

Drechsler, Marina

**Die Geschwisterbeziehung und die Wirkung einer Krebserkrankung auf diese und wie
Geschwisterarbeit interveniert**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Drechsler, Marina

**Die Geschwisterbeziehung und die Wirkung einer Krebserkrankung auf diese und wie
Geschwisterarbeit interveniert**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2014

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Busse

Zweitprüfer: Frau Dipl. Päd. Arnaud

Bibliographische Beschreibung

Drechsler, Marina:

Die Geschwisterbeziehung und die Wirkung einer Krebserkrankung auf diese und wie Geschwisterarbeit interveniert. 37 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014

Referat

Die vorliegende Bachelorarbeit lässt sich in drei Abschnitte teilen.

Sie befasst sich im ersten Teil schwerpunktmäßig mit der Geschwisterbeziehung.

Über ihre Einflussfaktoren erklärt, soll dies ein Verständnis für diese Art der Beziehung fördern.

In einem zweiten Anteil soll eine Krebserkrankung eines der Geschwister eine Rolle spielen.

Anhand analytischer Schlussfolgerungen mit Bezug zu der Geschwisterbeziehung, wird in diesem Teil der Arbeit ein Überblick über die Auswirkungen gegeben, die mit einer Krebserkrankung eines der Geschwister im Zusammenhang stehen.

Wie den Auswirkungen auf professioneller Ebene begegnet werden kann, wird im dritten Abschnitt der Arbeit untersucht.

Inhaltsverzeichnis

Bibliographische Beschreibung	I
Inhaltsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
2. Die Geschwisterbeziehung	2
2.1 Begriffliche Klärung	2
2.2 Historischer Blick	2
2.3 Bedeutung	3
2.4 Einflussfaktoren	4
2.4.1 Grundmeinungen	4
2.4.2 Geschwisterkonstellationen	5
2.4.3 Geschlecht	8
2.4.4 Altersunterschied	11
2.4.5 Familiengröße/Geschwisteranzahl	12
2.4.6 Nischenfindung	12
2.4.7 Eltern	13
2.5 Rivalität	18
2.6 Nähe und Distanz	19
3. Krebs im Kindesalter und die Wirkung dessen auf die Geschwisterbeziehung	20
3.1 Krebs im Kindesalter	20
3.2 Leukämie	21
3.2.1 Symptome	21
3.2.2 Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen	22
3.3 Die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung	23
3.3.1 Die Situation des kranken Geschwisters	23
3.3.2 Die Situation der gesunden Geschwister	23
3.3.3 Auswirkungen	24
4. Geschwisterarbeit	27

4.1 Begriffliche Klärung	28
4.2 Psychosoziale Situation des Kindes	29
4.3 Bewältigungsvoraussetzungen.....	30
4.4 Unterstützungsangebote	31
4.4.1 Ziele der Angebote	31
4.4.2 Handelnde.....	32
4.4.3 Bereiche der Angebote.....	33
4.4.4 Spezifische Angebote.....	33
5.Fazit.....	36
Literaturverzeichnis.....	IV
Selbstständigkeitserklärung	VI

1. Einleitung

Das Thema "Geschwister" spielt in meinem Leben eine große Rolle, da ich selbst Geschwister habe und mit diesen eigene Erfahrungen gesammelt habe – positive wie auch negative. Im Studium wurden Geschwister jedoch kaum zum Thema gemacht, weshalb ich dies als Idee für meine Bachelorarbeit sah.

Ich habe mich methodisch für eine Literaturrecherche entschieden und möchte zu Beginn meiner Arbeit die Geschwisterbeziehung beschreiben, wobei ich mich vordergründig auf die Kindheit beziehe. Dazu habe ich den Ansatz über ihre Einflussfaktoren gewählt. Ich möchte damit herausfinden, wie sich eine Geschwisterbeziehung gestalten kann und welche Einflüsse dabei eine wichtige Rolle spielen. Die Rivalität zwischen Geschwistern und ihre Bedeutung sollen hier ebenfalls mit aufgegriffen werden.

Zusätzlich zu der Frage nach der Geschwisterbeziehung, war es für mich von Interesse, was die Krankheit eines Geschwisters für dieses Thema bedeuten kann. Nach einigen Überlegungen habe ich mich letztendlich dafür entschieden, mich auf Krebserkrankungen zu beziehen. Nicht zuletzt begründet darin, dass mir vor allem in den Medien aufgefallen ist, dass diese in unserer Gesellschaft vermehrt eine Rolle spielen.

Aus diesem Grund möchte ich zu Anfang des zweiten Abschnitts meiner Arbeit dieses Thema aufgreifen und den Einfluss von Krebs auf die Geschwisterbeziehung untersuchen. Ich beziehe mich in diesem Punkt ebenfalls auf das Kindesalter.

Um einen Überblick über das Thema Krebs zu bekommen, habe ich eine Krebserkrankung des Kindesalters ausgewählt und möchte diese zunächst näher erläutern. Beginnend mit der Klärung des Begriffs, soll diese Krebsart exemplarisch unter dem Aspekt ihrer Symptome und Behandlungsmöglichkeiten genauer betrachtet werden. Anschließend möchte ich die bei Erkrankung eines Geschwisters entstehende Situation der Kinder darstellen. Anhand dieser Untersuchung soll der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen diese Erkrankung auf die Geschwisterbeziehung haben kann.

Um einen Bezug zur Praxis herzustellen, werde ich in dem dritten und letzten Teil meiner Arbeit darlegen, wie diesen Auswirkungen auf professioneller Ebene begegnet werden kann. Dazu werde ich zuerst eine Klärung des Begriffs der Geschwisterarbeit vornehmen und im Folgenden untersuchen, mit welchen Zielen sowie durch welche Professionen und Methoden diese umgesetzt wird.

Damit soll des Weiteren die Frage geklärt werden, ob dies auch der Geschwisterbeziehung zugutekommen kann.

2. Die Geschwisterbeziehung

Geschwister sind ein faszinierendes und ebenso groß gefasstes Thema. Aus diesem Grund möchte ich zunächst eine kurze Eingrenzung vornehmen.

In diesem Kapitel soll es um Geschwister gehen, die nicht Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister sind. Ich werde mich jedoch in einem Teil meiner Arbeit mit Geschwistern krebskranker Kinder auseinandersetzen.

2.1 Begriffliche Klärung

Als erstes stellt sich die Frage nach dem Begriff. Die Bezeichnung von Bruder und Schwester, als leibliche Verwandte, kam ursprünglich von den Griechen. „*Adelphos*“ und „*Adelphi*“ bedeutete wörtlich übersetzt „demselben Mutterleib entstammend“ (Hax-Schoppenhorst 2007, S. 18). Im deutschsprachigen Raum gibt es die Bezeichnungen für Bruder und Schwester, die dann in der Regel lediglich die leiblich Verwandten einschließt. Das ist allerdings in nur wenigen Kulturen unserer Welt üblich. Hax-Schoppenhorst schreibt von einem Fünftel der Kulturen der Erde, in denen man von „Brüdern“ und „Schwestern“ spricht. Dabei ist aber noch zu erwähnen, dass von diesen Kulturen einige Cousinen und Cousins oder gar enge Freunde mit einschließen (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 18). Der Begriff „Geschwister“ und damit zusammenhängende wie „Bruder“ und „Schwester“ sind also in unterschiedlichen Kulturen auch unterschiedlich zu definieren.

2.2 Historischer Blick

Wenn man sich die Literatur ansieht, die zum Thema Geschwister vorhanden ist, so ist festzustellen, dass erst seit wenigen Jahrzehnten Literatur zur Verfügung steht. Das verwundert sehr, denn das Thema der Geschwisterlichkeit spielt schon sehr lange Zeit immer wieder eine Rolle, wie in verschiedenen Märchen, beispielsweise der Gebrüder Grimm oder aber in der Bibel, zum Beispiel mit der Geschichte von Josef und seinen Brüdern (vgl. ebd., S. 18f).

Dennoch zeigte die Wissenschaft erst sehr spät Interesse an diesem Thema. Zwar gibt es zahlreiche Literatur über die Beziehung von Ehepartnern untereinander und der Beziehung von Eltern zu Kindern, jedoch gab es dergleichen bis in die 1970er Jahre im deutschsprachigen Raum kaum in Bezug auf die Geschwisterbeziehung (vgl. Frick 2006, S. 12f). Erst ab dieser Zeit wurden Untersuchungen gemacht, die auch Geschwister einschließen oder betreffen (vgl. Kasten 1993, S. 19). Daraus hat sich dann im Laufe der Jahre die

wissenschaftliche Disziplin der Geschwisterforschung gebildet (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 35).

2.3 Bedeutung

Die Geschwisterbeziehung wird in verschiedener Literatur, beispielsweise auch von Kasten, als schicksalhaft und nicht zu beendende Verbindung beschrieben. Man wird in sie hineingeboren, kann sie sich somit nicht aussuchen. Und auch wenn man den Kontakt zu Geschwistern abbricht, so ist man dennoch weiterhin mit ihnen verbunden, da das gemeinsame Aufwachsen geprägt hat (vgl. Kasten 2001, zit. n. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 38). Des Weiteren unterscheidet sie sich von der Beziehung zu den Eltern durch die Abwesenheit eines Generationsgefälles. Sie bewegt sich demzufolge auf einer Horizontalen Ebene (vgl. Lehmkuhl 2006, S. 80). Nach Lehmkuhl sind sich Geschwister zugleich ähnlich und auch gegensätzlich (vgl. ebd., S.93). Ley schrieb dazu: „Sie sind alles andere als gleich – sie unterscheiden sich in Alter, Geschlecht, Größe, Temperament, Fähigkeiten und emotionalen Reaktionen“ (Ley 2001, zit. n. Lehmkuhl 2006, S. 93). Da dies allerdings auch bei Peer-Group-Beziehungen zu finden ist, ist der Unterschied zu Beziehungen auf der horizontalen Ebene, dass die Geschwister die gleiche Herkunft, die gleichen Eltern haben. Dadurch sind sie – wie es auch Kasten bereits schrieb – ein Leben lang miteinander verbunden (vgl. ebd., S. 93).

Eine Geschwisterbeziehung kann für das Leben eines Menschen eine sehr große Bedeutung haben. Ich möchte diese im Folgenden kurz etwas näher betrachten, um die zentrale Rolle und damit die Relevanz einer Geschwisterbeziehung im Leben herauszustellen.

Wie oben bereits erwähnt wirkt eine Geschwisterbeziehung ein Leben lang. Sie ist oft gekennzeichnet von einer Ambivalenz. Die Geschwisterbeziehung ist als ein dynamischer Verlauf im Leben anzusehen. So können in einer Geschwisterbeziehung Gefühle wie Rivalität oder Konkurrenz auftreten und gleichzeitig auch Wärme und Intimität eine große Rolle spielen (vgl. Frick 2009, S. 222). Bereits in frühester Kindheit können Geschwister voneinander profitieren. Sie sammeln Erfahrungen im Umgang miteinander, auf einer horizontal-symmetrischen Ebene. Diese gemachten Erfahrungen können später in einem Umfeld außerhalb der Familie ausgetestet werden und tragen somit zur Bildung von Verhaltens- und Gefühlsmustern bei. Des Weiteren beeinflussen sie sich bei der individuellen Entwicklung, zum Beispiel im Bereich der Kognition, der emotionalen Entwicklung, im sozialen Umgang und in den Persönlichkeitsmerkmalen. Geschwister können sich einander

Vorbild sein und möchten die gegenseitige Anerkennung. Um diese zu erreichen kann es motivierend wirken zu lernen und sich zu entwickeln. Neben den Eltern sind sie auch enge Bezugspersonen, die gerade in der Pubertät eine Hilfe bei dem Ablösungsprozess von den Eltern darstellen können (vgl. Frick 2006, S.199ff).

Es ist erkennbar, dass Geschwister in vielen Bereichen einen starken Einfluss haben können.

2.4 Einflussfaktoren

Eine Geschwisterbeziehung kann sich in unterschiedlichster Ausprägung und Form präsentieren. Es nehmen viele verschiedene Faktoren Einfluss darauf, weshalb alle wichtig sein können. Aus diesem Grund möchte ich im Folgenden versuchen die Geschwisterbeziehung in der Kindheit über ihre Einflussfaktoren genauer zu beleuchten. Es ist vorwegzunehmen, dass die beschriebenen Faktoren jeweils nur einen kleinen Teil der Geschwisterbeziehung ausmachen. Um ein annähernd realistisches Bild von einer solchen Beziehung zu bekommen, ist es nötig, so viele Kriterien wie möglich sowie die jeweils individuelle Situation der Familie zu berücksichtigen. Denn die einzelnen Faktoren wechselwirken ständig miteinander (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 49).

2.4.1 Grundmeinungen

Die Grundmeinungen entwickeln sich in den frühesten Jahren, noch bevor Kinder sprechen können oder in der Lage sind, bewusst nachzudenken. Sie bleiben meist bis in die spätere Kindheit bestehen. Grundmeinungen prägen die Sicht auf die Welt. Sie bestehen aus Ansichten, Einstellungen und Schlussfolgerungen über einen selbst und andere. Sie helfen dem Kind sich unter den vielen Einflüssen und Beziehungen zurechtzufinden. Dabei findet eine Komplexitätsreduktion statt, die einer Schwarz-Weiß-Sicht nahe kommt (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 51). Es ist sozusagen ein Hilfesystem, um die vielfältigen Eindrücke zu ordnen (vgl. Frick 2006, S. 80). Sie prägen damit auch die Wahrnehmung des Einzelnen, das heißt, dass jedes Geschwister die Familie, die eigene Rolle und die Umwelt individuell wahrnimmt. Das subjektiv Empfundene nimmt einen hohen Stellenwert ein und jeder Anlass dient der Bestätigung der eigenen Ansicht, ohne dabei Nuancen zu beachten (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 51f).

