungsrisiko führt (vgl. Emadi/ Law 2025). Aufgrund des geschwächten Immunsystems ist das Auftreten von Fieber während und zwischen den Therapieblöcken immer mit einem stationären Aufenthalt und Antibiotikagaben verbunden (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, S. 649f.).

Viele Kinder leiden während der Therapie unter Übelkeit und Erbrechen, dem durch Medikamente zwar vorgebeugt werden, es jedoch nicht immer verhindert werden kann. Die regelmäßige Einnahme von Cortison, welches oft Bestandteil der Therapie ist (vgl. o. A. 2021b), bringt auch einige Nebenwirkungen mit sich. So sehen die Kinder durch Fettablagerungen im Gesicht häufig aufgedunsen aus, nehmen durch Heißhungerattacken an Gewicht zu und können schlechte Laune entwickeln, die bis hin zu psychischen Auffälligkeiten führen kann (vgl. o. A. 2021a). Bei einer wesentlichen Anzahl der Kinder, ca. 60 Prozent, kommen Appetitlosigkeit, ein verändertes Hungergefühl und Gewichtsabnahme hinzu. Auch das Thema Schmerzen ist,

sowohl durch diagnostische Maßnahmen wie Blutentnahmen, Knochenmarks- oder Lumbalpunktionen, als auch therapiebedingt durch beispielsweise Schleimhautentzündungen im Mund, die ebenfalls zu den Nebenwirkungen der Chemotherapie zählen (vgl. Kroner & Müller 2017, 141), stets präsent (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 649f.).

Auch nach der erfolgreich abgeschlossenen akuten Behandlungsphase, können im weiteren Lebensverlauf Langzeitschäden auf die Kinder zukommen. Dazu gehören Wachstumsstörungen, Organschädigungen, Unfruchtbarkeit, psychische Probleme sowie die Entstehung einer zweiten Krebserkrankung (vgl. Yeo 2024). Da das sich noch entwickelnde Gehirn besonders vulnerabel gegenüber zytotoxischen Einflüssen der Chemotherapie ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsverzögerungen (vgl. Marusak/ Iadipaolo/ Harper/ Elrahal/ Taub/ Goldberg et al. 2018, 25f.).

Akut steigern die Therapien also das Infektionsrisiko und machen langfristig das Risiko einer erneuten Krebserkrankung wahrscheinlicher (vgl. Hoß/ Maier 2013, 9). Über die somatischen Belastungen hinaus, kommen auch emotionale Sorgen hinzu. So spielt die Trennung von der Bezugsperson eine große Rolle, vor allem dann, wenn das Kind noch klein ist. Das Kind selbst nimmt die Krankheit im Hier und Jetzt wahr und kann sich auch als Bestrafung ansehen. Die Bedeutung von Krankheit und Sterben nimmt zu (vgl. Leiss/ Di Gallo 2017, 226).

Der „Alltag wird plötzlich durch fremdbestimmte Verpflichtungen wie Einnahme von Medikamenten, unangenehme Prozeduren und einer unbekannteren Umgebung, nämlich die einer Klinik, dominiert“ (Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 650).

Dies kann einige Einschränkungen mit sich bringen. Unter anderem verzichten die Kinder auf Zeit zum Spielen mit ihren Geschwistern (vgl. ebd.).

Insgesamt stellen regelmäßige Arzt- und Krankenhausbesuche, Medikamenteneinnahme inklusive potenzieller Nebenwirkungen dieser Medikamente, die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, zum Beispiel bei Fatigue, die Veränderung des Aussehens durch Haarausfall, Gewichtsabnahme oder Aufgedunsen sein durch Cortison, Schmerzen und generelle Einschränkungen der Lebensqualität (vgl. Hoß/ Maier 2013, 13) eine große Belastung, nicht nur für das erkrankte Kind, sondern auch für seine gesamte Familie dar (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 648).

3.4 Anforderungen an die Familie des an Krebs erkrankten Kindes

„Die physischen und emotionalen Anforderungen an alle Familienmitglieder sind hoch, es müssen große Anstrengungen unternommen werden, um den neuen Erfordernissen gerecht zu werden. Veränderungen in der Familienroutine sind unausweichlich: Das Leben dreht sich nunmehr um das erkrankte Kind, seine Krankenhausaufenthalte, seine Behandlung und seine gesundheitliche Verfassung. Die Folgen hat die ganze Familie zu tragen, die Lebensbereiche eines jeden Familienmitgliedes sind betroffen“ (Finkbeiner/ Bergsträsser, 2017, S. 648).

Durch die Erkrankung eines Kindes wird der gesamte Lebensstil der Familie verändert, sodass kurzfristige Entscheidungen und Unternehmungen fast nicht mehr möglich sind (vgl. Seiffge-Krenke 2013, S. 41). So müssen Eltern beispielsweise immer in der Nähe und bereit sein spontan in die Klinik zu fahren, wenn das Kind Fieber hat. Für die meisten Kinder hat ein Krankenhausaufenthalt etwas Beängstigendes, weshalb die Eltern in der Regel dazu animiert werden, bei ihrem erkrankten Kinde zu bleiben und sie bei Krankenhausaufenthalten und Behandlungen zu begleiten, vor allem, wenn die Kinder noch sehr jung sind (vgl. Blatt 2023).

Es können unterschiedliche Krankheitsphasen beschrieben werden, die mit bestimmten Belastungen korrelieren können. Die Phase vor der Diagnosestellung ist zunächst von Unwissenheit geprägt. Die Diagnosestellung bringt dann die Gewissheit der lebensbedrohlichen Erkrankung mit sich. Die Anhängigkeit vom Behandlungsteam ist mit Kontroll- und Kompetenzverlust verbunden und die akute Behandlungsphase, auf der in dieser Arbeit der Fokus gelegt wird, zeichnet sich, wie im vorherigen Kapitel genauer erläutert, durch zahlreiche medizinische Maßnahmen, Interventionen und potenziellen Komplikationen aus, was eine flexible Alltagsanpassung erforderlich macht (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226). So muss zum Beispiel die Betreuung der gesunden Geschwisterkinder organisiert und die Unterbrechung der Berufsfähigkeit geklärt werden. Hinzu können finanzielle Belastungen durch den Kauf bestimmter Nahrungsmittel oder die häufigen Fahrten zum Krankenhaus kommen (vgl. Seiffge-Krenke 2013, 40f.). Oft stehen Eltern vor der Herausforderung sich nicht nur um das erkrankte, sondern auch um die gesunden Geschwisterkinder zu kümmern und weiterhin ihrer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Besonders schwierig ist das für Familien, die einige Kilometer entfernt vom Klinikum wohnen (vgl. Yeo 2024). Ein weiterer einschränkender Faktor ist die Reduktion der sozialen Kontakte, Abwesenheit in der Schule und Konflikte am Arbeitsplatz der Eltern (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226). So wird die Routine der Familie kognitiv, emotional und auf der Ebene des Verhaltens sehr durch den Krebs des Kindes beeinflusst und erfordert eine Anpassung der ganzen Familie (vgl. Seiffge-Krenke 2013, 40f.).

Darüber hinaus können auch krankheitsunabhängige Belastungen eine Rolle spielen. Finanzielle Notlagen, Arbeitslosigkeit, getrenntlebende Eltern oder weitere Erkrankungen in der Familie zählen dazu. Aber auch familiäre Ressourcen, wie eine offene Kommunikation innerhalb der Familie, gemeinsam geteilte Werte, realistische Krankheitskonzepte, stabile Wohn- und Arbeitsverhältnisse und ein positives Selbstbild, sind von großer Bedeutung (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 227).

Die onkologische Erkrankung eines Kindes führt häufig zu tiefgreifenden Veränderungen innerhalb der familiären Struktur und Dynamik. Dann kann es zu Rollenumstrukturierungen

sowie zu einer spürbaren Veränderung des Familienklimas kommen. Vor allem Mütter übernehmen vermehrt die Pflege und Betreuung des erkrankten Kindes, was zu einer intensiveren Bindung zwischen beiden führen kann, jedoch gleichzeitig das Risiko birgt, andere Familienmitglieder emotional und organisatorisch auszuschließen. In vielen Fällen zeigt sich, dass sich Väter in dieser Konstellation eher passiv verhalten, wodurch sich die innerfamiliäre Rollenverteilung weiter verschiebt (vgl. Seiffge-Krenke 2013, 41).

Ein zentrales Belastungselement stellt die Angst um die potenzielle Sterblichkeit des erkrankten Kindes dar. Die Diagnose muss zunächst kognitiv verarbeitet werden und parallel dazu sind Informationen über die Erkrankung und deren Behandlung zu beschaffen. Auch der Umgang mit komplexen emotionalen Reaktionen wie Wut, Scham, Trauer und Verzweiflung muss erst erlernt werden (vgl. ebd. 36ff.). Im Rahmen palliativer Behandlungen spielt die Auseinandersetzung mit dem Tod sowie dem bevorstehenden Abschied und der damit einhergehenden Trauer eine zentrale Rolle.(vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 227.). Die elterliche Akzeptanz einer schweren Erkrankung des eigenen Kindes stellt häufig eine erhebliche emotionale Herausforderung dar und nicht selten fällt es ihnen schwer, die Diagnose zu verarbeiten, und die daraus resultierenden Veränderungen im Familienleben anzunehmen. Infolge der intensiven Sorge um das erkrankte Kind kann es dazu kommen, dass die Bedürfnisse der gesunden Geschwisterkinder in den Hintergrund geraten. Diese ungleiche Verteilung von Aufmerksamkeit und Zuwendung kann bei den Geschwisterkindern Gefühle von Vernachlässigung und Eifersucht hervorrufen, insbesondere dann, wenn sie wahrnehmen, dass dem kranken Kind eine bevorzugte Rolle innerhalb der Familie zukommt. Gleichzeitig kann das erkrankte Kind unter Schuldgefühlen leiden, wenn es sich als Ursache familiärer Konflikte oder als Belastung wahrnimmt. Auf Seiten der Eltern kann es vorkommen, dass sie aus Nachgiebigkeit zum erkrankten Kind keine konsequente Erziehung durchziehen (vgl. Blatt 2023).

Die familiäre Routine wird während der akuten Behandlungsphase dahingehend verändert, dass regelmäßige Untersuchungen, Blutkontrollen und Medikamentengaben häufige Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, was verlängerte Abwesenheiten vom Wohnraum der Familie bedeuten kann und neben der emotionalen Belastung auch sowohl organisatorische, zeitliche als auch finanzielle Erfordernisse mit sich bringt (vgl. Seiffge- Krenke 2013, 40f). Damit betrifft die onkologische Erkrankung also nicht nur das erkrankte Kind selbst, sondern alle Mitglieder der Familie. Die gesamte Familie ist gefordert, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen (vgl. ebd., 43), indem bestehende Ängste und Sorgen bewältigt, sowie der gesamte Familienalltag neu organisiert werden müssen. Rollen und Erwartungen werden an die Situation angepasst. Dabei beeinflussen sich die Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen der einzelnen

Mitglieder wechselseitig, weshalb die Auswirkungen „nur aus einem systemischen Blickwinkel auf das Kind und sein soziales Umfeld verstanden werden“ (Leiss/ Di Gallo 2018, 226) können. Dafür werden die sich ergebene Belastung im Folgenden in Bezug auf das ABCX-Modell nochmal zusammengefasst.

3.5 Einordnung der familiären Belastungen in das ABCX-Modell

Nachdem nun die Anforderungen und der sich daraus ergebene Familienstress, der sich im Zusammenhang der Krebserkrankung eines Kindes entwickeln kann, ersichtlich wurde, werden die familiären Belastungen nun in das ABCX-Modell nach Hill eingeordnet. Wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, handelt es sich dabei um ein Phasenmodell zur Bewältigung von Familienstress, welches familiäre Anpassungsprozesse auf Krisensituationen beschreibt (vgl. Schneewind 2010, 110).

Der Stressor (A) stellt in diesem Kontext die Diagnose einer onkologischen Erkrankung bei einem Kind dar, da es sich dabei um ein tiefgreifendes, potenziell lebensbedrohliches Ereignis handelt, das das gesamte Familiensystem destabilisieren kann. Die akute Behandlungsphase ist durch zahlreiche medizinische Interventionen, Unsicherheiten hinsichtlich des Behandlungserfolgs, intensive Krankenhausaufenthalte und die Konfrontation mit der Möglichkeit eines Rezidivs gekennzeichnet. Die damit potenziell einhergehende massive Veränderung der Alltagsstruktur und Einschränkung der individuellen und familiären Lebensqualität können zudem zusätzlichen Stress darstellen. (vgl. Leiss/ Di Gallo 2017, 226; Hoß/ Maier 2013, 16).