Dabei kann man auch unterscheiden zwischen einer geteilten Umwelt (shared environment) und einer nicht-geteilten Umwelt (non-shared environment). Vor allem die nicht-geteilte Umwelt, welche die subjektiv erlebte Umgebung ist, trägt zu den Unterschieden unter Geschwistern bei. Deshalb ist auch weniger der Blickwinkel der Eltern von Bedeutung, als viel mehr der des betreffenden Kindes (vgl. Sohni 2011, S. 65). Dieser Umstand beeinflusst

entscheidend die (erlebte) Geschwisterbeziehung. Er wirkt sich außerdem sehr stark auf die anderen Faktoren aus und ist deshalb hier an erster Stelle aufgeführt.

2.4.2 Geschwisterkonstellationen

„Keine Geschwisterposition kann generell als günstiger oder nachteiliger eingestuft werden, jede Konstellation birgt je nach individueller Situation Vor- und Nachteile, Möglichkeiten, Potenziale, Herausforderungen, Erfahrungen, Probleme und fördert entsprechend den Umständen und Gegebenheiten besondere Fähigkeiten und Einstellungen (Frick 2006, S. 31). Dieses Zitat zeigt deutlich, dass pauschalisierte Aussagen über die Position der Geschwisterreihe und damit zusammenhängende Persönlichkeitsmerkmale nicht möglich sind. Des Weiteren ist zu beachten, dass man von einem Familien-Sub-System spricht (Kind-Kind-System), weshalb die Dynamik in einer Familie nicht außer Acht gelassen werden darf (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 39).

Bei den Rollenkonstellationen geht es aber vordergründig um die Unterschiede zwischen den Kindern, die aufgrund der Position vorhanden sind (vgl. Sohni 2011, S. 55) und von den Geschwistern individuell erlebt werden kann (vgl. Punkt 2.4.1).

Das *erste Kind* ist für die Eltern eine krisenhafte Umstellung. Sie sehen sich vor die Aufgabe gestellt, sich in ihre Elternrolle zu finden und sich auf weitere, mit der Geburt des Kindes zusammenhängende, Veränderungen einzustellen (vgl. Kasten 1993, S: 19). Jedoch hat das erste Kind auch als Einziges– zumindest eine Zeit lang – die ungeteilte Aufmerksamkeit der Eltern (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 39).

Aus diesem Grund betrifft die Geburt des zweiten Kindes vorrangig das Erstgeborene. Es kann laut Kasten zu einem sogenannten “Entthronungstrauma“ kommen, da das Kind nun die Aufmerksamkeit und Zuneigung der Eltern teilen muss (vgl. Kasten 1993, S. 35). Je nach Vorbereitung auf den Nachwuchs, vorheriger Privilegierung durch die Eltern und auch Altersabstand zwischen den Kindern (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 40) können dadurch Ängste beim Kind entstehen, vor Zurückweisung, dem Verlust der elterlichen Zuneigung und Benachteiligung. Dies kann sich negativ auf die Geschwisterbeziehung auswirken, wenn das erstgeborene Kind dem zweiten mit Eifersucht und Aggressionen sowie Ablehnung begegnet (vgl. Kasten 1998, S. 47). Ist der Altersabstand zwischen den Geschwistern recht groß (mehr als sechs Jahre), hat das Erstgeborene bereits eine Persönlichkeit entwickelt und seinen Platz in der Familie gefestigt. Dadurch ist es von der Geburt eines zweiten Kindes nicht mehr so stark betroffen (vgl. Frick 2006, S. 41). Die Entwicklungsaufgaben, vor die das Erstgeborene nun gestellt ist, wie beispielsweise das Einfinden in die Rolle des (älteren) Geschwisters (vgl.

Kasten 1993, S.19), werden jedoch von jedem Kind individuell gelöst (vgl. Frick 2006, S. 52).

Kasten fasst die ab der Geburt des zweiten Kindes auftretenden Veränderungsprozesse in der Familie in drei Phasen zusammen.

In der ersten Phase (von Geburt bis zum 8. Lebensmonat) sind verschiedene Aufgaben von den Eltern zu bewältigen. Sie müssen sich darauf einstellen nun zwei Kinder zu versorgen und zufrieden zu stellen. Des Weiteren sollte es ihre Aufgabe sein, eine Geschwisterbeziehung einzuleiten, indem sie die Geschwister miteinander bekanntmachen. Eine bereits hier bestehende Konkurrenz um die Aufmerksamkeit der Eltern, kann dies jedoch erschweren. Bis zum 16. Lebensmonat (innerhalb der zweiten Phase) wird diese Konkurrenz noch stärker. Das Zweitgeborene entwickelt sich, lernt beispielweise Krabbeln und Laufen und erwirbt dadurch einen größeren Aktionsradius, der zur besagten Rivalität beiträgt. Die Geschwisterbeziehung ist in dieser Phase stark abhängig von den Reaktionen und Interventionen der Eltern.

In der dritten Phase (bis zum 24. Lebensmonat) nehmen diese Eifersuchtsgefühle allerdings wieder ab und die Beziehung zwischen den Geschwistern wird unabhängiger von den Eltern. Das Jüngere zeigt mehr Interesse an den Aktivitäten des Älteren. Mit Abschluss dieser dritten und letzten Phase haben sich in der Regel zwei Subsysteme im Familiensystem gebildet: Das Eltern-System und das Kinder-System (vgl. Kasten 1993, S. 20f).

Da bei den Erstgeborenen anfangs nur das Eltern-System bestand, sind diese oft stärker auf ihre Eltern bezogen, als ihre jüngeren Geschwister (vgl. Sohni 2011, S. 55). Den Ältesten wird außerdem von den Eltern häufig eine gewisse Verantwortung übertragen, wenn sie vor den kleineren Geschwistern als Vorbild dienen (müssen) (vgl. Frick 2006, S. 44). Oftmals ist es auch an ihnen, gewisse Freiräume und Privilegien zu erkämpfen (vgl. Sohni 2011, S. 55), welche die Jüngeren dann für sich nutzen können (vgl. Achilles 2013, S. 24). Doch als Älteste können sie anfangs auch eine gewisse Machtposition aufbauen. Die angewandten Machtstrategien sind dabei allerdings eher ein Mittel zur Differenzierung von den Jüngeren (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 59), denn das Hervorheben des körperlichen und geistigen Vorsprungs, kann ihnen zu einer Stärkung des Selbstwertgefühles verhelfen (vgl. Kasten 1993, S. 24). Achilles schreibt in ihrem Buch: „Die Machtkämpfe zwischen dem erst- und dem zweitgeborenen Kind sind immer am größten, unabhängig davon, ob es in der Familie zwei oder mehr Kinder gibt“ (Achilles 2013, S. 23). Dabei soll ein kleiner Altersabstand noch fördernd wirken (vgl. ebd., S. 23).

Im Spiel mit den Jüngeren nehmen sie auch häufig die Rolle des Anführers bzw. der Autorität ein, geben Rat und erwarten im Gegenzug Respekt – ähnlich wie die Eltern (vgl. Kasten 1993, S. 24).

Die älteren Geschwister beeinflussen außerdem eher die Jüngeren, als es umgekehrt vorkommt (vgl. Achilles 2013, S. 23). Welche Umstellungen die Geburt des *zweiten Kindes* mit sich bringt, habe ich bereits beschrieben. Demnach kommen die *Zweiten* in eine veränderte Umgebung der Familie. Das beginnt damit, dass sie nicht mehr nur die Eltern als Vorbild haben, sondern auch das ältere Geschwister (vgl. Frick 2006, S. 58f). Das kann für sie einen besonderen Anreiz darstellen, da sie angespornt von der Überlegenheit dessen schneller lernen und sich entwickeln können (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 44f). In manchen Fällen kann es zu einer Einholung bzw. Überholung des Älteren kommen, wodurch sich die Rollen auch umkehren können.

Laut Frick sind auch die *zweiten Kinder* vor verschiedene Entwicklungsaufgaben gestellt, ähnlich wie die Erstgeborenen, wenn ein weiteres Kind hinzukommt und sie zu einem *Mittelkind* werden (vgl. Frick 2006, S. 58). Achilles schreibt außerdem, dass davon ausgegangen wird, dass auch die *zweitgeborenen Kinder* die Geburt eines weiteren Kindes als eine Entthronung empfinden (vgl. Achilles 2013, S. 24). Ich würde an dieser Stelle anschließen wollen, dass es wohl für jedes Kind, je nach seinem Erleben dessen, eine Belastung darstellen kann. Ausgenommen sind hier die *Jüngsten*, da es keine nachfolgenden Geschwister gibt.

Die *mittleren Kinder* können eine besondere Position haben. Sie sind zum einen die „Großen“ vor den kleineren Geschwistern, damit deren Vorbilder, zum anderen aber auch die „Kleinen“, weil sie ebenso ein größeres Geschwister haben, welches ihnen wiederum Vorbild sein kann und aus dessen Erfahrung sie lernen können. Außerdem waren sie auch eine Zeitlang die *Jüngsten* (vgl. Frick 2006, S. 59). Damit haben sie bereits in der Kindheit die Möglichkeit vielfältige Rollenerfahrungen zu sammeln, die ihnen zu einem diplomatischen Geschick und auch einer guten Kompromissfähigkeit verhelfen können. Das kommt nicht zuletzt auch daher, dass sie manchmal die Vermittlerrolle zwischen größeren und kleineren Geschwistern einnehmen (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 46f). Das *mittlere Kind* hat aber dadurch auch immer vor Augen, was zum einen die Älteren *schon* dürfen, wofür es aber noch zu jung ist, zum anderen was die Jüngeren *noch* dürfen, wofür es wiederum schon zu alt ist. Das kann das Kind sehr frustrieren und ihm das Gefühl geben, benachteiligt zu werden (vgl. Frick 2006, S. 59f). Sie sind aber auch in der Position, den Druck der Älteren an die Jüngeren

weiterzugeben, da diese in der “Hackordnung“ noch unter ihnen stehen (vgl. Achilles 2013, S. 24).

Das *Jüngste* hat von Anfang an die Rolle des kleinsten und schwächsten Mitgliedes der Familie inne. Jeder in dessen Umgebung ist größer und geschickter als es selbst (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 47). Hinzu kommt, dass es diese Position nie aufgeben muss, bzw. verlässt, da es das letzte Kind ist. Somit sind andere Rollerfahrungen innerhalb der Familie eher unwahrscheinlich.

Die Kleinsten haben den tiefen Wunsch, von den Größeren respektiert und ernst genommen zu werden. Um das zu erreichen, entwickeln einige einen großen Ehrgeiz und große Ausdauer darin, die Älteren ein- bzw. überholen zu wollen (vgl. Frick 2006, S. 65ff). Wie bei den mittleren bzw. zweiten Kindern ist es allerdings auch hier möglich, dass durch das Überholen eines älteren Geschwisters eine Rollenumkehr stattfindet. Dadurch sind dann auch alternative Rollenerfahrungen möglich.

Wird den Jüngsten häufig vorgeworfen, sie hätten nicht für ihre Privilegien kämpfen müssen, so ist dennoch zu beachten, dass sie sich dafür häufig gegen die Älteren durchsetzen mussten. Sie entwickeln dafür im Laufe der Kindheit unterschiedliche Strategien. Manche Kinder, vor allem bei einem großen Altersabstand zu den Geschwistern und der damit verbundenen körperlichen und geistigen Unterlegenheit, bedienen sich Methoden wie Weinen, Schmollen, Provozieren, Streiten oder ähnlichem. Diese Strategien können sich im Verlauf verfestigen und im späteren Leben noch das Verhalten beeinflussen (vgl. ebd., S. 67).

Die Unterschiede, die sich aus der Position bzw. durch deren Einflüsse zwischen den Geschwistern bilden, können – entsprechend ihrer Auswirkung auf das einzelne Kind – die Geschwisterbeziehung beeinflussen.

2.4.3 Geschlecht

Wenn man über das Thema Geschlecht und dessen Einfluss auf die Geschwisterbeziehung spricht, sollte man beachten, dass man die Kultur, den Erziehungsstil der Eltern und deren eigene Kindheitserfahrung mit Geschwistern sowie den Altersabstand zwischen den Geschwistern mit einbeziehen muss.

Es gibt noch weitere einflussnehmende Faktoren, doch ich werde mich im Folgenden auf diese begrenzen.

In unserer Kultur war es bis vor kurzem so, dass nur der Mann als "Stammhalter" den Familiennamen weitertragen durfte. Zwar hat sich dies gesetzlich – im Sinne der Gleichstellung von Mann und Frau - geändert (vgl. Frick 2006, S. 225), dennoch haben viele Menschen noch die alten geschlechtsstereotypischen Denkmuster. Diese wirken sich auf ihr Handeln, ihre Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf das jeweilige Geschlecht aus und können damit auch die Geschwisterbeziehung beeinflussen (vgl. Rufo 2004, S. 85f).

Frick nennt hier als Beispiel, dass ein Geschwisterpaar ungleichen Geschlechts sich gegenseitig eher als Vorbild nimmt, wenn in der Familie ein Erziehungsstil praktiziert wird, der nur eine schwach ausgeprägte geschlechtsorientierte Komponente beinhaltet. Die Kinder sind demnach nicht vollständig auf ihre Geschlechterrolle verwiesen und können auch alternative Erfahrungen sammeln (vgl. Frick 2006, S. 225). Ein Beispiel wäre, dass ein kleiner Bruder seiner großen Schwester nachempfiehlt und eine Zeitlang auch ihre Interessen und Vorlieben teilt, wie beispielsweise mit Puppen zu spielen (vgl. Kasten 1998, S. 66). Ist die Familie allerdings sehr bedacht auf die Einhaltung der geschlechtsstereotypischen Rollen, so kann eine solche Vorbildwirkung kaum stattfinden (vgl. Frick 2006, S. 225), da die Rollenbilder von Mann und Frau stark auseinander gehen.

Die geschlechtsstereotype Erziehung beginnt meist bereits in frühester Kindheit. Aufgrund der unterschiedlichen Erwartungen der Eltern an Jungen und Mädchen gibt es unterschiedliche Auswirkungen. Ein Beispiel wäre die Ablehnung des Kindes, weil es nicht das von den Eltern gewünschte Geschlecht hat. Viele Eltern haben – jeder für sich – meist ein Wunschgeschlecht, wobei sich häufig Mütter Mädchen und Väter Jungen wünschen. In manchen Fällen spiegelt sich dies in der Erziehung wider. Das Kind wird komplementärrollentypisch erzogen und kann so unter Umständen „Schwierigkeiten beim Aufbau seiner Geschlechtsidentität“ (Rufo, 2004, S. 87) haben, was sich auch bis in das Erwachsenenalter auswirken kann (vgl. ebd., S. 86f). Eine Ablehnung kann allerdings auch kultur- und religionsabhängig sein, wenn der Mann noch immer einen höheren Stellenwert hat, als die Frau. Dadurch werden vor allem Mädchen benachteiligt und abgelehnt. Das kann einen Einfluss auf spätere Beziehungen – vor allem auf Liebesbeziehungen – haben und die Geschwisterbeziehung stark negativ beeinflussen und zu lebenslanger Rivalität und Spannung zwischen den Geschwistern führen (vgl. Frick 2006, S. 226ff).

Achilles beschreibt, dass besonders unter den gleichgeschlechtlichen Geschwistern mehr Probleme und Rivalität entstehen können, vor allem dann, wenn sie nicht von selbst eigene und unterschiedliche Interessen und Rollen festlegen (vgl. Achilles 2013, S. 26).

Bei der Entwicklung der kindlichen Sexualität können Geschwister ein erster Ansprechpartner sein. Bei ihnen können sie – ohne den hemmenden, natürlichen Scham, den sie gegenüber den Eltern verspüren – ihre Fragen stellen und auch das “Andere“ beobachten und betrachten. Gerade in der ödipalen Phase ist das Interesse dafür sehr ausgeprägt, da die Kinder beginnen, zwischen den Geschlechtern zu unterscheiden und sich vermehrt mit ihrem eigenen Geschlecht identifizieren (vgl. Rufo 2004, S. 82f).

Weiterhin ist festzuhalten, dass Brüder ihre Aggressionen eher körperlich und handgreiflich untereinander austragen, als es Schwestern tun. Dabei spielt der Altersunterschied allerdings auch noch eine Rolle (vgl. Kasten 1998, S. 77).

Einen Einfluss kann auch die Geschlechterzusammensetzung haben.

Ein Mädchen, welches unter vielen Jungen aufwächst, kann unter Umständen eine besondere Position einnehmen, da sie das einzige Mädchen in der Geschwisterreihe ist. Je nach Einstellung der Eltern kann es damit positive und negative Erfahrungen machen. Sind die Eltern sehr geschlechterrollenkonform eingestellt und sehen das männliche Geschlecht als “wertvoller“ an, kann es als einziges Mädchen eine herabgesetzte Stellung einnehmen. Das hat vor allem Auswirkungen auf den Selbstwert. Sind derartige Vorstellungen bei den Eltern jedoch nicht vorhanden oder nur schwach ausgeprägt, kann das Mädchen durchaus auch Vorteile in ihrer Stellung als einziges Mädchen haben, beispielhaft als “die kleine Prinzessin“ der Familie (vgl. Frick 2006, S. 229ff).

An den benannten Effekten des Einflusses von Geschlecht kann man hier gut erkennen, wie verwoben die einzelnen Einflussfaktoren miteinander sein können. Es ist noch zu erwähnen, dass eine geschlechtsstereotypfreie Erziehung vermutlich kaum möglich ist, auch wenn die Eltern sich größte Mühe geben. Die Denkmuster und Bilder der Geschlechter werden bereits in frühester Kindheit in unseren Grundmeinungen geprägt und sind nur sehr schwer zu revidieren (vgl. ebd., S. 223ff). Des Weiteren werden sie von den Medien und Institutionen wie beispielsweise Kindergärten weiter reproduziert (vgl. Kasten 1998, S. 63). Rufo betont sogar, dass geschlechtsstereotype Behandlung und das Vorhandensein ebensolcher Gegenstände – zum Beispiel Puppen für Mädchen und Autos für Jungen – im Alter von drei bis vier Jahren, also der Zeit der sexuellen Identitätssuche, sehr wichtig und für die Kinderrichtungsweisend und haltgebend sein können in diesem Prozess (vgl. Rufo 2004, S. 92).

2.4.4 Altersunterschied

Wie es in den oben erklärten Einflussfaktoren bereits erkennbar ist, spielt der Altersunterschied oft eine große Rolle bei einer Geschwisterbeziehung. Nach Bank und Kahn führt ein geringer Altersabstand von bis zu zwei Jahren eher zu einer emotionalen Bindung an das Geschwister (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 33). Achilles bestätigt dies mit den Worten: „Je geringer der Altersabstand ist, umso stärker ist die emotionale Bindung zwischen den Geschwistern“ (Achilles 2013, S. 28). Diese Geschwister haben meistens viele Gemeinsamkeiten, teilen ihre Träume, Freude, Traurigkeit und Angst, was bei gleichgeschlechtlichen Geschwistern noch häufiger und verstärkter vorkommt. Manchmal tun sie sich auch zusammen gegen die „Großen“, wie die älteren Geschwister, Schulkameraden oder die Eltern (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 55).

Bei Geschwistern mit einem mittleren bis großen Altersunterschied von ungefähr drei bis sechs Jahren (vgl. Frick 2006, S. 99) hingegen kann sich manchmal eine größere Distanz bilden, die auch im späteren Leben noch anhalten kann. Das ist vor allem darin begründet, dass sie unterschiedliche Lebenswelten haben (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 55) und sich im emotionalen und kognitiven Bereich in unterschiedlichen Entwicklungsstufen befinden (vgl. Frick 2006, S. 98).

Dabei ist gerade bei den Geschwistern mit einem geringen Altersunterschied die Geschwisterambivalenz zu erkennen (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 34). Die altersmäßig nah beieinander liegenden Geschwister haben zwar viel gemeinsam und können so viel miteinander anfangen, dennoch streiten sie auch mehr als Geschwister mit einem größeren Altersabstand (vgl. Kasten 1998, S. 75). Die altersmäßig nahe beieinander liegenden Geschwister können mehr Vergleiche untereinander anstellen, wodurch die Rivalität gefördert wird (vgl. Frick 2006, S. 98f). Durch diese Vergleiche finden ebenfalls mehr Identifikationsprozesse zwischen den Geschwistern statt, anfangs im Bereich der Äußerlichkeiten, später auch bezogen auf innere Eigenschaften (vgl. Kasten 1998, S. 80).

Betrachtet man nun noch einmal die Rollen der einzelnen Geschwister etwas genauer, so ist erkennbar, dass mit einem zunehmenden Altersunterschied die Größeren vermehrt „die dominante Rolle des Anleiters, Anregers, Anstifters und Vorbildes (einnehmen), während die jüngeren Geschwister zunehmend häufiger empfänglich und bereit sind, das Modellverhalten des Älteren nachzuahmen“ (Kasten 1998, S. 85, Einfügg. d. M.D.).

2.4.5 Familiengröße/Geschwisteranzahl

Da die Familie in den ersten Entwicklungsjahren das (einzige) Umfeld des Kindes ist, ist es auch wichtig dieses genauer zu betrachten, wenn man über Einflussfaktoren der Geschwisterbeziehung spricht. Dabei kann die Familiengröße bereits eine Wirkung auf die einzelnen Geschwister haben und je nach Umstand somit auf die Geschwisterbeziehung.

Die Erwartungen der Eltern in einer kleinen Familie, also mit wenigen Kindern, können sich anders auswirken bzw. verteilen, als in einer kinderreichen Familie. Bei einer Kleinen zum Beispiel werden die Erwartungen und Wünsche, auf die ich bereits in Punkt 2.4.3 eingegangen bin, auf nur wenige Kinder übertragen. Dadurch kann für diese ein großer Druck entstehen, verbunden mit geringen Freiräumen (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 54). Das kann sich zum einen positiv auswirken, wenn die Kinder dadurch große Zuwendung und Förderung von den Eltern erfahren, weil sie die Erwartungen erfüllen können. Zum anderen kann es aber auch ein Risiko darstellen, wenn sich die Kinder unter zu großem Druck fühlen und die Erwartungen nicht erfüllen können (vgl. Frick 2006, S. 100). Bei größeren Familien hingegen sind diese Erwartungen verteilter unter den Geschwistern, so dass daraus mehr Eigenständigkeit entstehen kann. Jedoch besteht hier die Gefahr, dass ein Kind in der Menge untergeht und nicht ausreichend Beachtung findet (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 54f). Um den Zusammenhang und die Auswirkung dessen auf die Geschwisterbeziehung noch besser nachvollziehen zu können, möchte ich an dieser Stelle an den Punkt 2.4.7 verweisen. In diesem Punkt werde ich unter anderem den Einfluss der elterlichen Erwartungen genauer behandeln.

2.4.6 Nischenfindung

Jedes Kind hat den Drang sich von den anderen innerhalb der Familie zu unterscheiden und seine eigene Identität zu finden. Es geht um die Entwicklung einer individuellen Rolle. Man spricht bei solchen Rollen auch von Nischen, ein Platz der nur einem Familienmitglied "gehört". Im Prozess der Nischenfindung entwickeln die Kinder unterschiedlichste Methoden und Strategien um die Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Eltern zu gewinnen. Ein Kind kann so beispielweise als "das Fürsorgliche" in der Familie gelten, weil es sich um kleinere Geschwister kümmert und dadurch die Anerkennung und Wertschätzung der Eltern erfährt. Ein anderes Geschwister wird nun versuchen eine andere Rolle – eine sogenannte Komplementärrolle – einzunehmen, da die "des Fürsorglichen" bereits besetzt ist. Ist ein Geschwister jedoch nicht in der Lage eine positiv besetzte Rolle durch eine gute Leistung zu

finden und bekommt es dadurch nicht die gewünschte Zuwendung von den Eltern, kann es zu einer negativen Komplementärrollenbesetzung kommen. Das bedeutet, dass das Kind das Gefühl der unerfüllten Zuwendung durch negatives Auffallen kompensiert, wie beispielsweise durch aggressives Verhalten. Dadurch bekommt es die ersehnte Aufmerksamkeit in der Familie (vgl. Frick 2006, S. 83ff). Meist sind derartige Rollenzuschreibungen von den Eltern begünstigt, da sie direkt oder indirekt die Rolle des Kindes mit entwickeln (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 53). Denn auch Eltern haben eigene Vorstellungen und Bilder von einem Kind, welche sie auf dieses projizieren (vgl. Rufo 2004, S. 235). „Kinder können die ihnen zugewiesenen Rollen annehmen, verändern oder zurückweisen“ (Frick 2006, S. 63), wodurch also eine Aussage zu den eingenommenen Rollen wieder nur im Einzelfall möglich wird.

Es ist auch zu beachten, dass die Nischenfindung auch als Teil des Identifikations- bzw. De-Identifikationsprozesses betrachtet werden muss. Denn es geht um ein Abgrenzen zwischen den Geschwistern, mit gleichzeitiger Bezogenheit aufeinander (vgl. Sohni 2011, S. 69). Wie es Sohni betont, ist die dabei auftretende Rivalität nicht als negativ zu werten, da sie eher einen „wichtigen Entwicklungsmotor“ (Sohni, 2011, S. 59) darstellt (vgl. ebd., S. 59). Auf Rivalität und die (De-) Identifikationsprozesse werde ich in Punkt 2.5 nochmals genauer eingehen.

Hat ein Kind in seiner Familie hauptsächlich negative Zuschreibungen und Rollen inne, so kann sich dies nachteilig auf die Identitätsentwicklung dessen auswirken. Positiv besetzte Nischen hingegen können die Identitätsentwicklung noch fördern. Wie eine Nische jedoch bewertet und wahrgenommen wird, vorteilhaft oder unvorteilhaft, hängt ebenfalls stark von der Einstellung der Eltern ab. Frick nennt hier als Beispiel die Bravheit. An sich wird es wohl als lobend gewertet, haben die Eltern allerdings eine schädliche Einstellung dazu, kann es in der Familie ebenso eine negativ besetzte Nische darstellen, „das Brave“ zu sein (vgl. Frick 2006, S. 87f).

Je nachdem, welche Rolle die einzelnen Geschwister in der Familie finden und mit welchen Strategien sie versuchen, die elterliche Zuwendung zu bekommen, kann es sich auch auf die Beziehung zueinander – positiv und negativ – auswirken.

2.4.7 Eltern

Eltern haben eine ausschlaggebende Rolle inne, bei der „Grundsätzlich gilt, dass die Haltung der Eltern die zentrale Einflussgröße bei der Frage ist, ob zwischen Geschwistern eher eine

kooperative oder aber eine stark konkurrierende oder gar ablehnende Tendenz überwiegt“ (Frick 2006, S. 157).