Die Ressourcen (B), die zur Bewältigung des Stressors beitragen können, sind beispielsweise ein stabiler familiärer Zusammenhalt, offene Kommunikation, ein gemeinsames Krankheitsverständnis, Flexibilität in der Aufgabenverteilung, emotionale Belastbarkeit sowie ein positives Selbstkonzept. Externe Ressourcen können sich in Form eines tragfähigen sozialen Netzwerks, professioneller psychosozialer Begleitung, medizinischer Versorgung in spezialisierten Zentren sowie institutioneller Unterstützung, etwa durch Schule oder Arbeitgeber, darstellen (vgl. Leiss/ Di Gallo 2017, 227).

Entscheidend für die Entstehung oder Vermeidung einer familiären Krise ist die subjektive Bewertung (C) des Ereignisses, denn diese bestimmt maßgeblich, ob das Stressereignis als bewältigbar, kontrollierbar oder bedrohlich wahrgenommen wird. Dabei beeinflusst die elterliche Interpretation der Erkrankung nicht nur ihr eigenes Coping-Verhalten, sondern auch die emotionale Stabilität und Orientierung der Kinder. Wird die Erkrankung als unkontrollierbar oder existenziell bedrohlich wahrgenommen, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Überforderung. Die Art der Bewertung hängt unter anderem von bisherigen Erfahrungen, dem Zugang zu Information,

der individuellen Krankheitsverarbeitung und der familiären Resilienz ab (vgl. Schneewind 2010, 111).

Die Komponente X steht für das Auftreten einer Krise, die entsteht, wenn die Anforderungen (A) die zur Verfügung stehenden Ressourcen (B) übersteigen und das Ereignis (C) negativ bewertet wird. Im Kontext der kindlichen Krebserkrankung kann sich diese häufig in Form emotionaler Überlastung, Rollenkonflikten, elterlicher Hilflosigkeit, Geschwisterkonflikten, finanziellen Sorgen und sozialer Isolation äußern. Darüber hinaus kann es zu einer Desorganisation des Familienalltags kommen, die sich auf allen Ebenen, kognitiv, emotional, verhaltensbezogen und strukturell, manifestieren kann (vgl. Seiffge-Krenke 2013, 40f.; Blatt 2023).

Das ABCX-Modell trägt dem Umstand Rechnung, dass familiäre Belastungsreaktionen nicht linear verlaufen, sondern das Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen Stressor, Ressourcen und subjektiver Bewertung sind. Außerdem unterstreicht es die Notwendigkeit einer systemischen Betrachtungsweise, die das gesamte Familiensystem, einschließlich der gesunden Geschwisterkinder, in die Analyse einbezieht. Wie durch dieses Kapitel ersichtlich wurde, betrifft die onkologische Erkrankung eines Kindes nicht nur das erkrankte Kind selbst, sondern kann die gesamte familiäre Struktur, Dynamik und Kommunikation verändern (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226). So bietet dieses Modell eine geeignete theoretische Grundlage, um die Belastungen, Ressourcen und Anpassungsstrategien von Familien mit einem an Krebs erkrankten Kind zu erfassen. Die vier Komponenten des Modells, Stressor, Ressourcen, subjektive Bewertung und Krise, verdeutlichen, dass nicht die objektive Schwere der Erkrankung allein über eine Krisenentwicklung entscheidet, sondern deren Wechselwirkung mit familiären Bewältigungsfähigkeiten und individuellen Deutungsmustern (vgl. Schneewind 2010, 111f.). In welcher Weise dies die Situation des gesunden Geschwisterkindes beeinflussen kann und wie dieses Kind die daraus möglicherweise resultierende Belastung wahrnimmt, wird im nächsten Abschnitt untersucht.

4 Die familiäre Situation der Geschwister krebskranker Kinder

In der wissenschaftlichen Literatur werden gesunde Geschwisterkinder in diesem Zusammenhang häufig als sogenannte „Schattenkinder“ bezeichnet, ein Begriff, der auf ihre geringere Sichtbarkeit im familiären und gesellschaftlichen Kontext verweist (vgl. Hantel-Quitmann, 2016, 142; Kaufmann 2022, 4). Sie geraten oftmals aus dem Fokus der elterlichen Aufmerksamkeit sowie aus dem Blickfeld medizinischer und pädagogischer Fachkräfte. Diese Begrifflichkeit ist jedoch auch kritisch zu betrachten, da sie den Kindern implizit eine passive, schwache oder gar hilflose Rolle zuschreibt und damit der aktiven, unterstützenden Funktion, die viele dieser Kinder innerhalb des Familiensystems einnehmen, nicht gerecht wird. Vielmehr verdienen sie Anerkennung als tragende Stützen der Familie, nicht selten werden sie daher auch als *Helden* beschrieben (vgl. Kaufmann 2022, 4). Das vorliegende Kapitel widmet sich dem Erleben der gesunden Geschwisterkinder während der akuten Behandlungsphase, indem es dargestellt, welche Veränderungen die akute Behandlungsphase des erkrankten Kindes im familiären Alltag mit sich bringt und in welcher Weise das gesunde Geschwisterkind diese Veränderungen erlebt und wahrnimmt. Die Analyse erfolgt sowohl auf der personalen als auch auf der systemischen Ebene, jenem Bereich, der das Verhalten einzelner Mitglieder im Kontext des gesamten Familiensystems betrachtet (vgl. Jungbauer 2014, 23) und bereits im zweiten Kapitel der Arbeit erläutert wurde.

Die Verarbeitung einer schweren Erkrankung innerhalb der Familie kann nur im jeweiligen entwicklungspsychologischen Kontext angemessen verstanden werden, insbesondere dann, wenn sich sowohl das erkrankte Kind als auch das gesunde Geschwisterkind noch in einem aktiven Entwicklungsprozess befinden. Ihre Ressourcen zur Krankheitsbewältigung sind dabei in hohem Maße von altersspezifischen Faktoren wie dem Krankheitsverständnis und der Abhängigkeit von primären Bezugspersonen geprägt (vgl. Seiffge-Krenke 2013, 35). Aus diesem Grund fokussiert dieses Kapitel insbesondere auf Vorschulkinder, da, wie im noch folgenden Unterkapitel *Krankheitsverständnis* beschrieben, bei ihnen diese entwicklungspsychologischen Merkmale besonders deutlich hervortreten (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 650).

4.1 Alltagsveränderungen

Im Kontext einer durch die Krebserkrankung eines Kindes stark belasteten Familiensituation übernimmt das gesunde Geschwisterkind oftmals eine spezifische unterstützende Rolle (vgl. Möller et al. 2016, 68). Die Auswirkungen dieser besonderen Position auf das Kind selbst und auf das gesamte Familiensystem können vielfältig sein und von unterschiedlichen Faktoren

abhängen. Von zentraler Bedeutung sind insbesondere die Belastungen der Eltern, sowie des gesunden Geschwisterkindes selbst (vgl. Hackenberg 2018, 72 f.).

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert, verändert sich das gesamte Familienleben mit der Diagnose einer Krebserkrankung schlagartig. Für das gesunde Geschwisterkind bedeutet dies häufig den Verlust einer vertrauten Bezugsperson, da das erkrankte Kind durch längere Klinikaufenthalte häufig abwesend ist. Eine häufig geäußerte Wunschvorstellung gesunder Geschwister besteht in dem Bedürfnis nach mehr ungeteilter Zeit mit den Eltern (vgl. Kaufmann 2022, 5). So geht aus dem Erfahrungsbericht eines betroffenen Geschwisters beispielsweise hervor: „Außerdem habe ich meine Mama vermisst. Mich einfach mal bei ihr anlehnen oder sie umarmen. Es war die Zeit als Familie, die ich vermisst habe“ (Neidhardt 2022, 8).

Viele dieser Kinder nehmen die elterliche Belastung deutlich wahr und neigen dazu, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um den Eltern keine zusätzliche Last zu sein. Dabei übernehmen sie oft mehr Verantwortung im familiären Alltag. Sie befinden sich in einer Krisensituation und lernen damit umzugehen und „sich im Verzicht [zu] üben“ (Kaufmann 2022, 3). Dabei wünschen sich die Kinder ernst genommen, gesehen und informiert zu werden. Vor allem möchten sie auch miteinbezogen werden (vgl. ebd., 5).

Die in Kapitel drei dargestellten Veränderungen innerhalb des familiären Alltags beeinflussen in der Folge auch das gesunde Geschwisterkind. Dieses sieht sich häufig mit erhöhten Erwartungen konfrontiert, insbesondere hinsichtlich Geduld, Anpassungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft. Aufgrund wiederholter Krankenhausaufenthalte des erkrankten Kindes kann es zudem dazu kommen, dass das gesunde Geschwisterkind vorübergehend von anderen Bezugspersonen betreut werden muss. Dabei gehen für das Kind oftmals Einschränkungen im Alltag einher, wie etwa der Verzicht auf gemeinsame Familienzeit, Aufmerksamkeit der Eltern oder auf Freizeitaktivitäten (vgl. Hackenberg 2008, 87). Nach Sharpe und Rossiter (2002) haben die Kinder in vielen Fällen weniger Aktivitäten mit Kindern in ihrem Alter (vgl. Tröster 2013, 107). Diese komplexe Situation erfordert vom gesunden Geschwisterkind eine frühe emotionale und soziale Reife. Gleichzeitig können belastende Gefühle wie Schuld, Wut oder Einsamkeit entstehen. Dennoch zeigen sich nicht ausschließlich negative emotionale Reaktionen, denn häufig berichten betroffene Kinder auch von positiven Empfindungen wie Zufriedenheit und Stolz, insbesondere dann, wenn sie sich als bedeutende Unterstützung in der familiären Ausnahmesituation erleben dürfen (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 653). Nicht selten kümmern sich die gesunden Kinder hingebungsvoll um ihr krankes Geschwisterkind. Sie wollen den Eltern helfen und beistehen, sie sind interessiert und wollen über Krankheit und Behandlung informiert werden und es ist ihnen wichtig, dass sie eine Rolle im Bewältigungsprozess

zugeschrieben bekommen. Die Erfüllung solcher Bedürfnisse kann sich positiv auf die Entwicklung ihres Selbstwertgefühls, Verantwortungsbewusstseins, aber auch auf ihr prosoziales Verhalten auswirken (vgl. Kaufmann 2022, 4f; Möller 2016, 15). Insgesamt zeigen gesunde Geschwister in der Regel ein starkes Engagement für die Unterstützung der Familie (vgl. Möller et al. 2016, 68).

4.2 Krankheitsverständnis

„Meine Schwester hat einen Stein im Bauch und die Medizin macht den Stein kaputt. Da sind wie kleine Langhalse“ (Schwester von Kind mit Lebertumor, Fan von Dinosauriern, 4 Jahre alt).

„Sieht mein Tumor aus wie Hackfleisch?“ (Junge mit Neuroblastom, 6 Jahre alt).

Diese kindlichen Äußerungen, die aus dem beruflichen Alltag der Autorin dieser Arbeit als Kinderkrankenpflegekraft hervorgehen, verdeutlichen auf eindrückliche Weise, wie Kinder im Vorschulalter Krankheitserfahrungen mithilfe von Bildern und Fantasien verarbeiten. Um nachvollziehen zu können, wie Geschwisterkinder mit der Erkrankung des Bruders oder der Schwester sowie mit der veränderten familiären Situation umgehen und auf diese reagieren, ist eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen entwicklungspsychologischen Phase erforderlich. Von besonderer Relevanz sind dabei die kindlichen Konzepte von Krankheit, da sich deren Verständnis im Verlauf der Entwicklung wesentlich verändert (vgl. Möller et al. 2016, 23).