Ich gehe nun im Folgenden näher auf den Einfluss von dem Erziehungsstil der Eltern, der Partnerbeziehung und einer Bevorzugung und Benachteiligung eines Geschwisters ein.

Erziehungsstil der Eltern:

Der Erziehungsstil hat einigen Einfluss auf die Geschwisterbeziehung. Bei einem Erziehungsstil handelt es sich um „ein Bündel von auf Erziehung bezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen“ (Krapp/Weidmann 2001, zit. n. Frick 2006, S. 104). Es gibt dabei vier unterschiedliche Varianten des Erziehungsstils. Den autoritativen Stil, den autoritären Stil sowie den permissiven und den ablehnend-vernachlässigenden Stil (vgl. Reichle/Gloger-Tippelt 2007, S. 203). Dabei sind diese aber nicht als Reinformen zu verstehen, sondern finden sich in der Realität eher als Mischformen mit bestimmten Tendenzen (vgl. Frick 2006, S. 107).

Der *autoritative Stil* zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Eltern den Kindern ein Mitspracherecht einräumen, jedoch gleichzeitig klare Regeln festlegen. Eltern die diesen Stil verwenden, erklären ihren Kindern die von ihnen geforderten Dinge und erheben angemessene Forderungen. Sie lenken ihre Kinder und akzeptieren sie gleichzeitig in ihrer Individualität. Laut Frick ist dies der konstruktivste Stil auf dem Weg zu einer guten Geschwisterbeziehung.

Der *autoritäre Stil* hingegen bietet dafür keine so gute Grundlage. In dieser strengen und meist unflexiblen Erziehung gehen die Bedürfnisse der einzelnen Kinder oft unter. Es kommt kaum zu Diskussionen oder Erklärungen über bzw. der Regeln. Dieses Verhalten wird von den Kindern modellhaft übernommen und auf die nächsten Beziehungen – also die Geschwisterbeziehung – übertragen. Meist findet das in absteigendem Alter statt, das heißt, das ältere Kind reproduziert die Verhaltensweise gegenüber dem Jüngeren und verfestigt damit diese Muster. Bei diesen Kindern kommt es oft zu aggressivem Verhalten und/oder einem verminderten Selbstwertgefühl, was erklärt, weshalb eine gute Geschwisterbeziehung schwierig daraus entstehen kann.

Bei einem *permissiven Erziehungsstil* ist es vor allem stark abhängig von dem Charakter der Kinder und dem Umfeld der Familie, ob sich eine gute Beziehung aufbaut und wie qualitativ hochwertig diese dann ist. Zwar sind hier Beziehungen innerhalb der Familie tendenziell positiv, doch werden auch nur wenige Erwartungen und Anforderungen an das Kind gestellt. Die Eltern „neigen zu großer Nachgiebigkeit oder zur Inkonsequenz“ (Frick 2006, S. 104).

Da sich die Kinder oft vernachlässigt und nicht geborgen fühlen, ist es wichtig, dass sie alternative Erziehungserfahrungen, entweder untereinander oder mit anderen Bezugspersonen, wie NachbarInnen oder ErzieherInnen machen. Es kann aber auch zu einer starken Abhängigkeit der Geschwister untereinander kommen, was wiederum nicht zuträglich für eine gute Geschwisterbeziehung ist.

Der *vernachlässigende Erziehungsstil* gilt als der für eine Geschwisterbeziehung Schädlichste. Da die Kinder, die vorwiegend in diesem Stil erzogen wurden, oftmals über eine unsichere Bindung verfügen, fällt es ihnen schwer Beziehungen aufzubauen. Das gilt auch in Bezug auf die Geschwisterkinder. Hinzukommen nicht selten aggressive Verhaltensstörungen. Es handelt sich hier um einen sehr schlechten "Nährboden" für eine gute (Geschwister-) Beziehung (vgl. Frick 2006, S. 104f).

Partnerbeziehung:

Kinder machen durch und mit ihren Eltern elementare Erfahrungen auf der Beziehungsebene, wobei sie als Vorbild im Bereich der Paarbeziehung dienen. Eltern „stützen, begleiten, kommentieren oder (...) korrigieren“ (Hax-Schoppenhorst 2007, S. 64. Auslass. d. M.D.) das soziale Miteinander der Kinder. Die Kinder entwickeln dadurch ein positiv oder negativ geprägtes Beziehungskonzept, welches auf die Geschwisterbeziehung und später auf weitere Beziehungen umgelegt werden kann. Die Eltern sind dabei die Vorbilder im Umgang mit den Kindern. Aus der Sicht des Kindes gesprochen, im Umgang mit den Geschwistern (vgl. ebd., S. 64f).

Bevorzugung und Benachteiligung:

Es gibt viele verschiedene Gründe und Möglichkeiten für eine bevorzugte oder benachteiligte Behandlung eines Kindes. In diesem Punkt möchte ich einige der Ursachen genauer betrachten. Im Anschluss werde ich dann die Folgen dessen auf die Geschwisterbeziehung darlegen.

In der Wissenschaft wurde bereits durch Untersuchungen nachgewiesen, dass die Mehrheit der (befragten) Kinder eine Benachteiligung aus der eigenen Familie kennt. Es ist allerdings vorwegzunehmen, dass Eltern in den seltensten Fällen ein Kind bewusst herabsetzen, da es sich meist um verdeckte und damit unterbewusste Vorlieben und Abneigungen der Eltern handelt. Des Weiteren nehmen Kinder diese unterschiedlich wahr, weshalb manche Kinder sich übergangen fühlen können, während sie von anderen als bevorzugt angesehen werden. Dennoch haben Kinder ein sehr feines Gespür für Ungerechtigkeit (vgl. Frick 2006, S. 163f).

Eltern versuchen meistens ihre Kinder alle gleich zu behandeln, um eben die Gefühle von Benachteiligung und auch Eifersucht bei den Kindern zu vermeiden. Jedoch ist dies nie vollständig möglich, da jedes Kind einzigartig ist und dementsprechend individuell behandelt werden muss. „An dieser Herausforderung sind die Eltern gescheitert, wenn sich die Grenzen zwischen individuell unterschiedlicher Behandlung und Vorzugsbehandlung verwischen“ (Klagsbrun 1993, zit. n. Frick 2006, S. 165).

Die bewusste Bevorzugung bzw. Benachteiligung eines bestimmten Geschlechts habe ich in Punkt 2.4.3 bereits ausgeführt, weshalb ich hier nicht noch einmal darauf eingehe.

Eine mögliche Ursache für eine solche Vorzugsbehandlung können die *Erwartungen der Eltern* sein, die sie an das Kind haben. Bereits mit der Schwangerschaft beginnen sich bei den Eltern bestimmte Vorstellungen, Hoffnungen und Fantasien auszubilden, welche das Kind betreffen. Dabei kann es um die Identität und das Geschlecht gehen, sowie um Vorstellungen, was sich in der Familie durch dieses Kind ändern kann oder soll. Bevor das Kind auf der Welt ist, werden ihm zum Teil bereits Rollenzuschreibungen entgegengebracht, denen es sich dann von Beginn seines Lebens an zu stellen hat (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 28). Dabei kann der Prozess der „Selbsterfüllenden Prophezeiung“ in Gang kommen, welcher dazu führt, dass das Kind die zugeschriebene Rolle einfach übernimmt (vgl. Frick 2006, S. 108). Dies tut es, um die Anerkennung der Eltern zu bekommen und ihre Erwartungen nicht zu enttäuschen. Bei mehreren Geschwistern können sich diese Vorstellungen unterschiedlich auf die Kinder verteilen (vgl. dazu Punkt 2.4.5). Ebenso beziehen sich diverse Hoffnungen der Eltern auch auf die Geschwisterbeziehung (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 28).

In diesem Zusammenhang spielen auch die *unbewussten Selbst- und Wunschbilder* der Eltern eine große Rolle. Nicht selten kommt es dazu, dass Eltern ihre unerfüllten Träume und Wünsche auf die Kinder projizieren. Die Kinder versuchen nun diese ihnen übertragenen Anforderungen zu erfüllen. Gelingt dies, kann es zu einer Bevorzugung des Kindes kommen, welches die Begehren (am besten) realisieren kann. In Bezug auf das Selbstbild kann dies ähnlich wirken. So ziehen Eltern beispielsweise das Kind vor, welches ihnen am nächsten oder am ähnlichsten ist in positiv bewerteten oder aber am unähnlichsten in abgelehnten Merkmalen (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 67).

Doch auch die eigenen *Geschwistererfahrungen der Eltern* können eine Ursache für Bevorzugung oder Benachteiligung darstellen. Hat ein Elternteil die gleiche Geschwisterposition und dasselbe Geschlecht wie eines der Kinder, so ist es diesem Kind oft

emotional näher, weil es sich in seine Position besser einfühlen kann und sich an die eigene Kindheit erinnert fühlt (vgl. Frick 2006, S. 108f). Das kann aber auch negative Aspekte haben, vor allem dann, wenn die Erinnerung an die Kindheit negativ bewertet wird.

Zu einer sogenannten *Geschwisterübertragung* kommt es, wenn ein Elternteil ein eigenes Geschwister in einem seiner Kinder wiederfindet. Je nachdem, wie die Erinnerungen und Gefühle dem entsprechenden Geschwister gegenüber gelagert sind, positiv oder negativ, kann es auch zu einer Bevorzugung oder Benachteiligung kommen. Vom betroffenen Elternteil wird dieser Prozess jedoch nicht oder nur selten wahrgenommen, sodass an dieser Stelle die Reaktionen des Partners/der Partnerin oder Außenstehender wichtig sein können (vgl. ebd., S. 167f). Die Eltern projizieren das Bild des geliebten/gehassten Geschwisters auf das eigene Kind und behandeln es dann entsprechend. Wird das Kind als Konkurrent gesehen, weil es der eigenen konkurrierenden Schwester/dem eigenen konkurrierenden Bruder ähnelt, kann es ebenfalls abgelehnt werden (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 73).

Wie ich es anfangs bereits erwähnt habe, nehmen die Kinder eine unterschiedliche Behandlung sehr sensibilisiert und auch verschieden wahr. Sie erfassen neben der eigenen Behandlung auch die der Geschwister durch Beobachtung ganz genau. Dabei zieht es aus den gemachten Beobachtungen eigene Schlüsse. Das bedeutet wiederum, dass die subjektive Realität nicht mit der objektiven übereinstimmen muss.

Dadurch kann es auch zu einer *Wahrnehmungsverzerrung* kommen. Sie fassen teilweise Dinge schlimmer auf, als sie objektiv sind. Das ist zu beachten, wenn man über Bevorzugung und Benachteiligung spricht, denn es ist nicht ausschlaggebend, ob ein Kind objektiv benachteiligt wird, sondern ob es dies subjektiv so empfindet (vgl. Frick 2006, S. 171f).

Im Folgenden lege ich nun kurz auf die *Auswirkungen* einer Bevorzugung und Benachteiligung auf die Geschwisterbeziehung dar.

In erster Linie kommt es durch eine derart unterschiedliche Behandlung bei den (benachteiligten) Kindern zu Neid und Eifersucht. Diese sind für die Geschwisterbeziehung ab einem bestimmten Maß schädlich (vgl. ebd., S. 179). So kann es vorkommen, dass sich benachteiligt fühlende Geschwister zusammenschließen und das Privilegierte ausgrenzen, meiden oder teilweise auch schikanieren. Bei Projektionen elterlicher Wünsche auf die Kinder entsteht meist auch eine ausgeprägte Rivalität zwischen dem "Traumerfüller" und dem "Traumverweigerer". Diese Rivalität kann sich ein Leben lang zwischen den Geschwistern

halten und die Geschwisterbeziehung stark negativ belasten (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 67f). Doch nicht nur eine Rivalität kann sich entwickeln, sondern auch eine lebenslange Feindschaft oder ein Jahre anhaltendes Misstrauen den Geschwistern gegenüber (vgl. Frick 2006, S. 174).

Fragt man sich nun, warum Geschwister sich nicht gegenseitig aus dieser Situation helfen, so ist anzumerken, dass es sich meist um eine Schutzreaktion handelt. Die nicht-benachteiligten Geschwister sind oft elterlicher Meinung und Ansicht, weil sie selbst nicht in die Position des Benachteiligten kommen wollen. Dennoch hat jede Position, ob nun privilegiert oder nicht, negative Auswirkungen und Folgen zu tragen, die einen mehr, die anderen weniger (vgl. ebd., S. 173ff). Während die Benachteiligten sich beispielsweise in ihrem Selbstwert herabgesetzt fühlen, kann es bei den Privilegierten zu Einbußen in der Autonomie und Selbstständigkeit kommen, da sie jahrelang Teile ihrer Persönlichkeit unterdrücken oder gar abspalten mussten, um die Wünsche und Erwartungen der Eltern zu erfüllen (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 70).

Ein Zitat von Petri bringt die Aussagen passend auf den Punkt: Wo „Ungleichheit, Benachteiligung und Ungerechtigkeit die Geschwisterbeziehung dauerhaft bestimmen, wird die destruktive Rivalität nicht enden und eine Reparation der verletzen Geschwisterliebe wahrscheinlich nie stattfinden“ (Petri 1994, zit. n. Frick 2006, S. 173).

2.5 Rivalität

Die Rivalität zwischen Geschwistern besteht ein Leben lang (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 82) und findet in der frühen bis mittleren Kindheit ihre stärkste Ausprägung (vgl. Kasten 1998, S. 37). In dieser Zeit haben die Kinder zwar meist den höchsten Grad von emotionaler und körperlicher Nähe, sind aber dennoch „die direkten Objekte des Neides“ (Hax-Schoppenhorst 2007, S. 79). Dieser kann positiv wirken, wenn die Kinder damit den Ehrgeiz entwickeln, ebenfalls an die beneidete Position zu gelangen, anderenfalls aber auch negativ, sollten die Kinder ein Gefühl der Missgunst entwickeln (vgl. Sohni 2011, S. 61). Dabei ist Rivalität allgemein als Träger der Entwicklung zu sehen, da sie ein Mittel darstellt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen sich und anderen – in diesem Fall Geschwistern – zu erkennen und unterstreichen (vgl. ebd., S. 56). Dieser Prozess wird auch als Identifikation bzw. De-Identifikation bezeichnet. Er beginnt bereits früh in der Kindheit, spätestens ab dem Schulalter. Mit Hilfe der Rivalität grenzen sich Geschwister – wie eben erwähnt – voneinander ab und lernen gleichfalls Rivalitäts- und Aggressivitätsimpulse zu

beherrschen (vgl. Kasten 1998, S. 35f). Um es mit den Worten Sohni zu sagen: „Geschwister lernen, ihre Affekte zu regulieren, emotionale und soziale Kompetenz zu erwerben, sich selbst zu vertreten und sich gegenseitig zu respektieren“ (Sohni 2011, S. 56). Die Rivalität dient entsprechend nicht vordergründig dem Kampf um elterliche Aufmerksamkeit und Zuneigung, sondern als Testfeld für die sich entwickelnde Identität auf horizontaler Ebene (vgl. Sohni 2011, S. 59).

Sie ist also keinesfalls als etwas Negatives anzusehen, solange sie keine destruktiven Formen annimmt. Dies passiert in der Regel durch den Eingriff der Eltern (vgl. Ley 1999, S. 72), durch Ausgrenzung, Rollenzuweisungen, Bevorzugung bzw. Benachteiligung eines oder mehrerer Kinder und der Verhinderung eines eigenständigen Lösens von Problemen der Geschwister untereinander (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 83). Bei einem Eingriff durch die Eltern können die von diesen in der eigenen Kindheit gemachten Erfahrungen eine Rolle spielen (vgl. Sohni 2011, S. 57). Einen Teil dieser Ursachen habe ich Punkt 2.4.7 bereits aufgearbeitet, ebenso wie die Folgen einer destruktiven Rivalität.

Die Bereiche in denen sich Geschwister rivalisieren bzw. konkurrieren, sind je nach Situation und Lebensalter unterschiedlich. Sie können sich auf Äußerlichkeiten, Charakterzüge, aber auch andere Dinge beziehen, wie die schulische und berufliche Leistung, das Einkommen, den Partner/die Partnerin oder Statussymbole (vgl. Hax-Schoppenhorst 2007, S. 82).

Diese Erkenntnisse unterstreichen zusätzlich, weshalb gerade ältere Geschwister für die Jüngeren so ein Ansporn in der Entwicklung sein können, wenn eine gesunde Menge Rivalität bzw. Konkurrenz vorhanden ist.

2.6 Nähe und Distanz

In einer Geschwisterbeziehung finden Nähe und Distanz meist gleichzeitig statt. In welcher Form sie sich allerdings gestalten, also in welcher Verteilung sich die Nähe und die Distanz in einer Beziehung zwischen Geschwistern zeigen, ist sehr individuell und den Einflüssen auf die Beziehung unterworfen. Die Anteile dessen können sich aber im Laufe des Lebens auch verändern, da es sich um eine dynamische Beziehung handelt. Allerdings ist festzustellen, dass sich mit zunehmendem Alter die Beziehungsmuster verfestigen und einspielen und somit auch die Verteilung von Nähe und Distanz (vgl. Frick 2006, S. 233f).

Frick benennt in seinem Buch fünf Grundmuster einer Geschwisterbeziehung, die ich als nächstes kurz anführe.

Bei dem Muster der *Intimität* fühlen sich die Geschwister untereinander als beste Freunde und können sich alles anvertrauen. Dabei ist diese Beziehung ähnlich eng wie zu einem Lebenspartner/einer Lebenspartnerin und damit geprägt von großer Nähe. Die Kommunikation untereinander wird als privater Code bezeichnet.

Eine enge, jedoch nicht derart enge Beziehung wie bei den intimen Geschwistern, führen jene, deren Beziehung das *kongeniële* Muster zu Grunde liegt. Sie kommunizieren ebenfalls in einem privaten Code und behandeln einander oft sehr liebevoll und unterstützend. *Loyale* Geschwister haben den Schwerpunkt eher in familialer Unterstützung. Zwar stehen sie sich nicht allzu nahe, kommunizieren (wiederrum im privaten Code) und kooperieren jedoch miteinander und schützen sich gegenseitig.

Bei *gleichgültigen* Geschwistern hingegen besteht eine sehr eingeschränkte Kommunikation und kaum Interesse aneinander.

Eine große Distanz findet man vor allem bei *feindseligen* Geschwistern. Die Beziehung ist geprägt von Wut und Ablehnung, was nicht selten zu aggressiven Auseinandersetzungen oder gar Kontaktverweigerung führt.

Die beschriebenen Muster findet man jedoch meist als Mischformen und nicht in der beschriebenen Reinform (vgl. Frick 2006, S. 234f).

An dieser Stelle ist gut zu erkennen, welchen Wert Nähe, aber auch eine gewisse Distanz bei der Entwicklung einer "gesunden" Geschwisterbeziehung haben.

3. Krebs im Kindesalter und die Wirkung dessen auf die Geschwisterbeziehung

In diesem Kapitel möchte ich nun die Frage klären, wie sich der Einfluss einer Krebserkrankung eines Geschwisters auf die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Geschwisterbeziehung auswirken kann.

3.1 Krebs im Kindesalter

Krebs ist eine bösartige Krankheit mit unzähligen Variationen. Durchschnittlich gibt es in Deutschland bei den unter 15-jährigen jährlich 1700 Neuerkrankte. Das Alter in dem eine Krebserkrankung das erste Mal auftritt liegt vor allem zwischen dem ersten und sechsten Lebensjahr.

Zu den häufigsten Krebsarten bei Kindern und Jugendlichen zählen Leukämien (34,1%), Tumore des zentralen Nervensystems (22,9%) und Lymphome (11,4%). Die Ursachen dieser Krebserkrankungen sind jedoch weitestgehend unbekannt (vgl. Niemeyer/Rössler 2013, S. 297).

Da die Krebsarten sehr unterschiedlich sind, möchte ich im Folgenden die Leukämien etwas genauer betrachten, da diese den Großteil der Krebserkrankungen bei Kindern ausmachen. Dabei gehe ich auf die Symptome sowie mögliche Diagnose- und Therapiemaßnahmen ein.

3.2 Leukämie

Leukämie ist eine bösartige Erkrankung des blutbildenden Systems, bei der es zu einer unkontrollierten Produktion von unausgereiften weißen Blutzellen kommt. Dadurch werden gesunde, ausgereifte Leukozyten (weiße Blutzellen) sowie Erythrozyten (rote Blutkörperchen) und Thrombozyten (Blutplättchen) aus dem Knochenmark bzw. aus dem gesamten Blut verdrängt. Sie findet in verschiedenen Formen ihre Ausprägung.

Man unterscheidet zwischen akuten und chronischen Leukämien.

Die chronischen Leukämien sind – mit einem 2%-Anteil der gesamten Leukämien – im Kindesalter jedoch sehr selten. Die akuten Leukämien unterscheidet man in zwei Hauptformen. Bei der akuten lymphoblastischen Leukämie (ALL), welche etwa 85% dieser Leukämien einnimmt, findet eine Entartung der Vorläuferzellen der Lymphozyten statt. Bei der akuten myeloischen Leukämie (AML), mit einer Häufigkeit von 13%, findet eine Entartung der Stammzellen im Rückenmark statt. Bei diesen beiden Formen gibt es noch weitere Differenzierungen in der Ausprägung und somit weitere Unterformen (vgl. Gutjahr 2009, S. 90ff). Auf diese gehe ich hier nicht weiter ein, da es für die Fragestellung nicht relevant ist.

Es ist noch zu erwähnen, dass die Bezeichnungen “akut“ und “chronisch“ in der heutigen Zeit nicht mehr wörtlich zu nehmen sind. Sie stammen aus einer Zeit, in der Leukämien noch nicht behandelt werden konnten. Durch gute Behandlungsmöglichkeiten weisen die akuten Leukämien mittlerweile ebenfalls eher einen chronischen Verlauf auf (vgl. ebd., S. 91). Die Heilungschancen der akuten Leukämien liegen zwischen 60 und 75% (vgl. ebd., S. 106f). Die Kinder haben also recht gute Chancen, dennoch gilt eine Leukämie als eine lebensbedrohliche Krankheit (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 50).

Nachfolgend betrachte ich die Symptome, die Diagnose- und Therapiemaßnahmen der Leukämien etwas genauer.

3.2.1 Symptome

Die Symptome treten je nach Form bzw. Unterform unterschiedlich auf. Dennoch sind einige zu nennen, welche sehr häufig bei allen Leukämien vorkommen. Charakteristisch für die akuten Formen der Leukämien ist das plötzliche Auftreten der

Krankheit. Unbehandelt können sie innerhalb von etwa vier Monaten zum Tode führen (vgl. Gutjahr 2009, S. 90). Die Kinder fühlen sich oft matt, sind müde, blass und haben keine Lust zu spielen. In vielen Fällen kommen anhaltendes Fieber, Haut- und/oder Schleimhautblutungen sowie Bauchschmerzen durch Organbeschwerden hinzu. Vereinzelt können auch epileptische Anfälle erste Anzeichen sein. Durch Knochenschmerzen, welche bei einem Viertel der betroffenen Kinder vorkommen, wollen vor allem die kleinen Kinder getragen werden und nicht mehr laufen (vgl. ebd., S. 93f).

3.2.2 Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen

Wenn bei einem Kind der Verdacht auf eine Leukämie besteht, weil es beispielsweise einige der Symptome zeigt, so werden weitere diagnostische Mittel angewendet, um diesem nachzugehen. Dazu wird in erster Linie ein Bluttest gemacht, bei dem die einzelnen Blutbestandteile untersucht werden. Erhärtet sich hier der Verdacht, folgt meist eine Knochenmarkpunktion, bei der eine kleine Menge des Knochenmarks unter Narkose entnommen und ebenfalls untersucht wird (vgl. ebd., S. 96f). Ist sichergestellt, dass es Leukämie ist, folgen noch Untersuchungen der Organe zum Beispiel Herz, Leber und Lunge sowie des Gehirns und der Knochen durch „Ultraschall, Computertomographie und Kernspintomographie“ (Gutjahr 2009, S. 98), um die Ausmaße der Krankheit einschätzen und die folgende Behandlung entsprechend darauf abstimmen zu können.

In der ersten Zeit nach der Diagnose wird eine 4-stufige Behandlung eingeführt, welche einige Monate – im günstigen Fall – andauern kann. Es handelt sich hier um die bekannte Chemotherapie. Diese wird in der Regel stationär umgesetzt, da die meisten Medikamente intravenös verabreicht werden. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind nötig, um die Erfolge oder die auftretenden Probleme im Auge zu behalten. (vgl. ebd., S. 99ff).

Die anschließende Langzeittherapie erfolgt hingegen überwiegend ambulant. Treten keine Komplikationen auf, so sind Termine mit größeren Abständen möglich. Ist die Behandlung etwa zwei Jahre nach der Diagnose beendet, bleibt dennoch ein enger Kontakt zu der Klinik. Im Jahr nach Abschluss der Behandlung gibt es beispielsweise monatliche Untersuchungen, um einen Rückfall auszuschließen oder gegebenenfalls frühzeitig zu erkennen. Eine Ernährungsumstellung, sportliche Aktivitäten oder Risiken bei Reisen sind verschiedene wichtige Komponenten, welche weiterhin beachtet werden müssen (vgl. ebd., 100f).

3.3 Die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung

Bevor ich auf die genauen Auswirkungen einer solchen Krankheit auf die Geschwisterbeziehung zu sprechen komme, möchte ich die Situationen der Geschwister darstellen. Da die Geschwisterbeziehung von allen beteiligten Geschwistern beeinflusst wird, halte ich dies für notwendig, um die Reaktionen und Auswirkungen verstehen zu können. Der Fokus liegt jedoch vor allem auf der Situation der gesunden Geschwister.

3.3.1 Die Situation des kranken Geschwisters

Bevor eine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, müssen sich die betroffenen Kinder einer Reihe von Untersuchungen unterziehen. Diese finden innerhalb kurzer Zeit statt und können deshalb bereits eine Belastung darstellen (vgl. Gutjahr 2009, S. 98).

In dieser Zeit steht die gesamte Familie unter Schock. Gerade ältere betroffene Kinder sind fassungslos. Kleinere Kinder leiden eher an den Schmerzen, die ihnen unerklärt zugefügt werden.