Im Vorschulalter (4- 5 Jahre) ist das Krankheitsverständnis von Fantasien geprägt (vgl. Romer/ Haagen 2007, 28; Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 650). Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkung können noch nicht hergestellt werden. So fehlt ihnen, teils auch durch mangelnde Aufklärung, eine realistische Erklärung für die Erkrankung, sodass sie irrationale Erklärungskonzepte kreieren (vgl. Lohaus 2013, 19). So können sie die Erkrankung als Folge von ihren negativen Gedanken, wie zum Beispiel Eifersucht oder Wut, sehen und es kann zu Schuldgefühlen kommen, wenn sie sich selbst die Schuld an der Erkrankung ihres Geschwisterkindes geben. Außerdem sind Kinder in diesem Alter sehr sensibel für die Gefühlsausdrücke ihrer Eltern. Laut Piaget (1969) fehlt den Kindern die Fähigkeit der Perspektivübernahme durch den „Egozentrismus des Denkens“. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass das Kind ernste Gesichtsausdrücke der Eltern sofort auf das eigene Verhalten bezieht und nicht als Sorge um das erkrankte Geschwisterkind ansehen (vgl. Möller et al. 2016, 24f.). Außerdem sind sie noch nicht in der Lage den Gesamtprozess zu betrachten, so nehmen sie nur einen Aspekt der Erkrankung wahr und können sich nur auf den augenblicklichen Zustand fokussieren, sodass ihnen beispielsweise nicht bewusst ist, wenn es seine Schwester oder seinen Bruder leiden sieht, dass es sich nur um einen vorübergehenden Zustand handelt. Durch die fehlende Fähigkeit der

Perspektivübername interpretieren sich Intentionen anderer Personen oft falsch und können deshalb zum Beispiel nicht verstehen, dass eine Krankenschwester, die eine Injektion verabreicht und dem Kind in dem Moment Schmerzen zufügt, eine positive Intention hat, dem Kind damit zu helfen (vgl. Lohaus 2013, 19). Im nachfolgenden, von Piaget benannten konkret operationalen Stadium, in welchem sich die Kinder im Alter von 7- 11 befinden, können die Kinder dann bereits Ursachen verstehen, Folgen für die Zukunft ableiten und mehrere Perspektiven einnehmen. Ein flexibleres Denken ist möglich, sodass sie mehrere Dinge gleichzeitig betrachten können. Allerdings fehlt auch in diesem Alter noch die Fähigkeit abstrakt zu denken und zunächst stehen für die Kinder auch nur bestimmte Perspektiven von konkreten Personen im Vordergrund (vgl. ebd., 20).

Kinder konzentrieren sich in ihrem Verständnis des Körpers zunächst vornehmlich auf äußerlich sichtbare und unmittelbar erfahrbare Bestandteile wie Augen, Ohren und Gliedmaßen, während innere Organe häufig unspezifisch als *Bauch* bezeichnet werden. Erst mit zunehmendem Alter erkennen sie, dass auch nicht sichtbare Körperteile existieren, die für die Gesundheit essenziell sind. Dieses eingeschränkte Verständnis erschwert es ihnen, körperliche Zustände zu begreifen, die keine sichtbaren oder spürbaren Symptome wie Schmerzen oder Verletzungen aufweisen. Erkrankungen ohne direkte sinnliche Wahrnehmbarkeit bleiben dadurch oft unverständlich, vor allem dann, wenn die Erkrankung sie nicht selbst betrifft. Hinzu kommt, dass Kinder negative Gedanken mit dem Entstehen einer Krankheit verknüpfen können, ohne den zugrunde liegenden Mechanismus nachvollziehen zu können (vgl. Lohaus 2013, 23f.). Werden die Kinder nicht ihrem Alter entsprechend aufgeklärt, kann dies bei den Kindern zu einer starken emotionalen und kognitiven Belastung werden (vgl. Möller et al. 2016, 24f.). So sind vor allem Kleinkinder anfällig für Probleme, da sie zum einen noch mehr auf ihre Eltern angewiesen sind und ihnen zum anderen die kognitive Fähigkeit fehlt, die Erkrankung und die damit verbundene Trennung der Eltern nachvollziehen zu können. Häufig können sie die Traurigkeit, Sorge oder Angst der Eltern nicht einordnen und können diese auch auf sich beziehen (vgl. Lohaus 2013, 19ff.).

4.3 Mögliche somatische, emotionale und soziale Folgen

Das Erleben der Kinder kann von chronischen Sorgen, Angst, Verlust, Einsamkeit und chronischer Traurigkeit geprägt sein (vgl. Möller et al. 2016, 15) und Verlusterfahrungen können zum Beispiel durch den „Verlust [...] elterliche [r] Zuwendung“ (Stahl/ Grumbach-Wendt/ Kaldirim-Celik 2013, 491) zustande kommen. Dabei können sie eine erhöhte allgemeine Ängstlichkeit entwickeln (vgl. ebd.). Zu den emotionalen Belastungen können auch somatische

Einschränkungen für die gesunden Geschwister entstehen. Dazu zählen Schlafprobleme, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Bettnässen (vgl. o.A. 2009; Möller et al. 2016, 15).

Leistungsabfall in der Schule, Schulverweigerung oder auffälliges Verhalten, wie Aggression erhöhte Geschwisterrivalität und sozialer Rückzug können außerdem Hinweise darauf sein, dass auch das gesunde Geschwisterkind unter der familiären Belastung leidet (vgl. Möller et al. 2016, 15; Stahl 2013, 491f.).

Darüber hinaus kann es zu Unterdrückung von Ärger, Konflikten und Aggression bei den Geschwisterkindern kommen, da sie die Eltern und auch das erkrankte Geschwisterkind nicht zusätzlich belasten wollen. Wenn Emotionen zurückgehalten werden, kann dies zu internalisierenden Problemen wie Ängsten und Depressionen oder externalisierenden Problemen wie zum Beispiel Aggression führen (vgl. Vermaes, Van Susante & Van Bakel 2012). Wenn die Kinder mit Diskriminierungserfahrungen konfrontiert sind, können sie in einen Loyalitätskonflikt geraten, der sich zwischen dem Zugehörigkeitsgefühl der Familie und dem weiteren sozialen Umfeld bewegt (vgl. Haberthür 2005).

Jedoch zeigen Studienergebnisse auch immer wieder, dass die gesunden Geschwister die Situation auch gut bewältigen und daran wachsen können. So können sie durch die Herausforderung ihr Sozialverhalten verbessern und haben oft ein höheres Verantwortungsbewusstsein als ihre Altersgenossen. Dies kann wiederum zu einem gesteigerten Selbstwertgefühl führen (vgl. Kaufmann 2022, 4). Positive Auswirkungen können sich durch eine hohe soziale Kompetenz, weniger Konflikte, mehr Unterstützung und Wertschätzung der eigenen Familie und des erkrankten Geschwisterkindes zeigen (vgl. Stahl et al. 2013, 492).

4.4 Elterliche Differenzierung im Umgang mit Geschwistern & elterliche Aufmerksamkeitsverteilung

Schon frühzeitig müssen die Kinder akzeptieren, dass das Geschwisterkind durch die Erkrankung mehr Aufmerksamkeit von den Eltern braucht (vgl. Kaufmann 2022, 3f.). Elterliche Ungleichbehandlung kann nach Teuschel (2014, 40) auf unterschiedlichen Weisen stattfinden. Dazu zählen

1. Die Benachteiligung durch fehlende Zuneigung, Akzeptanz, Aufmerksamkeit, Interesse oder ungenügendem Respekt,
2. Die Benachteiligung durch übermäßige Kontrolle, Erwartungen, Überwachung oder Disziplin und
3. Pathologische Verhaltensweisen wie Mobbing oder Missbrauch.

Häufig nehmen Geschwister von erkrankten Kindern eine untergeordnete Rolle innerhalb des familiären Gefüges ein, da die elterliche Aufmerksamkeit vorrangig auf das kranke Kind konzentriert ist (vgl. Alderfer/ Long/ Lown/ Marsland/ Ostrowski & Hock et al. 2010, 789ff.).

Also spielt in diesem Kontext vor allem Ersteres eine Rolle, wobei auch übermäßige Erwartungen durch vermehrte Verantwortungsübernahme, welche durch den zweiten Aspekt abgedeckt werden, hinzukommen können (vgl. Tröster 1999, 3). Hier stellt sich jedoch die Frage, inwiefern dies auch auf Kinder im Vorschulalter zutrifft.

Obwohl elterliches Verhalten zunächst nur deskriptiv unterschiedlich ist und nicht automatisch als ungerecht gelten muss (vgl. Boll, Ferring/ Filipp 2001) hängt die Wirkung auf das betroffene Kind wesentlich von dessen subjektiver Wahrnehmung ab. Wird die Ungleichbehandlung als unfair empfunden, kann dies Gefühle der Benachteiligung, Eifersucht und des Zurückgesetzts hervorrufen (vgl. Schneewind 2010, 200f.). Besonders in Familien mit einem an Krebs erkrankten Kind besteht die Gefahr, dass das gesunde Kind sich emotional vernachlässigt fühlt (vgl. o. A. 2009), jedoch kann es diesen Fällen aber auch oft verstehen, warum die Ungleichbehandlung notwendig ist, und empfindet es daher weniger als unfair (vgl. Stotz/ Walper 2015, 152.)

4.5 Gesundheitliche Risiken für gesunde Geschwisterkinder

Tröster (1999, 1) beschreibt eine Reihe potenzieller Risiken, denen gesunde Geschwister von chronisch kranken Kindern ausgesetzt sein können. Dazu zählen insbesondere eine eingeschränkte elterliche Verfügbarkeit infolge der Konzentration auf das erkrankte Kind sowie überhöhte Leistungserwartungen der Eltern an das gesunde Geschwisterkind, die zu einem erhöhten psychischen Druck führen können. Hinzu kommen die Übernahme von Verantwortung in einem Ausmaß, das entwicklungspsychologisch überfordernd sein kann, sowie die Tendenz zur Überidentifikation mit der elterlichen Sorge. Zusätzlich können die Belastung der Eltern selbst, sowie erlebte Stigmatisierungsprozesse, das emotionale Erleben und die soziale Integration des gesunden Geschwisterkindes beeinträchtigen (vgl. Tröster 1999, 1). Dabei ist eine Gefährdung der gesunden Geschwister insbesondere dann wahrscheinlich, wenn es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt, wie dies bei Krebserkrankungen häufig der Fall ist, oder wenn die alltäglichen Anforderungen im Umgang mit der Krankheit die familiären Ressourcen erheblich beanspruchen. Das Ausmaß der psychischen Belastung hängt dabei von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Entscheidend sind unter anderem der Grad der Einschränkungen im Alltag sowie die Frage, inwieweit kindliche Freiräume durch zusätzliche Verantwortungsübernahmen,

wie etwa im Haushalt oder in der Pflege des erkrankten Geschwisterkindes, eingeschränkt werden (vgl. Tröster 2013, 108).

Ogleich das Risiko für psychosoziale Beeinträchtigungen bei gesunden Geschwistern erkannt wird, existiert bislang keine einheitliche theoretische Erklärung innerhalb der Risikoforschung, die klare Ursachen für mögliche Gefährdungen benennt. Es wird jedoch vermutet, dass insbesondere die eingeschränkte Verfügbarkeit der Eltern, sowie die frühe Übernahme von Verantwortung durch das gesunde Kind, eine zentrale Rolle spielen könnten (vgl. ebd., 109). Insgesamt bleibt festzuhalten, dass eine pauschale Einschätzung der Gefährdungslage nicht möglich ist, da die individuellen Belastungen stark kontextabhängig und nicht generalisierbar sind (vgl. ebd., 105f.). Dennoch gilt eine Krebserkrankung als signifikanter Risikofaktor für die psychosoziale Gesundheit des gesamten Familiensystems. Die Studie von Juen, Guggemos, Engelmann, Diesselhorst & Di Gallo (2013) zeigt beispielsweise, dass bei Kindern mit krebserkrankten Geschwistern vermehrt intrapsychische Reaktionen auftreten. Auch die Arbeit von Sievert, Kulisch, Engelhardt-Lohrke, Kowalewski & Jagla-Franke (2024, 185) kam zu dem Ergebnis, dass für Geschwister von chronisch kranken Kindern ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsschwierigkeiten besteht. Vor diesem Hintergrund ist es umso bedeutsamer, die Bedürfnisse und Perspektiven der gesunden Geschwister frühzeitig wahrzunehmen und ihnen gezielte Unterstützung anzubieten (vgl. Kaufmann 2022, 4).

Zusammenfassend lässt sich die Situation der gesunden Geschwister wie folgt, beschreiben:

„Ein Hauptproblem ist die Eifersucht des gesunden auf das kranke Kind, weil dieses im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit von erwachsenen Familienmitgliedern und Freunden der Familie steht. Die Kinder geraten in einen Zwiespalt. Sie sind einerseits geprägt durch den Wunsch, ebenso viel Aufmerksamkeit zu bekommen wie das erkrankte Geschwister, andererseits betroffen von Schuldgefühlen, selbst gesund zu sein, bis hin zu den Allmachtsphantasien von sehr kleinen Kindern, möglicherweise Auslöser der Krankheit zu sein“ (Stahl et al., 2013, 492).