Haben die betroffenen Kinder diese Tage hinter sich gebracht, folgt die stationäre Aufnahme in die Klinik. Sie finden sich in einer anderen Welt wieder: Die Eltern möchten Tag und Nacht bei ihnen sein, sie sehen andere Kinder mit Infusionsständern und ohne Haare – was vor allem ältere Mädchen schockt – und die vitalen Funktionen werden rund um die Uhr überwacht. Des Weiteren kommen die Nebenwirkungen der eingeleiteten Therapie hinzu, wie Erbrechen, Übelkeit und Haarausfall (vgl. ebd., S. 315f). Der bisherige Alltag der Kinder ist nun vollständig durchbrochen. Um dem Kind etwas Freude zu schenken, versuchen die Eltern –besonders am Anfang– dem kranken Kind jeden Wunsch von den Augen abzulesen und gewähren ihm mehr Freiheiten als vorher (vgl. ebd., S. 318). Dennoch sind die Kinder dauerhaft mit ihrer Krankheit konfrontiert (vgl. Wagner 2014, S. 22). Eine Annäherung an die familiäre Situation, wie sie vor der Diagnose war, wird erst nach Abschluss der stationären Therapie, mit Beginn der Langzeittherapie, möglich (vgl. Gutjahr 2009, S. 100).

3.3.2 Die Situation der gesunden Geschwister

Die Situation der Geschwister lebensbedrohlich kranker Kinder ist der von Geschwistern chronisch kranker Kinder sehr ähnlich (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 491). Da das kranke Kind in den Mittelpunkt von Aufmerksamkeit und Zuwendung der Eltern rückt, weshalb die Geschwister oft allein zu Hause sind (vgl. Gutjahr 2009, S. 319) oder von Verwandten und Freunden der Familie versorgt werden (vgl. Wiemann 2000, S. 8), fehlt den Jüngeren vor allem die Mutter (vgl. Gutjahr 2009, S. 319). Dabei entsteht das häufigste

Problem von Geschwistern krebskranker Kinder: Das Gefühl der Vernachlässigung (vgl. Wiemann 2000, S. 8). Der Alltag verändert sich demzufolge nicht nur für das betroffene Kind, sondern auch für die Geschwister und die restliche Familie (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 77). Die Geschwister müssen häufig zusätzliche Aufgaben übernehmen, wie die Hilfe im Haushalt oder bei der Pflege bzw. Versorgung des kranken Geschwisters. Dies kann das Kind stark belasten (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 491). Auf eine starke innerpsychische Belastung deutet unter anderem auch hin, dass das Kind die Krankheit des Geschwisters nach außen hin völlig verschweigt (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 233). Manche Kinder entwickeln auch starke Schuldgefühle, weil sie selbst gesund sind oder aber weil sie glauben der Auslöser der Krankheit zu sein (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 492). Diese Schuldgefühle werde ich in Punkt 3.3.3 nochmals aufgreifen. Es sei noch erwähnt, dass die Stärke der Auswirkungen auf das gesunde Geschwister nicht von der spezifischen Erkrankung abhängt, sondern von dem Ausmaß der Veränderungen bzw. Störungen im Familienleben (vgl. ebd., S. 491).

3.3.3 Auswirkungen

In den beiden vorangegangenen Punkten habe ich versucht, die Situation der einzelnen Kinder darzustellen, um ein besseres Verständnis der Auswirkungen zu fördern. Die im Folgenden beschriebenen Auswirkungen sind jedoch eher als Möglichkeit anzusehen, da unterschiedlichste Faktoren hier wieder Einfluss nehmen. Hinzu kommt, dass es zum jetzigen Zeitpunkt vermehrt Studien über die Auswirkung auf die Entwicklung der gesunden Geschwister gibt (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 77), über die Geschwisterbeziehung bei chronisch kranken Kindern gibt es hingegen nur wenige Untersuchungen (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 233). Dies ist meines Erachtens eine Forschungslücke, da der Geschwisterbeziehung – wie im zweiten Kapitel ausführlich dargelegt – eine große Bedeutung bei dem Aufwachsen eines Kindes zukommt. Deshalb empfinde ich es als wichtig, diese unter Einfluss einer Krebserkrankung eines Kindes zu untersuchen.

Aus diesem Grund versuche ich einige Schlüsse zur Auswirkung auf die Geschwisterbeziehung zu ziehen. Dabei stütze ich mich auf bereits untersuchte Wirkungen einer (lebensverkürzenden) Krebserkrankung auf das gesunde Geschwister und die Erkenntnisse der Geschwisterbeziehung, zu welchen ich in Kapitel 2 dieser Arbeit gelangt bin. Da es eine Vielzahl von negativen Auswirkungen auf das gesunde Geschwister gibt, begrenze ich mich hier auf jene, die meines Erachtens eine Relevanz für die

Geschwisterbeziehung darstellen können. Weiter werde ich in im Rahmen der psychosozialen Situation in Punkt 4.2 nochmals aufgreifen.

Das Hauptproblem der gesunden Kinder ist oft das Gefühl der Vernachlässigung durch die Eltern. Die Kinder reagieren meist mit Eifersucht auf das kranke Kind, weil sie ebensoviel Aufmerksamkeit bekommen möchten, wie dieses (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 492). Dass Eifersucht bzw. Neid auch negativ auf die Geschwisterbeziehung wirken kann, habe ich in Punkt 2.5 bereits erwähnt. Als weiteren Einfluss muss man an dieser Stelle meiner Meinung nach auch die in Punkt 2.4.1 beschriebene subjektive Sicht des Kindes berücksichtigen.

Die Kinder können auch in einen Zwiespalt geraten, wenn sie auf der einen Seite Eifersucht verspüren, auf der anderen Seite aber auch Schuldgefühle entwickeln, wie ich sie in Punkt 3.3.2 bereits benannt habe. Dabei kann es zu einer zwiespältigen, von Sorge und gleichzeitiger Bewunderung geprägten Beziehung zwischen den Geschwistern kommen (vgl. ebd., S. 492).

Stahl, Grumbach-Wendt und Kaldirim-Celik beschreiben des Weiteren, dass eine erhöhte Geschwisterrivalität eine Auswirkung der Erkrankung sein kann (vgl. ebd., S. 492). Ein hohes Maß an Rivalität kann die Geschwisterbeziehung ebenfalls negativ beeinflussen, kommt es wie in Punkt 2.5 beschrieben zu einer destruktiven Rivalität.

Da die krebskranken Kinder für eine ganze Weile aus ihrem Umfeld gerissen werden, kann es dazu kommen, dass der gemeinsame Resonanzboden entfällt oder sich vermindert. Laut Bank und Kahn hängt eine emotionale Beziehung zwischen Geschwistern von gemeinsamen Lebensereignissen ab. Vermutlich kommt dies besonders bei Geschwistern zum Tragen, die vorher mit gemeinsamen Freunden gespielt haben und ein gemeinsames Zimmer hatten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass auch die emotionale Nähe zwischen den Geschwistern darunter leiden kann. Negativ verstärkend können hier ein großer Altersunterschied und ein unterschiedliches Geschlecht wirken (vgl. Bank/Kahn 1991, S. 14f), da Gleichgeschlechtlichkeit und ein geringer Altersunterschied eine emotionale und damit enge Beziehung fördern können (vgl. Punkt 2.4.4).

Nach Seiffge-Krenke sind die Eltern von Bedeutung „als vermittelnder Faktor bei der Geschwisterbeziehung und der Krankheitsanpassung“ (Seiffge-Krenke 2009, S. 234). So soll beispielsweise eine gewisse Eheunzufriedenheit bei den Eltern, welche auch durch die

Erkrankung entstehen kann (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 491), hohe Geschwisterkonflikte hervorrufen (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 234). Wie derartige Konflikte, bzw. Rivalitäten auf die Geschwisterbeziehung wirken können, habe ich in Punkt 2.5 bereits erwähnt. Schwarzenberg benennt in ihrem Buch des Weiteren Studien, welche darauf hinweisen, dass beispielsweise das Ausmaß der Kommunikation in der Familie ebenfalls unterstützend sein kann, bei der Anpassung und Bewältigung der Situation (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 82). Nach meinen Recherchen kann damit auch der Erziehungsstil eine Rolle bei der familiären Kommunikation spielen. Denn der autoritative Stil zeichnet sich mehr durch Erklärungen dem Kind gegenüber aus, als beispielsweise der autoritäre Stil (vgl. Punkt 2.4.7). Wie sich in diesem Punkt bereits mehrfach gezeigt hat, können die verschiedenen Auswirkungen auf das gesunde Geschwisterkind zu unterschiedlichen Folgen für die Geschwisterbeziehung führen. Aus diesem Grund ist auch anzunehmen, dass ein bestätigter Einfluss wie die Kommunikation in der Familie ebenso Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung haben kann. In diesem Fall positiv oder negativ je nach Erziehungsstil.

Die Eltern dienen außerdem als Vorbilder, so auch im Bereich der Rollenbilder. In der Zeit der intensiven Behandlung des kranken Kindes gibt ein Elternteil – oftmals die Mutter – die Berufstätigkeit auf um sich vermehrt um das kranke Kind kümmern zu können. Dadurch werden, gerade bei kleinen Kindern, die Ansichten über die Geschlechterrollen sehr traditionell geprägt (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 63). Damit können sich daraus auch Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung ergeben, wie ich es bereits in Punkt 2.4.3 ausgeführt habe.

Die Geschwisterrollenkonstellation ist ein weiterer Einfluss, der sich bei einer bestehenden Krebserkrankung eines Kindes auch auf die Geschwisterbeziehung auswirken kann. Der Verlust von bereits erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten und der Autonomie der kranken Geschwister können hier eine Rolle spielen (vgl. ebd., S. 64). Da die jüngeren (gesunden) Geschwister häufig Aufgaben übernehmen, wie die Pflege oder Beaufsichtigung des kranken (älteren) Geschwisters, kommt es zu einer Rollenumkehr in der Konstellation. Dies tritt laut Stahl, Grumbach-Wendt und Kaldirim-Celik bei einer Erkrankung des älteren Geschwisters vermehrt auf. Dadurch kann es dazu kommen, dass die Jüngeren das Ältere in der Entwicklung überholen (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493). Die Schwester einer ehemaligen Krebspatientin beschrieb dies so: „Durch die Krankheit war immer eher ich die „große Schwester“, konnte viele Dinge oft schneller als meine Schwester und vieles fiel mir leichter als ihr, z.B. die Schule, Freunde zu finden etc. Das hat – vor allem

etwas später in der Pubertät – oft zu Streit zwischen uns beiden geführt“ (Wagner 2014, S. 21). Damit zeigt sich, dass die Umkehr der Ordnung eine negative Auswirkung haben kann.

Doch es kann auch Positives aus dem Miterleben einer solchen Lebenssituation entstehen. So beispielsweise ein verstärkter familiärer Zusammenhalt. Die gesunden Geschwister können zudem auch eine erhöhte Empathie und Sensibilität gegenüber dem kranken Geschwister entwickeln. Das kann sich positiv auf die Geschwisterbeziehung auswirken, da die Geschwister entsprechend wenig Streit miteinander haben und sich gegenseitig bei Problemen unterstützen (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 492).

Achilles betont in ihrem Buch ebenfalls, dass problematische Familiensituationen, wie beispielsweise eine Vernachlässigung durch Krankheit, zu einer engen Geschwisterbeziehung beitragen können. Die Kinder – in diesem Fall dann eher die Gesunden – können sich gegenseitig stützen. Dabei übernimmt meist das ältere Kind die Beschützerrolle, in welcher es dann auch ein Leben lang bleibt (vgl. Achilles 2013, S. 28).

Es zeigt sich anhand dieser Schlussfolgerungen, dass es unterschiedliche Möglichkeiten der Auswirkungen gibt. Wieder spielen die verschiedenen Einflüsse, welche ich in Kapitel 2 bereits beleuchtet habe, eine wichtige Rolle. Deshalb ist es auch in Bezug auf eine Krebserkrankung immer wichtig ist, den Einzelfall zu betrachten. Um jedoch genauere Aussagen treffen zu können, mit einem umfassenderen Blick auf das kranke Geschwister und weitere Einflüsse, müssten weitere Forschungen gerade in diesem Bereich betrieben werden.

4. Geschwisterarbeit

Wie sich in dem vorangegangenen Kapitel gezeigt hat, kann eine Krebserkrankung einiges mit sich bringen. Bezogen auf die Geschwisterbeziehung habe ich in diesem deutlich gemacht, dass die Auswirkungen auf diese Beziehung auch davon abhängen können, welche Wirkungen die Krebserkrankung auf Geschwister haben.

Da festgestellt wurde, dass eine enge Geschwisterbeziehung positiven Einfluss auf die Bewältigung der Krankheit nehmen kann (vgl. Bösel 1999, S. 38), möchte ich in diesem Kapitel auf die Geschwisterarbeit eingehen.

4.1 Begriffliche Klärung

Unter dem Namen Geschwisterarbeit fasse ich die psychosoziale Betreuung (vgl. Tröster 2013, S. 113f), pädagogische Begleitung (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 171) sowie die soziale Unterstützung (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493) von Geschwistern krebskranker bzw. lebensbedrohlich erkrankter Kinder zusammen.

In der Literatur gibt es bisher kaum klare Konzepte zu der Unterstützung von Geschwistern chronisch kranker Kinder (vgl. Tröster 2013, S. 114), was meiner Meinung nach auch die vielen unterschiedlichen Bezeichnungen erklärt.

Deshalb habe ich den Begriff der Geschwisterarbeit gewählt, da er im Prinzip alle Arten der Arbeit mit Geschwistern einbezieht.

Dabei ist Geschwisterarbeit als ein Teil der ganzheitlich familienorientierten Betreuung anzusehen. Diese entstand durch die späte Feststellung, dass auch die Angehörigen eines krebskranken Kindes als Betroffene anzusehen sind. In diesem Ansatz geht es um die „ganzheitliche Betrachtung der gesamten Familie“ (Bösel 1999, S. 33). Das bedeutet, dass nicht nur der Patient mit seinen Problemen im Mittelpunkt steht. Die Situation der Angehörigen – physisch und psychisch – spielen hier ebenfalls eine große Rolle. Die Betreuung soll dabei die gesamte Zeit der Therapie und der Nachsorge umfassen (vgl. ebd., S. 32ff). Im Rahmen der Palliativversorgung gliedert sich bei einer Lebenslimitierung noch eine Trauerbegleitung an, welche ab Diagnosestellung und über den Tod des kranken Kindes hinaus stattfindet (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 93f).

Mittlerweile wird auch in der Literatur darauf hingewiesen, dass es offensichtlich ist, dass die Betreuung von Geschwistern lebensbedrohlich bzw. lebensverkürzend erkrankter Kinder notwendig ist, nicht zuletzt um Folgeerkrankungen zu verhindern (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493).

Bezogen auf die Geschwister krebskranker Kinder bedeutet das, dass die Bedürfnisse derer ebenfalls mit in der ganzheitlichen Betreuung berücksichtigt werden müssen (vgl. Bösel 1999, S. 47). Aus diesem Grund greife ich an dieser Stelle die bereits in Punkt 3.3.2 dargelegte Situation des gesunden Kindes nochmals auf und erweitere sie um ihren psychosozialen Aspekt. Damit soll die Notwendigkeit einer Unterstützung von Geschwistern nochmals verdeutlicht werden.

4.2 Psychosoziale Situation des Kindes

Mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, ist das gesunde Kind vor eine beunruhigende Situation gestellt, bei der sich der Familienalltag und auch die Rollen innerhalb der Familie verändern.

Da bei einer solchen Erkrankung immer die Möglichkeit, wenn nicht sogar die Gewissheit des Todes mitschwingt, kommt es bei den gesunden Kindern oft zu einer antizipatorischen Trauer um das Geschwisterkind. Diese kann dann bis zum Tod des betroffenen Familienmitgliedes anhalten (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 79f). Hinzu kommt, dass die Eltern häufig so stark mit der Situation belastet sind, dass sie wenige Ressourcen für das gesunde Kind aufwenden können (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493). Die Kinder haben also unter Umständen kaum Ansprechpartner (vgl. Jörg 1993, S. 57f).

Diese reduzierte elterliche Zuwendung und die antizipatorische Trauer gelten auch als Verlusterfahrungen, welche das Kind belasten können. Die Angst vor dem Tod kann hier ebenfalls hinzukommen (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 491).

Es kann ebenfalls zu einer Rollenverschiebung innerhalb der Familie kommen, weshalb die Erwartungen der Eltern gegenüber dem gesunden Kind recht hoch sein können. Aus diesem Grund entwickeln manche Kinder im Verhalten eine Überangepasstheit ihren Eltern gegenüber. Um die Eltern nicht noch zusätzlich zu belasten, kann es dadurch zu einem emotionalen Rückzug des Kindes kommen (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 81).

Des Weiteren zeigen Studien, dass Geschwister auch „somatische Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlaf- und Essstörungen“ (Schwarzenberg 2013, S. 78) aufweisen. Diese sollen in verschiedenen Krankheitsstadien, wie zum Beispiel zum Zeitpunkt der Diagnose oder eines Rückfalls, stärker auftreten, als in anderen (vgl. Jörg 1993, S. 61).

Aber auch erhöhte allgemeine Ängstlichkeit (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 491) sowie Schüchternheit und Unsicherheit kommen häufig bei den Kindern vor (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 233).

Studien belegen aber ebenfalls, dass es auch positive Auswirkungen für die gesunden Kinder haben kann, mit einem kranken Geschwister aufzuwachsen. So wurde festgestellt, dass bei Kindern, die mit einem kranken Geschwister aufwachsen, die soziale Entwicklung und das Verantwortungsbewusstsein gefördert werden. Durch die familiäre Bewältigung der Situation kann es außerdem zu einer Stärkung des Selbstwertgefühles und des Vertrauens in die eigene Problemlösungskompetenz des Kindes kommen (vgl. ebd., S. 234). Ein verstärkter

Familienzusammenhalt, sowie vermehrte Empathie für das kranke Geschwister und Wertschätzung für das Leben gehören ebenfalls dazu (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 492).

Selbst nach dem Tod eines Geschwisters können aus den Erfahrungen positive Aspekte gezogen werden, welche zur Stärkung der Persönlichkeit verhelfen können (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 80).

Wie sich in diesem Punkt jedoch gezeigt hat, gibt es dennoch eine Vielzahl von Belastungen für das gesunde Kind. Deshalb ist es notwendig, den Kindern bei der Bewältigung dieser besonderen Belastungen und Herausforderungen Hilfe und Unterstützung anzubieten (vgl. Tröster 2013, S. 113).

4.3 Bewältigungsvoraussetzungen

Im vorangegangenen Punkt habe ich Belastungen und deren potentielle Wirkung dargestellt. Wie aus der Formulierung hervorgeht, handelt es sich dabei um Möglichkeiten. Grund dafür ist, dass die Bewältigung einer solchen Krankheit von verschiedenen Faktoren abhängt, welche ich im Folgenden nenne (vgl. Bösel 1999, S. 25).

Risiko- und Schutzfaktoren sind ein solcher Einfluss. Zu ihnen gehören beispielsweise Aspekte wie die psychische Widerstandskraft (Hardiness), der familiäre Zusammenhalt (Kohärenz), Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit sowie der Umgang mit bedrohlichen Informationen.

Je nach Ausprägung dieser Punkte können diese eine schützende Wirkung haben, oder als Risiko erkannt werden (vgl. ebd., S. 13f).

Auch neuere Studien weisen daraufhin, dass für die Geschwister vor allem „das Ausmaß der empfangenen sozialen Unterstützung und familiäre Merkmale (Anpassungsfähigkeit der Familie, Ausmaß der familiären Kommunikation, elterliche Reaktionen auf die Erkrankung) förderlich (...) für deren Bewältigung des mit der Erkrankung im Zusammenhang stehenden Geschehens“ (Jennessen et al. 2011, zit. n. Schwarzenberg 2013, S. 82, Auslass. d. M.D.) sein kann.

Als weiteren zu beachtenden Aspekt für die Bewältigung sind auch die altersspezifischen Krankheitskonzepte zu erwähnen. Sie geben Auskunft über das Verständnis von Krankheit, in den unterschiedlichen Entwicklungsstufen eines Kindes.

Als ein letzter Einfluss auf die Bewältigung, ist der Grad der Informiertheit zu nennen. Ist ein Kind gut über die Krankheit und deren Geschehnisse unterrichtet, können sie häufig ein

besseres Verständnis für die Situation aufbringen. Dadurch können auch Gefühle der Benachteiligung vermindert werden (vgl. Bösel 1999, S. 25ff).

Auf diese Aspekte gehen die Unterstützungsangebote zu einem großen Teil ein, wie sich im Folgenden zeigen wird.

4.4 Unterstützungsangebote

Um ein klareres Bild von den Unterstützungsangeboten zu bekommen, sollen in diesem Punkt die Zielsetzungen, die Handelnden sowie die Bereiche vorgestellt werden. Abschließend werde ich einige spezifische Angebote aufzeigen.

4.4.1 Ziele der Angebote

Die Kinder benötigen vor allem Unterstützung bei der Bewältigung der Situation. Dabei hat professionelle Hilfe „das Potential, gesunde Geschwister sozial zu unterstützen sowie die negativen Effekte zu mildern und so möglichen körperlichen oder seelischen Erkrankungen präventiv zu begegnen“ (Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493).

Genauer ausgedrückt, gehört dazu zum einen die *Aufklärung* über die Krankheit und Bedürfnisse des Geschwisters entsprechend des Alters, damit die gesunden Kinder die Situation von diesem und ihre eigene besser verstehen und akzeptieren können (vgl. Tröster 2013, S. 114). Der Notwendigkeit, die Kinder zu informieren, stimmt auch Schwarzenberg zu und weist darauf hin, dass eine unvollständige oder fehlende Aufklärung darüber zu negativen Entwicklungen, wie Schuldgefühlen und Ärger bei dem Kind führen kann (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 80).

Eine *offene Kommunikation* in der Familie ist ebenso wichtig. Diese soll es den gesunden Kindern vor allem erleichtern, ehrlich über Gefühle, wie Ängste und Sorgen zu reden, ohne dabei Schuldgefühle zu entwickeln (vgl. Tröster 2013, S. 114).

Gerade unter diesem Aspekt gehört es auch dazu, die Eltern für die Situation des gesunden Kindes zu sensibilisieren, um dadurch ebenfalls Ängste und Verhaltensauffälligkeiten zu mindern (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493).

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass sich in diesem Ziel besonders der familienorientierte Ansatz widerspiegelt.

Als ein weiteres Ziel der Arbeit ist es auch zu sehen, für die gesunden Kinder eigene *Freiräume* zu schaffen, da sich vieles um das kranke Kind dreht. Dabei sollen vor allem die eigenen Interessen und Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen (vgl. Tröster 2013, S. 114).

Weitere Aspekte einer sozialen Unterstützung können auch im Bereich der Wertschätzung von Verhalten und Leistungen, der Stärkung des Selbstwertgefühls und der Emotionen sein (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 493f).

Die Unterstützung orientiert sich vor allem an den Bedürfnissen und Interessen der Geschwister (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 94). Sie „umfasst sowohl die Freizeitgestaltung als auch die Unterstützung der Geschwister bei der Auseinandersetzung mit der besonderen Situation (...) sowie die Trauerbegleitung“ (Schwarzenberg 2013, S. 94; Auslass. d. M.D.).

4.4.2 Handelnde

In der Literatur gibt es kaum klare Hinweise darauf, welches Angebot von welcher Profession durchgeführt wird. Ich vermute, dass dies auch daran liegt, dass es wenig evaluierte Konzepte im Bereich der Unterstützung von Geschwistern gibt (vgl. Tröster 2013, S. 114).

Es wird aber dennoch klar, dass es sich im Rahmen des ganzheitlichen familienorientierten Ansatzes um ein multiprofessionelles Team handelt, welches „von gegenseitiger Wertschätzung aller Beteiligten, wie von Ärzten, Krankenschwestern, Psychologen, Pädagogen, Patienten und Angehörigen geprägt ist“ (Bösel 1999, S. 35). Wie im Zitat erwähnt, ist es ebenso wichtig, die Angehörigen – und damit auch die Geschwister – als Teil dessen in das multiprofessionelle Team mit einzubeziehen, denn diese können ebenso helfen. Geschwister sprechen häufig – wie in Punkt 2.6 bereits erwähnt – untereinander einen „privaten Code“. Dadurch kann auch das gesunde Geschwister zu einem Ansprechpartner für das kranke Kind werden, welches die kindlichen Botschaften des kranken Kindes versteht und diese dann sichtbar und verständlich machen kann (vgl. Bösel 1999, S. 47).

An dieser Stelle ist der Blick auch auf die Initiatoren der Angebote zu richten. Denn neben Kliniken gehören auch Elternvereine zu den Handelnden. Diese schaffen meist eine Grundlage der Finanzierung der Angebote durch Öffentlichkeitsarbeit und tragen auch zu der personellen Unterstützung bei. In den meisten Fällen arbeiten Kliniken und Elternvereine eng zusammen (vgl. ebd., S. 56f). Verschiedene Vereine sowie stationäre und ambulante Hospizdienste sind dabei auch vertreten. Im Bereich der stationären Aufenthalte in Kinderhospizen werden die Geschwister in erster Linie von PädagogInnen betreut (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 172f), da für sie die Begleitung von Geschwistern ein Tätigkeitsschwerpunkt darstellt. Die Begrifflichkeit von PädagogInnen schließt in diesem Zusammenhang sowohl ErzieherInnen, als auch SozialpädagogInnen ein (vgl. ebd., S. 122).

4.4.3 Bereiche der Angebote

Ich stelle in diesem Punkt nun einige Bereiche vor, in denen den Kindern Unterstützung angeboten wird.

Tröster unterteilt die bisher angewendeten Angebote beispielsweise in drei verschiedene Bereiche.

Dabei spricht er zum Ersten über die *Gruppendiskussion und Selbsthilfegruppen*. Hier ist vor allem der Austausch zwischen den Geschwistern wichtig. Gemeinsam können sie die eigene Situation mit dem kranken Geschwister, Sorgen, Ängste und eigenen Erfahrungen reflektieren. Diese Art Angebot soll überwiegend Jugendliche ansprechen.

Als einen zweiten Bereich nennt er *strukturierte Programme*. Dabei handelt es sich um Trainings- und Förderprogramme, welche vor allem darauf abzielen, die Geschwister ausführlich über die Krankheit und ihre Folgen zu informieren sowie ihre Stressbewältigungsstrategien zu verbessern und sie im Umgang mit dem kranken Geschwister zu stärken. Diese Angebote wurden vor allem im bzw. für den Bereich der onkologischen Erkrankungen entwickelt.

An dritter Stelle stehen *Programme für die Familie*. Innerhalb dieser Programme sollen vor allem die Eltern für die Situation und Probleme der gesunden Geschwister sensibilisiert werden. Dabei werden zusammen mit allen Familienmitgliedern die bestehenden Probleme aufgegriffen, Strategien zur Bewältigung erarbeitet und eingeübt (vgl. Tröster 2013, S. 114).

Es ist allerdings auch eine Einteilung in zwei Bereiche möglich. So hat man einerseits Angebote, welche spezifisch die Probleme der Geschwister behandeln, zum anderen aber auch Angebote, die die gesamte Familie ansprechen (vgl. Bösel 1999, S. S.58).

4.4.4 Spezifische Angebote

An dieser Stelle möchte ich durch Nennung und teilweise kurze Erläuterung einen Überblick über die Vielzahl der Angebote geben.