Die in diesem Kapitel beschriebenen möglichen Belastungen werden im folgenden Schaubild nochmals anschaulich und zusammengefasst dargestellt:

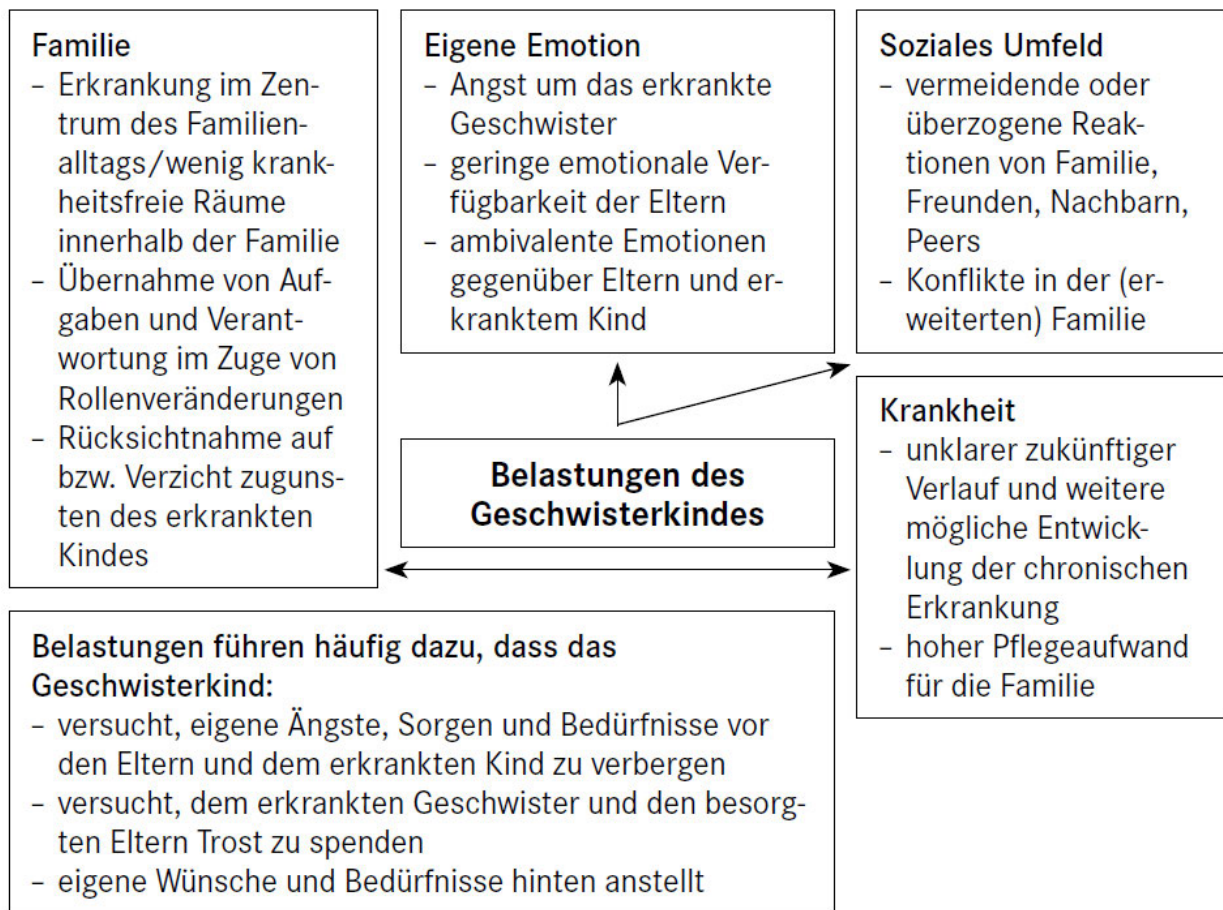


Abb. 2: Mögliche Belastungen des Geschwisterkindes (Möller et al. 2016, 69)

4.6 Einordnung der Belastung des gesunden Geschwisterkindes in das ABCX- Modell

Auch diese Belastungen und möglichen Folgen für gesunde Geschwisterkinder lassen sich differenziert durch das ABCX-Modell analysieren.

Gleichfalls kann die Krebserkrankung des Geschwisterkindes für das gesunde Kind tiefgreifende Veränderungen im Alltag, wie etwa den Verlust elterlicher Zuwendung, veränderte familiäre Rollenverteilungen, die Übernahme von Verantwortung, aber auch emotionale und physische Trennungen durch Krankenhausaufenthalte des erkrankten Kindes, bedeuten. So stellt auch hier die Krebserkrankung des Geschwisters das auslösende Ereignis (A) für das gesunde Kind dar, denn es muss in der akuten Behandlungsphase oft auf Einiges verzichten (vgl. Kaufmann 2022, 4f.).

Auch hier hängen die Auswirkungen des Stressors maßgeblich von den verfügbaren individuellen, familiären und sozialen Ressourcen (B) ab. Hierzu zählen das Selbstvertrauen und die subjektive Einstellung des gesunden Geschwisterkindes, das differenzierte Wahrnehmen und Befriedigen der verschiedenen Bedürfnisse der Geschwister durch die Eltern, die familiäre

Kommunikation sowie externe Unterstützungsangebote durch Fachkräfte oder das soziale Umfeld (vgl. Hackenberg, 2008, S. 110f). Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang die Fähigkeit der Eltern, das gesunde Kind altersgerecht zu informieren, es in den familiären Prozess einzubeziehen und seine Bedürfnisse wahrzunehmen (vgl. Kaufmann 2022, 4f.; Möller et al. 2016, 24f.).

Die subjektive Deutung (C) der Situation durch das gesunde Geschwisterkind spielt eine entscheidende Rolle. Wird die Erkrankung des Geschwisters und die damit verbundene Veränderung im Familienleben als nachvollziehbar und gerecht erlebt, kann dies die emotionale Belastung mindern (vgl. Stotz/ Walper 2015, 152). Wird hingegen die elterliche Aufmerksamkeit als ungerecht verteilt empfunden oder bleibt die Krankheitsbewältigung durch fehlende Kommunikation diffus, können Eifersucht, Schuld- oder Schamgefühle entstehen (vgl. Schneewind 2010, 200f.; Möller et al. 2016, 24f.). Insbesondere bei jüngeren Kindern, die noch egozentrisch denken (Piaget 1969), kann dies zu einer fehlerhaften Ursachenzuschreibung führen.

Ob sich aus der belastenden Situation eine familiäre oder individuelle Krise (X) entwickelt, hängt von der Interaktion der drei vorangegangenen Faktoren ab. So kann die Kombination eines schwerwiegenden Stressors (A), fehlender Ressourcen (B) und einer belastenden subjektiven Bewertung (C) zu psychosozialen Beeinträchtigungen, etwa zu internalisierenden Problemen wie Ängsten, Depressionen oder somatischen Beschwerden, wie zum Beispiel Bettnässen oder Schlafstörungen, aber auch zu externalisierendem Verhalten wie Aggression oder sozialem Rückzug, führen (vgl. Möller et al. 2016, 14f.; Vermaes et al. 2012). Werden Gefühle wie Ärger oder Trauer dauerhaft unterdrückt, da das gesunde Geschwisterkind die Eltern nicht zusätzlich belasten möchte, können sich chronische Anpassungsstörungen entwickeln, die langfristig das psychosoziale Gleichgewicht gefährden (vgl. Kaufmann 2022, 5, Möller et al. 2016, 14f.). Andererseits zeigen viele Kinder auch hohe Resilienz und entwickeln positive Anpassungsleistungen, wie etwa ein gestärktes Verantwortungsbewusstsein oder ein erhöhtes Maß an sozialer Kompetenz (vgl. Stahl et al. 2013, 492).

Auch hier verdeutlicht das ABCX-Modell, dass die Belastungen gesunder Geschwisterkinder krebskranker Kinder nicht monokausal erklärbar sind, sondern durch ein komplexes Zusammenspiel von Stressoren, Ressourcen, subjektiven Bewertungen und familiären Dynamiken bedingt wird. Somit bietet es ein geeignetes theoretisches Rahmenmodell zur differenzierten Einschätzung potenzieller Gefährdungen, sowie eine Grundlage möglicher Auswirkungen, die das auf die Geschwisterbeziehung haben kann, zu formulieren, welche im folgenden Kapitel beschrieben werden.

5 Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Geschwisterbeziehung

„Erkrankt ein Kind, verändert sich die Geschwisterbeziehung und die bislang größtenteils geteilte Lebenswelt“ (Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 653).

Aufbauend auf den im vorangegangenen Kapitel dargestellten möglichen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die familiäre Situation des gesunden Kindes, soll im Folgenden analysiert werden, inwieweit und auf welche Weise sich die Beziehung zwischen Geschwistern durch eine onkologische Erkrankung verändern kann. Kinder, die mit einem schwer erkrankten Geschwisterkind aufwachsen, sehen sich früh mit einer außergewöhnlichen familiären Konstellation konfrontiert (vgl. Hackenberg 2008, 72), in der sich die geschwisterliche Beziehung möglicherweise abweichend von den üblichen Mustern, die in Kapitel 2 beschrieben wurden, entwickelt (vgl. Frick 2015b, 157ff.). Ziel dieses Kapitels ist es daher, jene Merkmale und Funktionen geschwisterlicher Beziehungen zu identifizieren, die durch die Krebserkrankung beeinflusst oder nicht mehr in gewohnter Weise erfüllt werden. Im weiteren Verlauf werden zudem die potenziell elterliche Ungleichbehandlung, sowie weitere relevante Einflussfaktoren, wie beispielsweise der veränderte familiäre Alltag und der mit der Erkrankung einhergehende familiäre Stress, im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Geschwisterbeziehung betrachtet. Eine klare Trennung der verschiedenen Inhaltsbereiche ist dabei nicht immer möglich, weshalb es im weiteren Verlauf der Arbeit zu Überschneidungen kommen kann und verschiedene Aspekte wiederholt aufgegriffen werden.

5.1 Merkmale

Die bereits in Kapitel 2 vorgestellten Dimensionen der Geschwisterbeziehung, Wärme und Nähe, Status und Macht, Konflikthaftigkeit und Rivalität, lassen sich auch in jenen Beziehungen betrachten, in denen eines der Geschwisterkinder erkrankt ist, denn sie können sich aufgrund der Einschränkung, so auch bei einer onkologischen Erkrankung des Geschwisterkindes, anders entwickeln (vgl. Hackenberg 2008, 99).

5.1.1 Wärme und Nähe

Das Verhältnis zwischen gesunden Geschwistern und einem krebskranken Kind innerhalb der Familie ist häufig von intensiver Zuneigung und Fürsorge geprägt. Die gesunden Geschwister verspüren oftmals ein starkes Bedürfnis nach Nähe, sowie den Wunsch, emotionalen Trost zu spenden, wodurch eine unterstützende Haltung gegenüber dem erkrankten Geschwisterteil entstehen kann (vgl. Möller et al. 2016, 68). Trotz der hohen Belastung, die die Erkrankung eines Kindes für das Familiensystem darstellen kann, zeigt sich, dass die Qualität der Geschwisterbeziehung nicht zwingend negativ beeinflusst wird. Vielmehr berichten viele Familien von

einer harmonischeren, konfliktärmeren Beziehung, die weniger durch Konkurrenzverhalten gekennzeichnet ist (vgl. Tröster 2013, 113). In diesem Zusammenhang spielen die Eltern eine wesentliche Rolle, da sie entscheidend daran beteiligt sind, ob sich aus dieser Konstellation ein Risiko oder eine Chance für das gesunde Kind entwickelt. Werden hohe Erwartungen an das gesunde Geschwisterkind herangetragen, wie zum Beispiel in Form der Forderung nach einer engen und positiven Beziehung zum erkrankten Kind, kann dies eine große Belastung für das gesunde Kind darstellen und somit die Geschwisterbeziehung negativ beeinflussen (vgl. Hackenberg 2019, 99).

Laut Tröster (2013, 112) wird das Ausmaß des Geschwisterkontakts durch die Erkrankung nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie spielen genauso viel miteinander wie Geschwister ohne Erkrankung. Allerdings bezieht er sich damit auf Kinder mit Behinderungen (vgl. ebd.). Da eine onkologische Erkrankung, vor allem in der akuten Behandlungsphase mit zahlreichen Klinikaufenthalten einhergeht, kann es durchaus zu Kontaktzeiteinschränkungen kommen, wodurch weniger Aktivitäten mit dem Geschwisterkind stattfinden, im Vergleich zu gesunden Geschwistern (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 649f). Daraus lässt sich schließen, dass dies auch einen Einflussfaktor auf die Bindung zwischen den Geschwisterkindern darstellen kann, wenn man, wie bereits zu Anfang der Arbeit erläutert, annimmt, dass sich das Nähegefühl zwischen den Geschwistern vor allem durch gemeinsam verbrachte Zeit ausprägt (vgl. Brück 2019, 19f.).

5.1.2 Status und Macht

„Geschwister [...] chronisch kranker Kinder müssen vieles lernen und können. Sie sind Spielgefährte, Babysitter, Freund, Pfleger, Erzieher, Lehrer, Unterhalter, Co-Therapeut, Fürsprecher, Dolmetscher und in manchen Situationen sogar mal Ersatzmutter oder Ersatzvater für ihre behinderte Schwester oder ihren behinderten Bruder“ (Achilles 2018, 11).

Im Normalfall übernimmt das ältere Geschwisterkind die dominante Position, da es einen Entwicklungsvorsprung hat. Mit der Zeit wird dieser Vorsprung vom jüngeren Geschwisterkind aufgeholt und die Beziehung wird im Laufe der Zeit symmetrischer. Doch ist ein Kind erkrankt, können sich die Rollenbeziehungen ändern. Wenn das jüngere Geschwisterkind erkrankt ist und sich dadurch seine Entwicklung verzögert, da es durch die Klinikaufenthalte beispielsweise weniger Zeit mit Gleichaltrigen verbringt und aufgrund des Infektionsrisikos weniger Zeit in der Kita verbringt, wird der Entwicklungsunterschied zwischen den Geschwistern immer größer, die Rollenbeziehung wird also asymmetrischer. Ist das erkrankte Kind, das ältere bzw. älteste Geschwisterkind, kann es zu einer Rollenumkehr kommen, wenn das jüngere Kind den Entwicklungsstand des älteren aufholt oder sogar überschreitet und damit selbst die dominante Rolle einnimmt (vgl. Tröster 2013, 111f.). Auch können sich die Geschwisterrangfolgen ändern, wenn die jüngeren Geschwister in die Pflege integriert werden. Dann „übernehmen

[sie] Aufgaben, die ihrer natürlichen Position in der Familie im Grunde widersprechen“ (Stahl et al. 2013, 493).

Besonders beim Spielen können diese Rollenasymmetrien sichtbar werden. So spielen Geschwisterkinder, bei denen ein Kind eine geistige Behinderung hat, seltener Wettbewerbsspiele. Die gesunden Geschwister übernehmen dabei oft die Rolle des Helfers/ der Helferin oder des Lehrers/ der Lehrerin. Inwiefern dies auch bei krebserkrankten Kindern der Fall ist, ist bis jetzt noch nicht geklärt, jedoch wird vermutet, dass es auch dann zu asymmetrischen Rollenverteilungen kommen kann, wenn die Erkrankung eine Entwicklungsverzögerung mit sich bringt (vgl. Tröster 2013, 112). Da sich aufgrund der Toxizität der Therapie, langen Klinikaufenthalten und durch den Krebs selbst, tatsächlich eine Entwicklungsverzögerung auftreten kann (vgl. Marusak et al. 2018, 1f.), ist dies kein unwesentlicher Faktor, den es zu berücksichtigen gilt.

Auch wenn das gesunde Geschwisterkind innerhalb der Geschwisterbeziehung oft die dominantere Position einnimmt, kann es vorkommen, dass es sich dabei trotzdem machtlos fühlt. Diese Ambivalenz zeigt sich insbesondere dann, wenn das erkrankte Geschwisterkind auffälliges Verhalten zeigt, wie zum Beispiel in Form von Aggressionen. Zudem kann das Gefühl der Ohnmacht auch dadurch entstehen, dass das gesunde Kind in Konfliktsituationen regelmäßig benachteiligt wird, etwa wenn seine Bedürfnisse und Sichtweisen von den Eltern weniger berücksichtigt werden oder es durch zu hohe elterliche Erwartungen überfordert ist (vgl. Hackenberg 2019, 99f.).

5.1.3 Rivalität und Konflikte

Ist eins der Kinder erkrankt gibt es weniger Konflikte und Streit untereinander (vgl. Stahl et al., 2013, 492). Aufgrund mangelnder sprachlicher oder kognitiver Fähigkeiten oder wegen einer vorliegenden Entwicklungsverzögerung kann das Austragen von Konflikten stark eingeschränkt sein. Häufig hat das gesunde Kind in Konfliktsituation die Einsicht, dass es ihrem Geschwisterkind überlegen ist und kann dann besonders achtsam und geduldig mit seinem Bruder oder seiner Schwester umgehen (vgl. Hackenberg 2008, 100). Die Geschwister ermutigen und unterstützen sich dann gegenseitig in herausfordernden Situationen. Auch wissen vor allem die gesunden Geschwister die eigene Familie und das erkrankte Geschwisterkind zu schätzen, was allerdings auch zu einer Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse führen kann (vgl. Stahl et al. 2013, 492). Dennoch können eine „erhöhte Geschwisterrivalität, Irritabilität, Frustration, Unsicherheit oder Rückzug von sozialen Kontakten“ (Cunningham et al. 1981; Williams et al. 1997 zit. n. Stahl et al. 2013, 492) Auswirkungen der Belastung des gesunden Geschwisterkindes sein. Aufgrund der Überlegenheit des einen Kindes findet zwar kaum Rivalität oder

Konkurrenz statt, jedoch kann ein Grund dafür sein, dass die gesunden Geschwisterkinder in ihrem Gefühlsausdruck gehemmt sind und sich stattdessen, so wie es sozial erwünscht ist, verhalten (vgl. Hackenberg 2008, 100). Außerdem kann auch ein Gefühl von Rivalität entstehen, wenn ein Kind bevorzugt von den Eltern behandelt wird (vgl. Stotz/ Walper 2015, 137f.).

Geschwister von an Krebs erkrankten Kindern befinden sich in einer besonderen Form der Geschwisterbeziehung, die sich infolge der Erkrankung der Schwester oder des Bruders durch spezifische Merkmale von typischen Geschwisterdynamiken unterscheiden kann. Diese Beziehung ist häufig durch ein ungleiches Machtverhältnis geprägt und kann sowohl verstärkte als auch verringerte Formen von Konkurrenzverhalten und Rivalität sowie gegenseitige Unterstützung aufweisen. Darüber hinaus kann das Empfinden von Nähe und Wärme begrenzt sein und das Erleben dieser abweichenden Beziehungsmuster kann mit belastenden emotionalen Erfahrungen einhergehen, die wiederum einen wesentlichen Einfluss auf die Geschwisterbeziehung ausüben können. In vielen Fällen übernehmen die gesunden Geschwister frühzeitig eine übergeordnete, verantwortungsvolle und unterstützende Rolle gegenüber dem erkrankten Kind, wodurch sich die ursprüngliche Geschwisterhierarchie verschieben kann. So stellt diese einseitige Rollenverteilung ebenfalls eine potenzielle Auswirkung auf die Geschwisterbeziehung dar.

5.2 Funktionen

Das Ausleben der für Geschwisterbeziehungen typischer ambivalenter Gefühle gestaltet sich schwierig, wenn negative Gefühle unterdrückt werden, um auf die Hilfsbedürftigkeit und Verletzlichkeit des erkrankten Geschwisterkindes und der Belastung der Eltern Rücksicht zu nehmen. Eifersucht kann eine große Rolle spielen, wenn das kranke Kind im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. „Typisches rivalisierendes und konflikthafte Verhalten zwischen Geschwistern, das eine wichtige Sozialisierungsfunktion erfüllt, kann somit kaum ausgelebt werden“ (Möller et al 2016, 68f.).

Auch die Individuationsfunktion kann beeinflusst sein. Da sich die gesunden Kinder häufig mit den Bedürfnissen des erkrankten Kindes identifizieren, können sie ihre eigenen Ziele und Bedürfnisse aus den Augen verlieren. Dies wird als Überidentifikation bezeichnet (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu kann es aber auch zu einer überstarken Abgrenzung kommen, weil sich, wie zu Beginn der Arbeit bereits ausgeführt, Kinder voneinander unterscheiden wollen (vgl. Dunn/ Plonin, 1996). Und weil die Rolle, die ein Kind in der Familie einnimmt, meist ein Leben lang bleibt (vgl. Frick 2015a, 208), kann sich dies somit auch langfristig auf das gesunde Geschwisterkind als auch auf die Geschwisterbeziehung auswirken. Sowohl die Überidentifikation als auch eine überstarke Abgrenzung stellen Optionen dar, mit ambivalenten Gefühlen, die nicht

ausgelebt werden können, umzugehen. Das Alter der Kinder, das Verhalten der Eltern und der Zeitpunkt des Krankheitseintritts können einen wesentlichen Einfluss auf diese Prozesse nehmen (vgl. Möller 2016, 69). Jedoch ist hier auch anzumerken, dass diese Identifizierungs- und Abgrenzungsprozesse auch in Geschwisterbeziehungen ohne erkranktes Kind bestehen können und somit nicht zwangsläufig Folge der Krebserkrankung des Kindes sein müssen (vgl. Jungbauer 2014, 72f.).

5.3 Elterliche Differenzierung im Umgang mit den Geschwisterkindern

Die Wahrnehmung elterlicher Differenzierung im Umgang mit den Geschwistern kann zudem bedeutende Auswirkungen auf die Qualität der Geschwisterbeziehung haben. Auch wenn Eltern sich um Gerechtigkeit bemühen, wird ihr Verhalten von den Geschwistern häufig unterschiedlich interpretiert, was zu Missverständnissen und Spannungen führen kann (vgl. Stotz/ Walper 2015, 137f.). Eine als dauerhaft ungerecht empfundene Bevorzugung eines Geschwisterkindes kann Eifersucht hervorrufen und die Geschwisterbeziehung nachhaltig belasten (vgl. Schneewind 2010, 201). In Bezug auf Rivalität wurde vorher zwar erwähnt, dass sich diese bei einer Erkrankung eher in Grenzen hält, jedoch kann sie auch Folge von elterlicher Ungleichbehandlung sein (vgl. Boll, Ferring & Filipp 2001). Dabei richtet sich die Wut der benachteiligten Kinder oft nicht gegen die Eltern, sondern wird auf die bevorzugten Geschwisterkinder verschoben (vgl. Richmond, Stocker & Rienks 2005). Studien zeigen, dass eine solche Ungleichbehandlung bis ins Erwachsenenalter zu chronisch belasteten Geschwisterverhältnissen führen kann (vgl. Boll/ Ferring & Filipp 2005). Die Qualität der Geschwisterbeziehung wird dabei maßgeblich durch Faktoren wie die Kommunikationskultur, Rollenverteilungen und die emotionale Nähe beeinflusst (vgl. Armbrust 2007). Eifersucht kann in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle spielen, wobei sie als grundsätzlich gesundes Gefühl betrachtet wird, sofern sie zu einer konstruktiven Auseinandersetzung führt, die das Kind motiviert und in sozial verträglichen Bahnen verläuft (vgl. Frick 2015a, 209).

5.4 Weitere Einflussfaktoren

Die emotionale Nähe innerhalb der Familie kann durch die wiederholte Abwesenheit eines Elternteils infolge zahlreicher Klinikaufenthalte oder durch die anhaltende Sorge um das erkrankte Kind erheblich beeinträchtigt werden. Auch die Qualität der Paarbeziehung sowie der Eltern-Kind-Beziehungen kann unter der belastenden Situation leiden, insbesondere wenn gemeinsame Zeit als Familie seltener wird oder eine Ungleichbehandlung der Kinder erfolgt. Diese Veränderungen können sich nicht zuletzt auch auf die Beziehung der Geschwister untereinander auswirken (vgl. Frick 2015, 141ff.).

Wie im dritten und vierten Kapitel bereits dargestellt, können sich infolge der Krebserkrankung sowohl für das erkrankte als auch für das gesunde Geschwisterkind erhebliche Veränderungen ergeben. So geht eine Krebserkrankung im Kindesalter oftmals mit einschneidenden Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes sowie des Verhaltens des betroffenen Kindes einher. Diese Veränderungen können, im Zusammenspiel mit dem altersbedingt noch nicht ausgereiften Krankheitsverständnis des gesunden Geschwisterkindes, zu einer erheblichen Belastung der Geschwisterbeziehung führen. Insbesondere wenn das Ausmaß der Erkrankung nicht vollständig verstanden wird, können äußere Veränderungen als beunruhigend oder verstörend erlebt werden. Verhaltensänderungen wie Rückzug, Gereiztheit, Müdigkeit oder emotionale Instabilität stellen zusätzlich eine Herausforderung für die gewohnte Geschwisterdynamik dar und können Irritationen sowie Gefühle der Entfremdung hervorrufen. In solchen Situationen entstehen bei gesunden Geschwisterkindern häufig ambivalente Emotionen, die zwischen Mitleid, Sorge, Eifersucht und dem Bedürfnis nach Rückzug schwanken. Diese emotionalen Spannungen können sich unmittelbar auf die Qualität der Beziehung auswirken und eine Destabilisierung der Geschwisterbindung begünstigen. Insbesondere das begrenzte Verständnis der Erkrankung führt nicht selten zu Missverständnissen und einer emotionalen Überforderung (vgl. Möller et al. 2016, 23f, Lohaus 2013, 19ff.).

Neben der Belastung durch das veränderte Aussehen und Verhalten des erkrankten Kindes stehen vor allem die tiefgreifende Veränderung des Familienalltags, welche als prägnanteste Auswirkung beschrieben werden kann, im Zentrum. Diese kann nicht nur eine Umstrukturierung der Rollen innerhalb der Familie bewirken, sondern auch zu einer erhöhten emotionalen Belastung aller Familienmitglieder führen. Die Kombination aus familiären Alltagsveränderungen, erlebter elterlicher Ungleichbehandlung und individuellen Belastungen der Kinder kann eine Kumulation von Stressoren verursachen. Diese können in Wechselwirkungen zwischen den familiären Subsystemen, insbesondere zwischen Eltern und Geschwistern, münden (vgl. Schneewind 2010, 201). Letztlich sieht sich jedes Familienmitglied vor die Aufgabe gestellt, eine neue Rolle im veränderten Familiensystem zu finden und individuelle Wege im Umgang mit den eigenen Ängsten und Sorgen zu entwickeln (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226).

So bleibt nun jedoch immer noch die Frage offen, ob diese Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung, falls sie eintreten, eher positiv oder negativ zu bewerten sind. Untersuchungen, bei denen der *Sibling Relationship Questionnaire* zum Einsatz kam und sowohl die Mütter der Kinder als auch die Geschwister selbst befragt wurden, zeigen, dass die Qualität der Geschwisterbeziehung durch eine schwere Erkrankung wie Krebs nicht zwangsläufig negativ beeinflusst wird. Im Gegenteil wird sie in vielen Fällen sogar als sehr positiv beschrieben. Besonders

hervorgehoben wird dabei ein fürsorglicher und rücksichts- sowie verständnisvoller Umgang mit dem erkrankten Geschwisterkind. Dieses Verhalten kann jedoch auch Ausdruck einer Ambivalenz sein, wenn zum Beispiel negative Emotionen wie Wut oder Eifersucht aus Angst vor elterlicher Ablehnung unterdrückt werden (vgl. Tröster 2013, 113). Darüber hinaus können gesunde Geschwisterkinder die Erkrankung des Bruders oder der Schwester als Verlust von Aufmerksamkeit und Privilegien wahrnehmen. Werden sie nicht altersgerecht über die Situation informiert, können unter anderem Gefühle von Neid, Ohnmacht oder Wut entstehen. Dennoch lassen sich auch positive Entwicklungen erkennen. So zeigen Kinder in vergleichbaren Familiensituationen häufig eine gesteigerte Sozialkompetenz und ein ausgeprägtes Empathievermögen (vgl. Möller et al. 2016, 68ff.). Durch eine kindgerechte Aufklärung über die Krebserkrankung, offene Kommunikation sowie eine gezielte emotionale Begleitung kann ein Raum für Mitgefühl, Verantwortungsbewusstsein und solidarisches Verhalten entstehen (vgl. Finkbeiner/Bergsträsser 2017, 653). In Kombination mit einem unterstützenden elterlichen Umgangsstil kann dies zu einer belastbaren, vertrauensvollen und langfristig stabilen Geschwisterbeziehung führen (vgl. Möller et al. 2016, 70). Daraus ergibt sich auch die Relevanz, die diese Thematik auch für pädagogische Fachkräfte hat, welche im folgenden Kapitel näher betrachtet wird.

Zuvor wäre an dieser Stelle jedoch auch zu erwähnen, dass es trotz der onkologischen Erkrankung eines Geschwisterkindes auch Merkmale der Geschwisterbeziehung gibt, die sich nicht verändern. So gibt es, wie in Kapitel 2 ausführlich ausgeführt, auch Asymmetrien in Geschwisterbeziehungen zwischen gesunden Kindern. Ein besonderer Aspekt bei einer kindlichen Krebserkrankung stellt die elterliche Ungleichbehandlung dar, die bei der Erkrankung eines Kindes zwar wahrscheinlich ist, jedoch nicht nur auf diese beschränkt sein muss, denn wie auch Frick (2020, 24) erwähnt, stellt diese nämlich eher die Regel dar. Zu den konstanten Merkmalen zählt insbesondere, dass es sich um eine unauflösbare und lebenslange Beziehung handelt. Dies verdeutlicht die grundsätzliche Relevanz einer Auseinandersetzung mit der Geschwisterthematik, auch unabhängig von einer Erkrankung des Kindes, für pädagogische Fachkräfte.

6 Was bedeutet dies für die kindheitspädagogische Praxis?

Diese Frage wird in der Literatur vor allem in Bezug auf kindliche Krebserkrankungen nur selten beleuchtet, weshalb sich dieses Kapitel, wenn nicht anderes gekennzeichnet, auf Schlussfolgerungen der Autorin dieser Arbeit beziehen. Die Relevanz für die Kindheitspädagogik ergibt sich aus folgendem Zitat aus dem Artikel von Kaufmann (2022, 3), in dem die Familie ebenfalls als soziales System beschrieben wird:

„Man stelle sich ein Mobile vor. Bewegt sich eines der Teile, geraten automatisch auch alle anderen Teile in Schwingung [...]. Genauso ist es mit einer Krebserkrankung in der Familie. Sie bewegt alle Familienmitglieder. Daher ist es wichtig, dass wir auch allen Angehörigen Hilfsangebote machen. Insbesondere den Geschwistern, die in der Regel in den Hintergrund treten.“

Auch wenn es keine eindeutige Studienlage dazu gibt, ob die gesunden Geschwister in ihrer Situation gefährdet sind, stellt „eine lebensbedrohende Erkrankung eines Familienmitglieds einen Risikofaktor für die familiäre Gesundheit im Allgemeinen und für die psychische Entwicklung des Geschwisterkindes im Speziellen“ (Kaufmann 2022, 4) dar. Manchmal können sich die Auswirkungen der Belastung auf die Geschwister auch erst Jahre später zeigen, daher ist es umso wichtiger, diese Kinder frühzeitig zu unterstützen (vgl. ebd.). Insbesondere im früh- und kindheitspädagogischen Bereich nehmen pädagogische Fachkräfte eine bedeutende Rolle ein, wenn es darum geht, die psychosozialen Bedürfnisse gesunder Geschwisterkinder zu erkennen und angemessen zu begleiten. Da sich die Auswirkungen einer Krebserkrankung nicht nur auf das erkrankte Kind, sondern auf das gesamte Familiensystem erstrecken, bedarf es in pädagogischen Institutionen eines sensiblen Umgangs mit den oft unsichtbaren Belastungen von Geschwisterkindern. Darüber hinaus sind pädagogische Fachkräfte häufig erste Ansprechpartner außerhalb der Familie und können durch achtsame Beobachtung, sowie durch Gespräche im geschützten Rahmen, emotionale Ausdrucksmöglichkeiten eröffnen. Gleichzeitig sind sie in der Lage, durch gezielte Angebote, die soziale Integration, das Selbstwertgefühl und die Resilienz der betroffenen Kinder zu fördern. Voraussetzung hierfür ist ein fundiertes Wissen über die psychosozialen Dynamiken in Familien mit schwer erkrankten Kindern und ein professioneller Umgang mit kindlicher Trauer, Angst oder Rückzugstendenzen.

Wie aus dieser Arbeit ersichtlich wurde, ist es besonders wichtig, vor allem in der Altersstufe von Vorschulkindern, dass die Kinder altersentsprechend aufgeklärt und informiert werden. Dazu gehört auf jeden Fall die Info, dass sie keine Schuld an der Erkrankung trifft. Vor allem ist eine offene innerfamiliäre Kommunikation und ein Gesprächspartner oder eine Gesprächspartnerin, die für es erreichbar ist, welche nicht zwingend ein Familienmitglied sein muss, sondern auch beispielsweise eine Erzieherin oder ein Erzieher in der Kita sein kann. Das soziale

Umfeld der betroffenen Familie weiß oft nicht, wie es reagieren soll, weil sie beispielsweise Angst haben, etwas Falsches zu sagen und oft wenig über kindliche Krebserkrankungen und die zumeist hohen Heilungschancen wissen, was zu unangemessenen, nicht kindgerechten Reaktionen führen kann, welche die Kinder zusätzlich belasten und verunsichern können (vgl. Kaufmann 2022, 4). So ist es umso wichtiger, dass pädagogische Fachkräfte sich der Erkrankung zumindest insofern auseinandersetzen, dass sie die Kinder altersentsprechend aufklären können, wenn dies den Eltern nicht gelingt.

In Bezug auf die Elternarbeit ist es Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte, ihnen zu vermitteln, dass sie nicht alles perfekt machen müssen. Es kann hilfreich sein, wenn Eltern, auch wenn sie die Bedürfnisse der gesunden Geschwisterkinder nicht erfüllen können, diese Bedürfnisse trotzdem sehen und dies auch mit den Kindern kommunizieren. Falls Verhaltensauffälligkeiten bei den gesunden Kindern bestehen und die Eltern darauf mit Unverständnis oder Besorgnis reagieren, kann es hilfreich sein, das Verhalten als Ausdruck eines langen Anpassungsprozesses zu verstehen. Eine angemessene Antwort darauf als Fachkraft könnte sein: „Sie können stolz auf sie sein. Sie haben sich schließlich lange genug integriert. Da darf man dann auch mal ein bisschen ausflippen“ (ebd., 5). Wenn sich Eltern Sorgen um ihre Kinder machen, kann es ebenfalls sinnvoll sein, ihnen ins Bewusstsein zu rufen, dass viele Kinder trotzdem gestärkt aus der Situation hervorgehen (vgl. ebd.). Eine weitere Empfehlung die Eltern an dieser Stelle ausgesprochen werden kann, ist für ein Familienklima zu sorgen, in welchem jedes Kind als eigenständige Person, inklusive ihrer eigenen Stärken und Schwächen, gesehen wird (vgl. Frick 2015a, 209). Für den Umgang als pädagogische Fachkraft mit Geschwisterkindern bedeutet das, die Kinder nicht miteinander vergleichen, die eigene Geschwistererfahrung bzw. -beziehung zu reflektieren und die eigenen Erfahrungen nicht auf andere zu projizieren und Konkurrenz unter den Kindern zu reduzieren. Die Einstellung „Jeder hat Stärken und Schwächen“, Sympathien und Antipathien zu hinterfragen und unbewusste Geschwistererfahrungen keine Rolle spielen zu lassen sind in der alltäglichen Arbeit mit den Kindern essenziell. Dabei ist es für sich trotzdem hilfreich zu wissen: „Eifersucht und Rivalität gehören in einem bestimmten Maß zur normalen psychischen Entwicklung und müssen auf einem mittleren Aktivitätsniveau akzeptiert werden“ (Frick 2015a, 209f.).

Die in Kapitel 3 dieser Arbeit aufgezeigten Belastungen, die in der akuten Behandlungsphase sowohl für das erkrankte Kind als auch für seine Familienmitglieder einhergehen können, zeigen, dass auch wenn die Heilungschancen bei Kindern zwar relativ hoch sind, die Behandlung an sich dennoch enorme Auswirkungen auf das Familienleben und seine Mitglieder haben kann. Das Kapitel zeigt nachvollziehbar auf, weshalb sich die elterliche Aufmerksamkeit in hohem

Maße auf das erkrankte Kind konzentriert. Diese Fokussierung ist unter den gegebenen Umständen verständlich und darf nicht vorschnell, als Vernachlässigung der gesunden Geschwisterkinder bewertet werden. Auch wenn diese Arbeit sich den gesunden Geschwisterkindern widmet, bleibt die Notwendigkeit bestehen, die familiäre Dynamik im Kontext der Erkrankung ganzheitlich zu betrachten und einseitige Bewertungen zu vermeiden. Dies erfordert ein differenziertes Verständnis seitens pädagogischer Fachkräfte, die die Bedürfnisse aller Familienmitglieder sensibel wahrnehmen und begleiten sollten. Während der akuten Behandlungsphase kann es hilfreich sein, die Kinder am Klinikleben partizipieren zu lassen und sie aktiv in die Pflege einzubeziehen. Dies sollte jedoch stets altersangemessen sein. So könnte es zum Beispiel ein Bild für das Krankenhauszimmer malen oder die Verantwortung für das Haustier übernehmen. Insgesamt ist es wichtig, ihnen Anerkennung und Wertschätzung für ihre Hilfe entgegenzubringen und ihnen zu zeigen, dass sie gesehen werden und auch wichtig sind (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 653).

Wie sich die in der Einleitung formulierte Forschungsfrage nun abschließend beantworten lässt und welche weiteren Aspekte und Fragen sich dabei ergeben, wird im folgenden abschließenden Kapitel dargestellt.

7 Fazit & Schlussbetrachtung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Krebserkrankung eines Kindes eine tiefgreifende Belastung für das gesamte Familiensystem darstellen kann. Auch die Geschwisterbeziehung, die sich typischerweise durch eine besondere Form sozialer Nähe, gegenseitige Vertrautheit, geteilte Alltagswelten und emotionale Ambivalenz auszeichnet, kann durch die Erkrankung strukturelle, emotionale und funktionale Veränderungen erfahren. Dabei betreffen diese nicht nur das unmittelbare Miteinander der Kinder, sondern sind eingebettet in komplexe familiendynamische Prozesse. Da die Familiensystemtheorie die Familienrealität nicht als objektiv, sondern als von den einzelnen Mitgliedern subjektiv mitgestaltet, betrachtet wird (vgl. Jungbauer 2014, 30), kommt dem subjektiven Erleben der gesunden Geschwister eine wesentliche Rolle zu. Wie im vierten Kapitel deutlich wurde, spielen in diesem Zusammenhang vor allem das Krankheitsverständnis und das möglicherweise als ungerecht empfundene ungleiche Verhältnis der Aufteilung elterlicher Aufmerksamkeit eine bedeutende Rolle.

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Frage, inwiefern die onkologische Erkrankung eines Kindes in der akuten Behandlungsphase die familiäre Situation von Vorschulkindern als gesunde Geschwister beeinflussen und welche Auswirkungen dies langfristig auf die Geschwisterbeziehung haben kann, lässt sich somit zusammenfassend wie folgt beantworten: Die zuvor geteilte Lebenswelt der Geschwister wird oft durch häufige Klinikaufenthalte, medizinische Eingriffe und organisatorische Umstellungen im Familienalltag unterbrochen, was zu einer räumlichen und emotionalen Distanz zwischen den Geschwistern führen kann (vgl. Finkbeiner/ Bergsträsser 2017, 650). Besonders im Vorschulalter, in dem Kinder stark auf direkte Interaktion und emotionale Nähe angewiesen sind und ihr Krankheitsverständnis von irrationalen Vorstellungen geprägt ist, kann dies das Erleben von Beziehungssicherheit beeinträchtigen. Dabei ist ein zentrales Merkmal der veränderten Geschwisterbeziehung die Verschiebung von Rollen und Verantwortlichkeiten. Viele gesunde Kinder nehmen in dieser Situation ihre eigenen Bedürfnisse zurück und zeigen ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit. Während sich manche Kinder durch ihr Engagement als tragende Stützen der Familie erleben und daraus Selbstwert und Handlungskompetenz schöpfen, kann dies für andere eine Überforderung darstellen, insbesondere dann, wenn emotionale oder soziale Unterstützung fehlt. Hinzu kommt, dass sich die elterliche Aufmerksamkeit häufig auf das erkrankte Kind konzentriert. Auch wenn diese Zuwendung medizinisch notwendig und emotional nachvollziehbar ist, kann sie von den gesunden Geschwistern als Zurücksetzung erlebt werden. Dadurch können die betroffenen Kinder in ein Spannungsfeld widersprüchlicher Gefühle geraten, die Eifersucht, Trauer, Schuld, aber auch Fürsorge und Stolz miteinschließen. Diese Ambivalenzen können die Geschwisterbeziehung

häufig nachhaltig beeinflussen, insbesondere wenn das gesunde Kind keine Möglichkeit hat, über seine Gefühle zu sprechen oder diese auszudrücken. Die systemische Perspektive bietet mit dem ABCX-Modell von Hill (1958) einen theoretischen Zugang zur Analyse dieser Dynamiken. Ob sich eine Krise (X) auf familiärer oder individueller Ebene entwickelt, hängt maßgeblich vom Zusammenspiel der Stressoren (A), von vorhandenen Ressourcen (B) und der subjektiven Bewertung (C) ab. Die Geschwisterbeziehung kann in diesem Kontext sowohl als Risikofaktor, etwa bei Eifersucht oder Schuldgefühlen, als auch als Schutzfaktor durch Fürsorge, Solidarität und gegenseitige Unterstützung wirksam sein (vgl. Leiss/ Di Gallo 2018, 226; Tröster 2013, 105f.; Kaufmann 2022, 4f.).

Insgesamt zeigen die analysierten Befunde, dass das Erleben und Verhalten gesunder Vorschulkinder maßgeblich vom individuellen familiären Kontext und vielen verschiedenen Faktoren abhängt, die sich wechselseitig beeinflussen. Abgesehen von den bereits genannten Einflussfaktoren ist auch der qualitative Zustand der Geschwisterbeziehung vor Eintritt der Erkrankung zu berücksichtigen und zu hinterfragen, ob sich jede Veränderung der Beziehung ausschließlich auf die Krebserkrankung zurückzuführen lässt oder nicht auch andere Einflussfaktoren für Veränderungen ursächlich sein können. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der Definition und Bewertung von *Beziehungsqualität*, wer diese bestimmt und anhand welcher Kriterien eine Geschwisterbeziehung als *gut* gilt. Weiterführende Dimensionen ergeben sich aus der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverständnis und der Verarbeitung von lebensbedrohlichen oder lebensbeendenden Erkrankungen. Diese Aspekte eröffnen Anschlussmöglichkeiten für weiterführende Forschungsfragen im Kontext von kindlicher Trauer, existenzieller Erfahrung und kindlichem Todesverständnis.

Der derzeitige Forschungsstand zur Thematik psychosozialer Erfahrungen von Geschwistern an Krebs erkrankter Kinder ist als begrenzt einzuschätzen. Um belastbare Aussagen treffen zu können, sind künftig weiterführende Untersuchungen mit größeren und differenzierteren Stichproben erforderlich. Einige Aussagen basieren auf Literatur, die sich eher auf Geschwistern von behinderten Kindern beziehen oder nicht zwischen chronischer Erkrankung oder Behinderung differenzieren. Zwar lassen sich viele Erkenntnisse auf die Krebserkrankung übertragen, da sie zu den chronischen Erkrankungen zählt, jedoch mangelt es an spezifischer Literatur, insbesondere mit Blick auf entwicklungspsychologische Aspekte und altersspezifische Differenzierungen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich zwar auf Vorschulkinder fokussiert, was sich jedoch hauptsächlich in Bezug zum Krankheitsverständnis in dieser Entwicklungsstufe widerspiegelt. Inwiefern der in Kapitel 4 erwähnte Leistungsabfall und Schulverweigerung auch für diese Altersgruppe zutrifft, wurde aus der Recherche nicht ersichtlich. Es lässt sich jedoch vermuten,

dass auch diese Kinder sich verweigern in die Kita zu gehen oder Entwicklungsrückschritte machen, was sich zum Beispiel durch Bettnässen zeigen kann. Auch in Bezug auf die Übernahme von Aufgaben im Haushalt wird in der Literatur keine Altersunterscheidung vorgenommen.

Eine differenzierte Analyse weiterer Einflussfaktoren wie Altersabstand, Geschwisteranzahl, elterliches Verhalten oder Umfang der kindgerechten Aufklärung über die Erkrankung wäre notwendig. Für die pädagogische Praxis ist es jedoch sekundär, ob es sich konkret um eine Krebserkrankung handelt oder ein anderer belastender Stressor auf das Familiensystem einwirkt. Entscheidend ist das Bewusstsein dafür, dass familiäre Belastungen, unabhängig von deren Ursache, Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und insbesondere auf die Geschwisterbeziehung haben können. Dabei spielt das unterstützende Umfeld eine zentrale Rolle, vor allem im Hinblick auf die Wahrnehmung des Stressors, welche das Erleben und die individuelle Verarbeitung maßgeblich beeinflusst. Die Unterstützung durch pädagogische Fachkräfte kann damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des familiären Systems leisten, indem sie die Geschwisterkinder entlasten, stärken und ihnen Raum zur individuellen Verarbeitung geben.

Grundsätzlich wäre es sinnvoll, auch Geschwisterbeziehungen ohne Erkrankung in der pädagogischen Arbeit mit den Kindern mehr zu berücksichtigen, denn wie treffend bereits Dreikurs formulierte: „Man kann ganz einfach kein Kind unabhängig von seinen Geschwistern verstehen“ (Dreikurs, 1933 zit. n. Frick 2015, 32). Dieses Zitat unterstreicht die zentrale Bedeutung der Geschwisterbeziehung für das Verständnis kindlicher Entwicklung in ihrer sozialen und psychischen Dimension. Auch die eigenen Geschwistererfahrungen zu reflektieren und nicht auf die Kinder unbewusst zu übertragen, stellt hier einen zentralen Aspekt der professionellen, pädagogischen Arbeit dar.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Krebserkrankung eines Geschwisters mit hoher Wahrscheinlichkeit Einfluss auf das gesunde Geschwisterkind und die Qualität der Geschwisterbeziehung nimmt. Dieser Einfluss ist jedoch von vielfältigen Faktoren abhängig und muss stets im jeweiligen familiären Kontext, sowie unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes der betroffenen Kinder, betrachtet werden. Allgemeingültige Aussagen sind daher nicht möglich, sodass diese Arbeit auch keinen konkreten Handlungsleitfaden formulieren kann. Sie eröffnet jedoch die Möglichkeit, sich vertieft mit der Thematik der Geschwisterbeziehungen im Kontext schwerer Erkrankungen auseinanderzusetzen, eigene Geschwistererfahrungen kritisch zu reflektieren, ohne diese unbewusst auf betroffene Kinder zu übertragen, und sensibilisiert Fachkräfte für die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder.

Literaturverzeichnis

- Achilles, I. (2018): „... und um mich kümmert sich keiner!“: die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder. 6. Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Alderfer, M. A., Long, K. A., Lown, E. A., Marsland, A. L., Ostrowski, N. L., Hock, J. M., Erwing, L. J. (2010): Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. In: *Psycho-Oncology* 19 (8), 789-805.
- Armbrust, J. (2007): *Streit unter Geschwistern: so lösen Eltern erfolgreich Konflikte*. Stuttgart: Urania.
- Bank, S. P., Kahn, M. D. (1994): *Geschwister- Bindung*. München: dtv.
- Bergsträsser, E. (2017): Häufige Tumoren im Kindesalter. In Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A. & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 763- 768. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53955-2> (Zugriff: 11.08.2025).
- Blatt, S. (2023): Chronische Erkrankungen bei Kindern. Online unter: <https://www.msmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-kindern/soziale-einfl%C3%BCsse-auf-das-verhalten-von-kindern-und-ihre-familien/chronische-erkrankungen-bei-kindern> (Zugriff: 21.05.2025).
- Boll, T., Ferring, D. & Filipp, S.-H. (2001): Struktur und Folgen elterlicher Ungleichbehandlung von Geschwistern: Forschungsstand und -desiderate. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33(4), 195–203. Hogrefe Publishing Group. Online unter: <https://doi.org/10.1026//0049-8637.33.4.195> (Zugriff: 11.08.2025).
- Boll, T., Ferring, D. & Filipp, S.-H. (2005): Effects of Parental Differential Treatment on Relationship Quality with Siblings and Parents: Justice Evaluations as Mediators. In: *Social Justice Research*, 18(2), 155–182. Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s11211-005-7367-2> (Zugriff: 11.08.2025).
- Brock, I. (2015a): Einleitung. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 11- 20.
- Brock, I. (2015b): „Die können schon voneinander loslassen, aber sie wissen, der andere ist da“. Geschwister in der Kindertagesstätte - Empfehlungen für die Praxis. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 187- 204.
- Brock, I. (2015c): „Ich hab mich so auf den kleinen Bruder gefreut!“ Geburt von Geschwistern. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 163- 186.
- Brück, N. (2019): *Geschwisterbeziehungen und Freundschaften. Kindliche Beziehungen als Entwicklungskontexte für Moral*. Wiesbaden: Springer. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-24888-8_2 (Zugriff: 08.08.2025).
- Cunningham, C., Betsa, N & Gross, S. (1981): *Sibling groups, Interaction with siblings of oncology patients*. *JPediatrHematolOncol* 3:135-1.

- Di Gallo, A., Gwerder, C., Amsler, F. & Burgin, D. (2003): *Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 52:141-55.
- Dreikurs, R. (1981): *Grundbegriffe der Individualpsychologie*. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Dunn, J. (1995): *From One Child to Two. What to expect, how to cope and how to enjoy your growing family*. New York: Fawcett Columbine/Ballantine Books.
- Dunn, J. & Plomin, R. (1996): *Warum Geschwister so verschieden sind*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Emadi, A. & Law, J. Y. (2025): *Überblick über Leukämien*. MSD-Manual. Online unter: <https://www.msdmanuals.com/de/heim/bluterkrankungen/leuk%C3%A4mien/%C3%BCberblick-%C3%BCber-leuk%C3%A4mien> (Zugriff am 21.07.2025).
- Figdor, H. (2015): *Geschwisterbeziehungen in Trennungs-, Stief- und Patchworkfamilien*. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 21- 42.
- Finkbeiner, G. & Bergsträsser, E. (2017): *Pädiatrische Onkologie*. In: Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A. & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 647- 754. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53955-2> (Zugriff: 11.08.2025).
- Frick, J. (2015a): *Auswirkungen und Dynamiken der Geschwisterthematik in Schulklassen und im Lehrerteam*. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 205- 222.
- Frick, J. (2015b): *Ich mag dich – du nervst mich! Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben*. 4. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Frick, J. (2020): *Ich mag dich –du nervst mich! Geschwisterbeziehungen und ihre Bedeutung. Ein Einblick*. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.): *Bindung und Geschwister. Vorbilder, Rivalen, Verbündete*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 15-43.
- Furman, W. & Buhrmester, D. (1985): *Children's perceptions of the qualities of sibling relationships*. *Child Development*, 56, 448.
- Haberthür, N. (2005): *Kinder im Schatten. Geschwister behinderter Kinder*. Oberhofen am Thunersee: Zytglogge.
- Hackenberg, W. (2008): *Geschwister von Menschen mit Behinderung: Entwicklung, Risiken, Chancen*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hantel-Quitmann, W. (2016): *Basiswissen Familienpsychologie: Familien verstehen und helfen*. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoß, K. & Maier, R. (2013): *Medizinische Grundlagen*. In: Pinquart, M. (Hrsg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind: Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2- 16. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-31277-9> (Zugriff: 08.08.2025).
- Jäger, D. (2017): *Entstehung und Biologie bösartiger Tumoren*. In: Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A. & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3- 28. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53955-2> (Zugriff: 11.08.2025).

- Juen, F., Guggemos, A., Engelmann, L., Diesselhorst, V. & Di Gallo, A. (2013): Wie Geschwister krebskranker Kinder die Erkrankung erleben und verarbeiten. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(7), 491–504. Walter de Gruyter GmbH. Online unter <https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.7.491> (Zugriff: 11.08.2025).
- Jungbauer, J. (2014): *Familienpsychologie kompakt*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Kaatsch, P. (2018): Epidemiologie von Krebserkrankungen im Kindesalter. In: Niemeyer, C. & Eggert, A. (Hrsg.): *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 163- 168. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-43686-8_9 (Zugriff: 08.08.2025).
- Kasten, H. (2001): *Geschwister: Vorbilder, Rivalen, Vertraute*. München: Reinhardt.
- Kasten, H. (2018): *Geschwister: Vorbilder - Rivalen – Vertraute*. 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kaufmann, B. (2022): Auch Geschwister sind Helden. Herausforderungen und Chancen in der Geschwisterarbeit. In: *Die Zeitschrift der Deutschen Kinderkrebsstiftung und der Deutschen Leukämie- Forschungshilfe e.V.* (3.22), 2-5.
- Klagsbrun, F. (1993): *Der Geschwisterkomplex. Ein Leben lang Liebe, Hass, Rivalität und Versöhnung*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Knecht, C. (2018): *Geschwister von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen: Erleben und Bewältigungshandeln*. Wiesbaden: Springer Vieweg. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20996-4> (Zugriff: 08.08.2025).
- Kohorst, M. A., Khazal, S. J., Tewari, P., Petropoulos, D., Mescher, B., Wang, J. et al. (2020): Transfusion reactions in pediatric and adolescent young adult haematology oncology and immune effector cell patients. In: *EClinicalMedicine*, 26, 100514. Elsevier BV. Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100514> (Zugriff: 11.08.2025).
- Kroner, T. & Müller, A. (2017): Medikamentöse Tumortherapie. In: Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A. & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 133- 178. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53955-2> (Zugriff: 11.08.2025).
- Kulisch, L. K. & Engelhardt-Lohrke, C. (2022): *Die Rolle von Bindungsverhalten bei der Entstehung von psychischen Problemen bei Geschwistern von Kindern mit chronischen Erkrankungen*. Online unter: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36184.16647> (Zugriff: 11.08.2025).
- Leiss, U. & Di Gallo, A. (2018): Psychosoziale Versorgung. In: Niemeyer, C. & Eggert, A. (Hrsg.): *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 225-230. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-43686-8_17 (Zugriff: 08.08.2025).
- Lohaus, A. (2013): Kindliche Krankheitskonzepte. In: Pinquart, M. (Hrsg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind: Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Berlin, Heidelberg: Springer, 17- 32. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-31277-9> (Zugriff: 08.08.2025).
- Marusak, H. A., Iadipaolo, A. S., Harper, F. W., Elrahal, F., Taub, J. W., Goldberg, E. et al. (2018): *Neurodevelopmental consequences of pediatric cancer and its treatment: applying an early adversity framework to understanding cognitive, behavioral, and*

- emotional outcomes. Neuropsychology Review*, 28(2), 123–175. Springer Science and Business Media LLC. Online unter: <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9365-1> (11.08.2025).
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983): The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7–37.
- Möller, B., Gude, M., Herrmann, J. & Schepper, F. (2016): *Geschwister chronisch kranker und behinderter Kinder im Fokus: Ein familienorientiertes Beratungskonzept*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Online unter: <https://www.vr-elibrary.de/doi/book/10.13109/9783666401992> (Zugriff: 08.08.2025).
- Murray, JS. (2002): *A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer*. *J Pediatr Nurs* 17:327-37.
- Neidhardt, C. (2022): Auch Geschwister sind Helden. Herausforderungen und Chancen in der Geschwisterarbeit. In: *Die Zeitschrift der Deutschen Kinderkrebsstiftung und der Deutschen Leukämie- Forschungshilfe e.V.* (3.22), 7- 10.
- O. A. (Stiftung Kindergesundheit). (2009): *Krebs bei Kindern – Risiken und Chancen heute*. Schwanger und Kind. Online unter: https://www.schwangerundkind.de/news-archiv-de-tail.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=54&cHash=afa6dc49aa4230bb16dd038902c8bb60 (Zugriff: 30.06.2025).
- O. A. (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)). (2021a): *Kortison richtig anwenden und Nebenwirkungen vermeiden*. Online unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/kortison-richtig-anwenden-und-nebenwirkungen-vermeiden.html> (Zugriff 11.07.2025).
- O. A. (Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums). (2021b): *Behandlung von Infektionen bei Krebs* Online unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/nebenwirkungen-bei-krebs/entzuendung-und-infektion/behandlung> (Zugriff am 11.07.2025).
- Onnen, C. (2015): Nicht wählbare Beziehungen. Eine empirische Studie zu Schwesterbeziehungen im Lebenslauf. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 99- 114.
- Piaget, J. (1969): *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett.
- Richmond, M. K., Stocker, C. M. & Rienks, S. L. (2005): Longitudinal associations between sibling relationship quality, parental differential treatment, and children’s adjustment. In: *Journal of Family Psychology*, 19(4), 550–559. American Psychological Association (APA). Online unter: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.4.550> (Zugriff: 11.08.2025).
- Romer, G.& Haagen, M. (2007): *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmolke, R. (2015): Geschwister in kinderreichen Familien. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 283-299.
- Schneewind, K. A. (2010): *Familienpsychologie*. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Online unter: <https://doi.org/10.17433/978-3-17-022775-0> (Zugriff: 08.08.2025).

- Seiffge-Krenke, I. (2013): Stressbewältigung und Krankheitsmanagement bei chronischer Krankheit in Kindheit und Adoleszenz. In: Pinquart, M. (Hrsg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind: Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Berlin, Heidelberg: Springer, 33- 48. Online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-31277-9> (Zugriff: 08.08.2025).
- Sharpe, D. & Rossiter, L. (2002): *Siblings of children with chronic illness: A meta-analysis*. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 699–710.
- Sievert, C., Kulisch, L. K., Engelhardt-Lohrke, C., Kowalewski, K. & Jagla-Franke, M. (2024): Risikofaktoren bei Geschwistern chronisch kranker/behinderter Kinder. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19(2), 183–188. Online unter <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01044-5> (Zugriff: 11.08.2025).
- Sohni, H. (2012): Geschwisterdynamik. Impulse aus Psychoanalyse, Familientheorie und Entwicklungspsychologie. In: *frühe Kindheit: die ersten sechs Jahre*, 15. Jg., Heft 2, S. 12–19.
- Stahl, N., Grumbach-Wendt, M. & Kaldirim-Celik, S. (2013): Familien pädiatrischer Palliativpatienten. In: Zernikow, B. (Hrsg.): *Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 487- 513. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-642-29610-9_8 (Zugriff: 11.08.2025).
- Statistisches Bundesamt (destatis). (2025): *In Deutschland leben drei Viertel der Kinder mit ihren Geschwistern zusammen*. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_N019_12.html (Zugriff: 21.05.2025).
- Stotz, M. & Walper, S. (2015): „Lieblings- oder Schattenkind“. Bedeutung und Entstehungshintergründe elterlicher Ungleichbehandlung. In: Brock, I. (Hrsg.): *Bruderheld und Schwesterherz: Geschwister als Ressource*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 135. 162.
- Teuschel, P. (2014): *Benachteiligung und Ausgrenzung in der Familie. Das schwarze Schaf*. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Tröster, H. (1999): Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28(3), 160–176. Online unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026//0084-5345.28.3.160> (Zugriff: 11.08.2025).
- Tröster, H. (2013): Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Pinquart, M. (Hrsg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind*. Berlin, Heidelberg: Springer, 101- 117. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-642-31277-9_7 (Zugriff: 08.08.2025).
- Vermaes, I. P. R., Van Susante, A. M. J. & Van Bakel, H. J. A. (2012): Psychological Functioning of Siblings in Families of Children with Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), Oxford University Press, 166- 184. Online unter: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr081> (Zugriff: 11.08.2025).
- Walper, S., Thönnissen, C., Wendt, E.V. & Bergau, B. (2009): *Geschwisterbeziehungen in risikanten Familienkonstellationen*. München: SOS Kinderdorf e.V.
- Weidtmann, K. (2018): Die Familie in der Psychologie. In: Wonneberger, A., Weidtmann, K. & Stelzig-Willutzki, S. (Hrsg.): *Familienwissenschaft*. Wiesbaden: Springer, 209- 248. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-17003-5_9 (Zugriff: 08.08.2025).

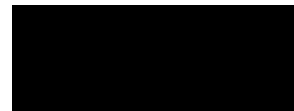
Williams, PD., Hanson, J., Karlin, R., Ridder, L., Liebergen, A., Olsen, J. et al. (1997): *Outcome of a nursing intervention for siblings of chronically ill children: a pilot study*. J Soc Pediatr Nurs 2:127-32.

Yeo, K. K. (2024): *Übersicht zu Krebs im Kindesalter*. Online unter: <https://www.msdmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-kindern/krebs-im-kindesalter/%C3%BCbersicht-zu-krebs-im-kindesalter> (Zugriff: 21.05.2025).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum



Unterschrift