Es sei noch angemerkt, dass in der Literatur anhand der Zielsetzung angedeutet wird, dass beispielsweise die Aufklärung altersspezifisch durchgeführt werden soll. Konkrete Aussagen über die Einteilung in Altersgruppen bei spezifischen Angeboten sind dementsprechend nicht zu finden, aber dennoch anzunehmen.

Als eines der häufigsten Angebote lässt sich hier die Geschwisterbetreuung nennen. Diese dient allerdings in erster Linie der Entlastung der Eltern (vgl. Bösel 1999, S. 60).

Des Weiteren gehören auch Geschwistergruppen zu den Angeboten.

„Als eine Form der direkten Unterstützung von Geschwistern lebensverkürzend erkrankter und/oder verstorbener Kinder haben sich vor allem Geschwistergruppen und –seminare bewährt“ (Jenessen et al. 2010, zit. n. Schwarzenberg 2013, S. 173).

In Geschwistergruppen besteht für die gesunden Geschwister die Möglichkeit, Gleichbetroffene kennenzulernen und mit ihnen über Gefühle und Sorgen zu sprechen. Themen, welche sie zu Hause nicht ansprechen wollen oder können, werden hier ebenfalls angesprochen (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 494). Diese Gruppen werden zum einen regional von örtlichen Trägern und Vereinen angeboten, zum anderen sind sie aber auch in virtueller Form über das Internet möglich.

Dabei sprechen einige dieser Angebote gleichermaßen Geschwister lebensverkürzend erkrankter und bereits verstorbener Kinder an (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 174). „Über den Bundesarbeitskreis »Trauerbegleitung für Kinder, Jugendliche und deren Familien«“ (Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 494) werden Angebote von verschiedenen Institutionen für trauernde Geschwisterkinder vernetzt.

Gute Ergebnisse zeigen allerdings auch Interventionen in Geschwister-Eltern-Gruppen im Bereich der Aufklärung über die Krankheit und der Fähigkeit zur Anpassung seitens der Geschwister.

Von Ferienfreizeiten können die Geschwister ebenfalls profitieren (vgl. ebd. S. 494).

In vielen Angeboten, wie beispielsweise bei derartigen Ausflügen, wird erlebnispädagogisch gearbeitet. Das Ziel ist die positive Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und die Befähigung zu einer verantwortungsvollen Gestaltung ihres Lebens. Zusätzlich soll dadurch das Kennenlernen unter den Geschwistern, das Gruppengefühl und der Austausch begünstigt werden (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 177).

Weitere Angebote für Geschwister sind beispielsweise individuelle Gespräche, Geschwistertage und Familientreffen (vgl. Bösel 1999, S. 58).

Angebote, welche zum Großteil nur die gesunden Geschwister ansprechen, sind auch als wichtige Freiräume zu sehen, bei denen die eigenen Wünsche und Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen.

Doch es gibt auch Angebote, welche sowohl an das gesunde als auch an das kranke Kind gerichtet sind. Beispiele dafür sind Musik- und Kunsttherapie, bei denen künstlerisch Gefühle und Gedanken zwischen den Geschwistern ausgetauscht werden können. Gerade während des stationären Aufenthaltes sind derartige Angebote wichtig für Geschwister (vgl. ebd., S. 66).

Ähnliche Angebote finden sich auch in den Kinderhospizen (vgl. Schwarzenberg 2013, S. 177f). Meines Erachtens sind diese gemeinsamen Aktivitäten von besonderer Wichtigkeit, um der Geschwisterbeziehung Raum für gemeinsame Erlebnisse zu geben und damit eine positive Geschwisterbeziehung zu fördern.

Wie sich zeigt, gibt es bereits eine Vielzahl von Angeboten für Geschwister, weshalb es eine eigene Arbeit bräuchte, um diese Angebote im Einzelnen genauer zu beleuchten.

Zur Klärung der Frage, wie Geschwisterarbeit auf die Belastungen und damit verbundene Auswirkungen auf das gesunde Kind reagiert, soll diese Übersicht jedoch genügen.

Des Weiteren zeigt sich in diesem Kapitel, dass man zwar einen Überblick geben kann darüber, wie mit Geschwistern gearbeitet wird und werden soll. Es fehlen jedoch entsprechende aktuelle empirische Untersuchungen, die über den derzeitigen Stand der Angebote, deren Umsetzung und Entwicklung in diesem Bereich Aufschluss geben. Es kann abschließend lediglich darauf verwiesen werden, dass beispielsweise die Initiative "FamilienBande" eine Vernetzung zwischen verschiedenen Institutionen anstrebt und eine ganze Reihe von Angeboten in ganz Deutschland auf ihrer Internetseite sammelt (vgl. Stahl/Grumbach-Wendt/Kaldirim-Celik 2013, S. 494).

5.Fazit

Bereits bei der Bearbeitung der Geschwisterbeziehung ist mir sehr stark aufgefallen, dass man alles im Zusammenhang betrachten muss.

Als eine sehr komplexe Beziehung, habe ich sie in meiner Arbeit über ihre Einflussfaktoren beschrieben. Dadurch wurde vor allem klar, dass sie immer individuell ist. Es gibt einige Konstanten, wie die Rivalität und Konflikte zwischen den Geschwistern. Dennoch können auch diese variieren, je nach den Umständen in der Familie.

Die Frage nach der Gestalt einer Geschwisterbeziehung ist demzufolge in einer solchen Arbeit nicht zu leisten, sondern muss in Betrachtung des Einzelfalls beantwortet werden.

Des Weiteren kann eine Geschwisterbeziehung für das Leben eines Kindes eine große Bedeutung haben, beispielsweise für die Entwicklung der Identität. Dabei kann sie positiv, als auch negativ einflussnehmen.

Um dies jedoch genau festzustellen, ist immer ein ganzheitlicher Blick nötig, da auch die individuellen Ansichten der Geschwister und die Reaktionen der Eltern relevant sind. Pauschale Aussagen sind nicht möglich.

Die Frage nach den wichtigsten Einflussfaktoren lässt deshalb kaum eine klare Antwort zu. Es ist immer im Einzelfall zu betrachten welche Faktoren den größten Einfluss ausüben oder ob sie von anderen gehemmt bzw. verstärkt werden. Die gewählten Einflussfaktoren spiegeln dabei die grundlegendsten wider, welche – wie sich gezeigt hat – eine wichtige Rolle spielen. Sie können allerdings um viele weitere ergänzt werden.

Ein Beispiel dafür habe ich ebenfalls in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen: Der Einfluss einer Krebserkrankung. Durch eine Vielzahl der Veränderungen innerhalb der Familie, wie ich sie zu Anfang dieses Abschnitts beschrieben habe, wird auch die Geschwisterbeziehung beeinflusst. Dies konnte ich anhand analytischer Schlussfolgerungen deutlich machen. Um jedoch komplexere Aussagen über die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung treffen zu können, bedarf es zum jetzigen Zeitpunkt vor allem empirischer Untersuchungen. Diese erachte ich nicht zuletzt deshalb als wichtig, weil die Geschwisterbeziehung eine Ressource darstellen kann, besonders in krisenhaften Zeiten, wie bei einer solchen Krankheit. Erkenntnisse aus derartigen Untersuchungen können zudem auch für die Evaluierung der Geschwisterarbeit von Bedeutung sein. Es ist des Weiteren kritisch zu betrachten, dass derartige Forschungen noch nicht stattgefunden haben. Denn wie aus den dargelegten Zahlen der Häufigkeit von Krebs im Kindesalter hervorgeht, handelt es sich keinesfalls um eine Bagatelle.

Dass die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung vor allem davon abhängen, wie das einzelne Kind die neue und bedrohliche Situation erlebt und verarbeitet, konnte ebenfalls erkenntlich gemacht werden.

Dabei war aufgrund der Fragestellung der Fokus vor allem auf das gesunde Kind gerichtet. Um die Situation des kranken Geschwisters und die der Familie in die Betrachtung mit einzubeziehen, hätte es einer eigenen Arbeit bedurft.

Unter diesem Gesichtspunkt hat auch die Geschwisterarbeit eine bedeutende Funktion.

Sie fasst so beispielsweise die Probleme der gesunden Kinder auf und richtet die Ziele danach aus. Damit werden auch Punkte aufgegriffen, welche nach meinen Erkenntnissen eine Belastung für die Geschwisterbeziehung darstellen können.

Eine Reihe von Angeboten die bereits vor einigen Jahren bestanden, welche sich unterschiedlichen Bereichen der Intervention zuteilen lassen, zeugen des Weiteren davon, dass die Geschwisterarbeit auf einem guten Weg ist.

Wie auch in der Arbeit bereits angesprochen, ist an dieser Stelle jedoch anzumerken, dass für die Einschätzung des derzeitigen Standes der Entwicklung aktuelle empirische Belege und Untersuchungen fehlen. Aus diesem Grund blieb die Frage nach den Methoden in dieser Arbeit zu einem Teil unbeantwortet. Genaue Aussagen über die Handelnden in den Angeboten konnte ebenfalls nicht getroffen werden.

Aus diesem Grund müssten Forschungen in diesem Bereich vor allem der Frage nach evaluierten Konzepten nachgehen. Bei der Weiterentwicklung von derartigen Konzepten können meiner Meinung nach auch die in diesem Kapitel angesprochenen Vernetzungen eine große Hilfe sein.

Aus den vorliegenden Forschungsergebnissen lässt sich abschließend schlussfolgern, dass es für eine Geschwisterbeziehung positive wie negative Auswirkungen haben kann, wenn eine Krebserkrankung bei einem der Geschwister zugrunde liegt. Durch die Geschwisterarbeit ist es jedoch möglich, einige dieser Auswirkungen aufzugreifen und zu reduzieren. Weitere Forschungen sind dennoch nötig, um die Konzepte – auch in Bezug auf die Geschwisterbeziehungen – zu evaluieren und eine standardisierte ganzheitliche familienorientierte Begleitung zu ermöglichen.

Das eindrucklichste, was ich mir aus meiner Arbeit mitnehme ist, alles in seinem ganzen Zusammenhang zu betrachten, ohne jedoch eine pauschale Antwort zu erwarten.

Literaturverzeichnis

Achilles, Ilse (2013): „...und um mich kümmert sich keiner!“. Die Situation der Geschwister behinderter und chronische kranker Kinder. 5.Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bank, Stephen P.; Kahn, Michael D. (1991): Geschwisterbindung. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.

Bösel, Maren (1999): Das gesunde Geschwisterkind in der ganzheitlichen psychosozialen Betreuung von Familien mit einem krebskranken Kind (Diplomarbeit). Fachhochschule Magdeburg. (Bezug über den DLFH)

Frick, Jürg (2006): Ich mag dich – du nervst mich! Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Gutjahr, Peter (2009): Kurzlehrbuch Kinderkrebs. Pädiatrische Onkologie für Nicht-Onkologen. Aachen: Shaker Verlag.

Hax-Schoppenhorst, Thomas (2007): Große Schwester – kleiner Bruder. Konflikte in Geschwisterbeziehungen überwinden. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagshaus.

Jörg, Johannes (1993): Geschwister lebensbedrohlich erkrankter Kinder - eine Studie zur psychosozialen Problematik (Diplomarbeit). Universität Köln. (Bezug über den DLFH)

Kasten, Hartmut (1993): Die Geschwisterbeziehung Band I. Göttingen: Hogrefe.

Kasten, Hartmut (1998): Geschwister. Vorbilder, Rivalen, Vertraute. 2. Aufl. München: Ernst-Reinhardt Verlag.

Lehmkuhl, Ulrike (2006): Instanzen im Schatten. Väter, Geschwister, bedeutsame Andere. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Ley, Katharina (1999). Geschwisterliche Räume. Stimmen der Horizontale im Geschwisterlichen und in der Psychotherapie. In: Sohni, Hans. Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Niemeyer, C.; Rössler, J. (2013): Krebserkrankungen. In: Koletzko, Berthold (Hrsg.). Kinder- und Jugendmedizin, S. 295-324. Heidelberg: Springer Medizin.

Reichle, Barbara; Gloger-Tippelt, Gabriele (2007): Familiäre Kontexte und sozio-emotionale Entwicklung. In: Kindheit und Entwicklung, Jahrgang 16, Heft 4, S. 199-208.

Rufo, Marcel (2004): Geschwisterliebe, Geschwisterhaß. Die prägendste Beziehung unserer Kindheit. München: Piper Verlag.

Schwarzenberg, Eileen (2013): Pädagogische Begleitung lebensverkürzend erkrankter Kinder und Jugendlicher und ihrer Geschwister in stationären Kinder- und Jugendhospizen. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Seiffge-Krenke, Inge (2009): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen – Ressourcen – Risiken. 2.Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Sohni, Hans (2011): Geschwisterdynamik. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Stahl, Nina; Grumbach-Wendt, Marion; Kaldirim-Celik, Senay (2013): Familien pädiatrischer Palliativpatienten. In: Zernikow, Boris (Hrsg.). Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2.Aufl. S. 457-513. Heidelberg: Springer Verlag.

Tröster, Heinrich (2013): Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Pinquart, Martin (Hrsg.). Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention, S. 101-117. Heidelberg: Springer Verlag.

Wagner, Melanie (2014): Berufswunsch: Unabhängigkeit. In: WIR, Heft 1, S. 21-22.

Wiemann, Claudia (2000): Die Schattenkinder. Auswirkungen langandauernder stationärer Therapie auf das Leben der Geschwister von krebskranken Kindern. In: WIR, Heft 2, S. 8-10.

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Flöha, 14.11.2014

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift