
Universität Hildesheim
Institut für Psychologie

Das Kinderbuch zur Aufklärung über die elterliche
Krebserkrankung

Ein Beitrag zur Krankheitsverarbeitung für betroffene Kinder?

Bachelorarbeit

im Studiengang
pädagogische Psychologie

Erstgutachterin: Prof. Dr. Claudia Mähler

Zweitgutachterin: Dr. Margret Kamm

Vorgelegt von:

Juliane Schirmann

Matrikelnummer: 196327

Tappenstrasse 53, 31134 Hildesheim

juliane.schirmann@web.de

Hildesheim, den 6. Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Kapitel	4
1.1 Forschungsansatz und Relevanz der Thematik	4
1.2 Aufbau der Arbeit	7
1.3 Besonderheiten von Krebserkrankungen	8
2. Kapitel	10
2.1 Ratgeber als Richtlinie für eine adäquate Aufklärung	10
2.2 Inhalte der Ratgeber	11
2.2.1 Die gemeinsame Grundauffassung	11
2.2.2 Die Herangehensweise an die Aufklärung	12
2.2.2.1 zum Zeitpunkt	13
2.2.2.2 zur Gesprächsführung	13
2.2.3 Das Ausmaß der Aufklärung	14
2.2.3.1 zu Krankheit und Krebs	14
2.2.3.2 zu Sterben und Tod	15
2.2.4 Abgeleitete Thesen zur Krankheitsaufklärung	16
3. Kapitel	17
3.1 Die Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget	17
3.1.1 Piagets Verständnis von Entwicklung	17
3.1.2 die konkret-operationale Stufe	18
3.1.3 die sozialkognitive Entwicklung	20
3.2 die psychosoziale Entwicklung	21
3.3 Kindliche Konzeptentwicklungen	23
3.3.1 Kindliche Konzepte in der kognitiven Entwicklung	23
3.3.2 Konzepte von Körper und Leben	23
3.3.3 Konzepte von Gesundheit und Krankheit	24
3.3.4 Konzepte vom Sterben und Tod	25
3.4 Verbindung mit den Thesen aus den Ratgebern	26
4. Kapitel	29
4.1 Lernen mit Medien	29
4.1.1 Einflussfaktoren auf die Medienwirkung	29
4.1.2 Funktionen von Medien	30
4.1.2.1 Verortung der Kinderbücher	30

4.1.2.2 Zielsetzungen der Kinderbücher	31
4.1.2.3 Mögliche Funktionen der Kinderbücher	31
4.2 Analyse der Kinderbücher.....	32
4.2.1 Globalanalyse publizierter Bücher.....	32
4.2.2 Analyse „Ein Baum für Mama“	37
4.2.2.1 Inhalt und Motive des Buches.....	37
4.2.2.2 Besonderheiten der Erzählung	39
4.2.2.3 Vergleiche mit den Thesen aus den Ratgebern	40
4.2.2.4 Zusammenfassung und Annahmen	43
5. Kapitel	44
5.1 Forschungshypothese und analytische Definitionen.....	44
5.2 der Untersuchungsplan.....	45
5.3 die Erhebungsinstrumente	47
5.3.1 der Fragebogen.....	47
5.3.2 das halbstrukturierte Interview.....	48
5.3.3 der Elternfragebogen.....	49
5.4 Transformationen der Hypothese	50
5.4.1 die operationale Hypothese	50
5.4.2 das statistische Hypothesenpaar	50
5.5 Erläuterungen zum Untersuchungsplan	50
5.6 Mögliche Probleme des Untersuchungsplanes.....	54
5.7 Alternative Untersuchungsvorschläge	56
6. Kapitel	57
6.1 zusammenfassende Annahmen und Auffälligkeiten	57
6.2 kritische Reflexionen	59
6.3 Ausblick	62
Literaturverzeichnis	64
Anhang	66

1. Kapitel

Einleitendes

1.1 Forschungsansatz und Relevanz der Thematik

Einschränkungen in der Lebensqualität durch eine Krebserkrankung sind nicht ausschließlich auf den Patienten begrenzt. Das gesamte Familiensystem wird mit starken Veränderungen und Belastungen konfrontiert und es gilt für involvierte Erwachsene- Angehörige, Therapeuten, Pädagogen, diese Situation nicht zu einem pathologisch-traumatischen Ereignis werden zu lassen. Die in den letzten Jahrzehnten etablierte psychosoziale Sichtweise auf eine Krebserkrankung hat dabei lange Zeit die kindliche Erfahrungswelt einer elterlichen Krebserkrankung außer Acht gelassen. Krebs ist ein einschneidendes Lebensereignis, und es fällt schon Erwachsenen schwer, die Krankheit zu begreifen und darüber zu sprechen. Doch was mag dies dann erst für deren Kinder bedeuten?

Zweifelsohne stellt die Erfahrung einer Krebserkrankung von Mutter oder Vater für ein Kind ein non-normatives kritisches Lebensereignis dar. Filipp (1990) definiert dieses Ereignis als ein relatives Ungleichgewicht im Person-Umwelt-Gefüge. Kritische Lebensereignisse kennzeichnen sich durch Veränderungen der Lebenssituation einer Person. Das Ungleichgewicht wird durch die Schwere des Ereignisses auf starke emotionale Weise empfunden. Dies geht mit starker Belastung einher, da die Veränderungen eine Neuanpassung erfordern. Ein neues Gefüge zwischen Person und Umwelt soll durch Auseinandersetzung und Verarbeitung hergestellt werden. Von non-normativen Lebensereignissen sind nicht alle Menschen betroffen. Sie treten unabhängig der persönlichen und sozialen Entwicklung auf und sind nicht kontrollierbar (Filipp, 1990). Es ist nicht bewiesen, dass analog zu Erwachsenen auch für Kinder aktive und problemzentrierte Verarbeitungsstrategien für die Bewältigung positiv sind. Es ist nicht klar, welche Interventionen zu Resilienz bzw. Vulnerabilität beitragen oder welche Effekte die Diagnose, Behandlung und der potentielle baldige Tod des Betroffenen auf Kinder haben. Es ist sogar noch unter Professionellen wenig darüber bekannt, wie Kinder verschiedenen Alters Krebs verstehen (Rauch, 2007). Deshalb ist es wichtig, die kindliche Krankheitsverarbeitung dieses kritischen Lebensereignisses zu untersuchen.

Krankheitsverarbeitung ist die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf das Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen. Die Krankheitsverarbeitungs-Modi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Verarbeitungserfolges zu definieren. (Muthny, 1989, zit. n. Salewski, 1997, S. 45)

Ziel der komplexen psychischen Regulationsprozesse ist die kurz-, mittel- oder langfristige Anpassung an Belastungen und Veränderungen. Die Grundfrage ist: Welche Informationen sind notwendig und wie können sie vermittelt werden, damit Kinder sich in ihren Gedanken und Empfindungen wahrgenommen und akzeptiert fühlen? Was ist notwendig, um ihre Kompetenzen zu unterstützen, damit sie die Situation der Krebserkrankung von Mutter oder Vater verarbeiten können? Welche Art von Informationen benötigen sie, um angemessen aufgeklärt zu werden? Noch nicht lange ist die Frage kindgerechter Information und Aufklärung über die Erkrankung Krebs aus psychoonkologischer Sicht ein behandeltes Themengebiet¹. So gibt es keine Studien, die darlegen, wie ein Kind solch eine Situation verarbeitet, bzw. wie mit einem Kind umzugehen ist. Für Erwachsene ist ein positiver Effekt von Aufklärung auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse belegt. Der kognitiven Orientierung fällt in Bezug auf die Verarbeitung eines kritischen Lebensereignisses große Bedeutung zu. Emotionen und Motivationen werden durch kognitive Prozesse einer Person geformt (Lazarus, 1990). So wird angenommen, dass die Bedeutung, die Kinder einer Krebserkrankung zuschreiben, ausschlaggebend für die Intensität und Qualität ihrer emotionalen Reaktionen ist. Wie ein Individuum mit einer belastenden Situation umzugehen vermag, ist davon abhängig, welche kognitive Repräsentation der Umwelt vorliegt. Die Gabe von Informationen trägt hier einen großen Anteil an der Art und Weise dar, wie Kinder die Situation der Krebserkrankung aufnehmen.

Aktuelle pädiatrische Forschungsliteratur kommt vorwiegend aus dem Gebiet der Stress- und Bewältigungsforschung. Die Forschungsstränge entwickelten sich dabei zu der Untersuchung der psychischen Probleme von Kindern Krebskranker bzw. zu der Suche nach Faktoren, die die Veränderungen im psychosozialen Verhalten von Kindern erklären (Osborn,

¹ Dies zeigt sich z.B. darin, dass die deutsche Krebshilfe, die seit den 70er Jahren ausführliche und aktuelle Informationen für Patienten bereitstellt, erst eine Broschüre zum Thema Kinder krebskranker Eltern publiziert hat. Sie erschien in der ersten Auflage 1998 und wird in dieser Arbeit noch im Kapitel 2 behandelt werden.

2007). Weniger wird die Frage behandelt, was Kinder erfahren, wenn ein Elternteil erkrankt ist, wie sie mit der fortschreitenden Krankheit über Jahre leben und was ihnen hilft, sich an die Situation anzupassen. Eine Vielzahl publizierter Ratgeberliteratur sowie Übersichtsarbeiten belegen, dass das Interesse an und das Wissen über die nötige Hilfe zur Bewältigung des Todes eines Elternteils größer ist, als das Wissen, wie Kindern bei der Bewältigung einer chronischen Krankheitssituation in der Familie geholfen werden kann (Lewis, 2007). Wie Kinder wiederum am Besten über den bevorstehenden Tod eines Elternteils informiert werden, ist auch kaum durch Untersuchungen erforscht (Krejsa, 2004).

In dieser Arbeit interessiert die Frage, welche Informationen Kinder abhängig von ihrem Alter für eine kognitive Orientierung benötigen; oder, im Sinne der Verarbeitungs- und Bewältigungsforschung gesprochen, welche Art der Aufklärung ein Kind erfahren sollte, damit die kognitive Einschätzung der Situation mit einem möglichst geringen Maß an Stress verbunden ist. Wie im Folgenden noch zu zeigen ist, herrscht in der Forschung die Auffassung, Offenheit in Bezug auf die krebsbezogene Informationsgabe zu üben, helfe den Kindern am Besten. Die Forderung nach frühzeitiger und kindgerechter Information steht aber häufig im Gegensatz zur Praxis: Offene Kommunikation in dieser Thematik fällt oft schwer. Romer und Haagen (2007) berichten, dass jüngeren Kindern häufig gar keine Erklärung über die bedrohliche Krebserkrankung gegeben wird. Betroffene Eltern haben Angst, die Kinder mit der Realität zu konfrontieren.

Parallel zu dieser Problematik existieren Bücher, die für Kinder krebskranker Eltern geschrieben werden. Sie versuchen Hilfestellung bei der Krankheitsverarbeitung zu geben. Es werden Geschichten erzählt, die Diagnose, Krankheitsverlauf, Tod und/oder das Leben nach dem Tod eines Elternteils beinhalten. Viele dieser Bücher sind erst in den letzten Jahren erschienen. Die Anzahl der Veröffentlichungen zu dieser Thematik bleibt überschaubar. Diese Kinderbücher spiegeln im gewissen Sinne wieder, was Erwachsene als für Kinder wichtig zur Bewältigung dieser Lebenssituation halten. Füllen diese Medien die Lücke der geforderten aber schwer realisierbaren Kommunikation? Was wird in ihnen tatsächlich vermittelt? Welchen Beitrag leisten diese Medien nun zur Aufklärung von Kindern? Es soll untersucht werden, was die Bücher überhaupt unter Offenheit verstehen und ob sie damit ein Hilfsmittel sein können, über die Krebserkrankung angemessen zu informieren.

Um diese Fragen zu klären, werden verschiedene Informationsbroschüren bzw. Ratgeber herangezogen, die sich an krebskranke Eltern richten. In ihnen werden Hinweise gegeben, was in der Kommunikation mit Kindern hinsichtlich Krankheit und Sterben beachtet werden sollte. Diese Ratschläge geben im wissenschaftlichen Sinne wieder, was von Erwachsenen als für

wichtig hinsichtlich der kindlichen Situation einer elterlichen Krebserkrankung gehalten wird. Durch das Herausarbeiten der pädagogischen Intentionen der Ratgeber ergeben sich Kriterien, wie die Kommunikation mit den Kindern sein sollte, um den Umgang mit Krebs bzw. Sterben zu erleichtern. Diese Ratschläge werden zum Maßstab dafür, wie in Kinderbüchern mit Krebs und Sterben umgegangen wird. Genügen die Kinderbücher den Kriterien, die aus der Wissenschaft kommen?

Fokussiert wird in der Arbeit auf Kinder um das zehnte Lebensjahr. Die Verarbeitung expliziter und impliziter Informationen im Kurz- und Langzeitgedächtnis ist im mittleren Schulalter dahingehend ausgebildet, dass die differenzierten Prozesse des Lesens verarbeitet werden können - Kinder in diesem Alter sind fähig, den Transfer zwischen den Geschichten im Buch und ihrem eigenen Leben zu vollziehen. Nicht nur der oberflächliche, wörtliche Darbietungsreiz wird integriert, sondern sie können mehrere, komplexe Informationseinheiten aufnehmen und ihre Aufmerksamkeit auf für sie Relevantes lenken (Keil & Brosius, 1985). Begrenzungen in der kindlichen Aufnahmefähigkeit liegen in Verständnisfähigkeiten und bereits vorhandenen Wissensstrukturen. Darüber hinaus wurde dieses Alter gewählt, da ein großer Anteil der Kinderbücher sich auf den Alterbereich Schulkind vor der Pubertät bezieht und so ein größerer möglicher Analysebereich geboten wird. Ein weiterer Grund für die Wahl dieses Altersbereiches ist ein pragmatischer: Kinder dieses Alters können selber lesen und schreiben und daher in einer empirischen Überprüfung beispielsweise einen Fragebogen selbstständig bearbeiten.

1.2 Aufbau der Arbeit

Es gibt einige Punkte, die die psychosoziale Wahrnehmung einer Krebserkrankung von anderen chronischen Krankheiten unterscheidet. Die Arbeit beginnt mit einigen Ausführungen zu den Besonderheiten einer Krebserkrankung. Im zweiten Kapitel werden mit Hilfe drei unterschiedlicher, exemplarischer Elternratgeber Kriterien anhand von Thesen für den Umgang mit Kindern ausgearbeitet.

Da sich diese Arbeit in einem entwicklungspsychologischen Rahmen bewegt, wird im dritten Kapitel auf die Struktur und die Qualität des Denkens von Kindern in diesem Alter eingegangen. Es soll dargestellt werden, wann das kritische Lebensereignis einer elterlichen Krebserkrankung in der kindlichen Entwicklung eintritt und welchen Einfluss es auf dem jeweiligen Stand der kindlichen Entwicklung ausüben könnte. Die herausgearbeiteten Thesen des zweiten Kapitels werden dazu durch entwicklungspsychologische Erkenntnisse über die

kognitive und emotionale Entwicklung und vorhandenen Konzepten von Kindern um zehn Jahre ergänzt.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit dem Medium Kinderbuch. In einem ersten Unterabschnitt werden Erkenntnisse zu den potentiellen Wirkweisen von Medien im Allgemeinen, sowie dem Kinderbuch über die elterliche Krebserkrankung im Speziellen dargestellt. Der zweite Unterabschnitt gibt eine Bestandsaufnahme und vergleichende Interpretation über entsprechende Kinderbücher im deutschsprachigen Raum. Hier wird ein repräsentatives Buch herausgegriffen und auf dem Hintergrund der im zweiten Teil postulierten Kriterien analysiert. Können sie also potentiell hilfreich sein für die Verarbeitung dieser schwierigen Situation?

Im fünften Kapitel wird ein Forschungsdesign vorgeschlagen, um diese Fragen möglicherweise empirisch zu prüfen. Schritt für Schritt werden die Variablen eines Untersuchungsplanes operationalisiert, um die Hypothese zu prüfen, dass das Lesen von Kinderbüchern zur kognitiven Orientierung beiträgt. Ergänzend werden mögliche Probleme der Durchführung behandelt und alternative Designs vorgeschlagen.

Das abschließende Kapitel fasst die Gedankenführung der Arbeit und ihre Ausarbeitungen kritisch zusammen und gibt einen Ausblick auf mögliche zukünftige Forschung.

1.3 Besonderheiten von Krebserkrankungen

Unter dem Schlagwort ‚Krebs‘ werden im alltäglichen Sprachgebrauch vielfältige Krankheitsformen vereint und dabei emotional stark konnotiert. Krebs ist ein Reizwort. Die Diagnose wird von Patienten oft wie ein pauschales Todesurteil aufgefasst. Anders als bei anderen chronischen Erkrankungen wird viel eher und intensiver auf Negatives fixiert. Nebenwirkungen der Behandlung sowie die ungewissen Heilungschancen rufen immense Furcht und Verzweiflung bei Betroffenen und Angehörigen hervor. Jedoch gibt es nicht ‚den Krebs‘. In einem differenzierteren Blick sind Ausprägung und Folgen der Erkrankung vielfältig und bei jedem Patienten individuell sehr unterschiedlich, sodass keine generellen Aussagen zu Lebenserwartung und Heilungschancen getroffen werden können.

Krebserkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten in westlichen Nationen, doch an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sterben in Deutschland weit mehr Menschen. Trotzdem haftet diesen Erkrankungen etwas besonders Bedrohendes, Angst erregendes an. Der Schock einer Diagnose ist allumfassend. Den Krebs begleitet ein Mythos, der ihn als aggressiv, zupackend, unersättlich, und Qualen bereitend charakterisiert (Meerwein 1991). Unklarheit über die Entstehung einer Krebskrankheit hat vor einigen Jahren die Vorstellung begünstigt, es gebe

eine Art ‚Krebspersönlichkeit‘². Aus dieser Sicht wäre die Krankheit selbstverschuldet. Eine personifizierende Terminologie, die Vokabeln wie ‚gut- und bösartig‘, ‚zerstören‘, ‚fressen‘ oder ‚besiegen‘ beinhaltet, unterstützt diese Vorstellungen zusätzlich. So schreibt Meerwein (1991, S. 102) Krebskrankheiten gar eine „paradigmatische Bedeutung als Repräsentanz der Krankheit und unter Umständen des Sterbens des heutigen Menschen überhaupt“ zu. Wirsching (1988, S. 170) sieht analog dazu in einigen Fällen die „Krebsbehandlung als Bekämpfung menschlicher Sterblichkeit überhaupt“ an. Die frühere „Praxis der gnädigen Lüge“ (Meerwein, 1991, S.60) der Ärzte, die sich in einer ausweichenden Kommunikation und Tabuisierung zu Krankheitsimplikationen gegenüber dem Patienten äußerte, wirke noch heute auf die Kinder Betroffener zurück, indem von vielen die Auffassung vertreten wird, durch Nichtinformation Kinder schützen zu können.

In der Onkologie wie in der Psychoonkologie kam es in den letzten Jahren jedoch zu starken Veränderungen: Wurde früher eine Krebserkrankung vollkommen tabuisiert und häufig auch der Betroffene (!) über seine Diagnose und seinen Zustand im Unklaren gelassen, wird heute für Offenheit und umfassende Information plädiert. Dieses Umdenken mag auch darauf zurückzuführen sein, dass Krebstherapien heute oft ambulant durchführbar sind. Der Patient ist, anstatt wochenlang im Krankenhaus zu liegen, direkt erfahr- und erlebbar zu Hause. Weiterhin ermöglicht der medizinische Fortschritt ein längeres Überleben Krebskranker. Auch steigt die Zahl von Krebserkrankungen einerseits durch die erhöhte Lebenserwartung in unserer Gesellschaft, andererseits durch frühere Diagnosemöglichkeiten. Verbesserte Therapien und ein Paradigmenwechsel in der Psychoonkologie haben so auch direkte Auswirkungen auf das den Betroffenen umgebene Umfeld: „Maligne Erkrankungen sind fast immer Familienkrankheiten“, so Meerwein (1991, S.132). „Die Verarbeitungskrise eines kranken Menschen schließt immer auch diejenigen ein, die ihm nahe stehen; sie ist eine Krise des Gesamtsystems“ (Wirsching, 1988, S. 163). Eine veränderte Sichtweise auf den Patienten zusammen mit den speziellen Bedingungen von schweren und chronischen Krankheiten wie Krebs haben den Blick von einer patientenorientierten zu einer systemischen Sichtweise geweitet.

² Vgl; Sontag, S: Krankheit als Metapher. Fischer, Frankfurt 1989; Meerwein, 1990, listet verschiedene Krebsarten und zugehörige Charaktermerkmale auf

2. Kapitel

Ratgeber für Eltern

2.1 Ratgeber als Richtlinie für eine adäquate Aufklärung

Ratgeber für Eltern gehen unter anderem auf die Frage ein, was in der Kommunikation mit Kindern beachtet werden muss, wenn Eltern mit ihnen über die Diagnose Krebs, den Verlauf und die Prognose sprechen. In den Informationsbroschüren wird ebenfalls die Frage gestellt, was an Kinder vermittelt werden soll, um die schwierige Situation der Krebskrankheit eines Elternteils verarbeiten zu können. Exemplarisch werden drei Informationsbroschüren³ nach ihren Ratschlägen für den Umgang mit Kindern qualitativ untersucht. Dadurch sollen Informationen gesammelt werden, die es erlauben, relevante Thesen aus den Broschüren herauszuarbeiten. Diese hier aufgeführten Broschüren dienen der Arbeit als Grundlage zur Klärung der Frage, welches Wissen eine Aufklärung implizieren sollte, um eine kognitive Orientierung zu geben. Die Titel der behandelten Ratgeber sowie deren Herausgeber lauten:

- (1) „Mama, was hast Du?“ /Techniker Krankenkasse
- (2) Hilfen für Angehörige/ Die blauen Ratgeber. Deutsche Krebshilfe
- (3) Mit Kindern über Krebs sprechen/ Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Im ersten Schritt wird die den Broschüren gemeinsame Grundauffassung der Offenheit expliziert. Danach wird kurz dargestellt, wie die ‚Umstände‘ einer Aufklärung über Krankheit und Sterben von statten gehen sollten, sprich das Wann und Wie der aufklärenden Informationsgabe. Anschließend werden Kategorien herausgearbeitet, welche die inhaltlichen Bereiche einer Aufklärung der Kinder beschreiben. In einem letzten Schritt werden aus diesen Kategorien Hypothesen generiert, was Kinder lernen und erfahren sollen, um die Krebserkrankung ihres Elternteils zu verarbeiten.

Der Definition werden Informationsbroschüren zu Grunde gelegt, da diese von Fachleuten bearbeitet bzw. geschrieben werden, zumeist in großer Auflage erscheinen und überreicht durch Ärzte und Krankenkassen häufig die erste Informationsquelle für Eltern darstellen. Vereinzelt werden die Ratschläge der eher knapp gehaltenen Broschüren durch Informationen aus dem umfangreicheren Elternratgeber von Sylvia Broeckmann (2002) ergänzt. Die Broschüren können den Anspruch erheben, was die Frage der adäquaten Hilfe für Kinder betrifft auf dem

³ Im Anhang A werden kurz die unterschiedlichen Hintergründe und Intentionen der Broschüren vorgestellt.

aktuellen Stand der Forschung zu sein. Sie spiegeln wieder, was Erwachsene in Bezug auf die Aufklärung von Kindern über die elterliche Krebserkrankung als wichtig erachten. Diese Ratgeber können somit als objektiver, aktueller und wissenschaftlicher Maßstab für die adäquate Krankheitsaufklärung von Kindern angesehen werden.

2.2 Inhalte der Ratgeber

Die dargestellten Positionen in den Broschüren zeigen, wie der Umgang mit Kindern sein sollte, um ihnen die Bewältigung der Krankheit und evtl. den Tod von Mutter oder Vater zu erleichtern. Alle Ratschläge bewegen sich dabei im Spannungsfeld zwischen der Teilhabe aller Familienmitglieder an der aktuellen, durch die Krankheit veränderten Lebenssituation, und dem Schutz der Kinder vor übermäßiger Belastung. Sie beschäftigen sich mit Kommunikationsfragen, wie und wann bestimmte Dinge gesagt werden können, sowie mit konkreten Fragen nach dem Inhalt der zu gebenden Informationen. Wenn die Broschüren in ihren Ratschlägen nicht übereinstimmen, wird dies erwähnt und deren alternative Ratschläge aufgeführt.

2.2.1 Die gemeinsame Grundauffassung

Gemeinsam ist allen Ratgebern das Plädoyer zur Offenheit. Es steht nicht die Frage im Raum, ob mit den Kindern kommuniziert werden soll, sondern wie die Kommunikation über die elterliche Krebserkrankung erfolgen sollte. Unterschiedliche Auffassungen der Broschüren bestehen in dem Ausmaß der zu gebenden Informationen sowie in Informationen, die das mögliche Sterben des betroffenen Elternteils thematisieren. Alle Ratgeber begründen die Notwendigkeit der Aufklärung mit dem besonderen kindlichen ‚Gespür‘ für Stimmungen. Mit dieser Sensibilität für veränderte Emotionen und Belastungen ihrer Bezugspersonen spüren Kinder auch ohne ein aufklärendes Gespräch, dass etwas ‚nicht in Ordnung‘ ist.

Werden Kinder über den Grund der familiären Veränderungen nicht informiert, so die Ratgeber, steigt die Belastung und sie entwickeln phantasievolle eigene Erklärungen, welche unheimlicher und bedrohlicher als die Wahrheit sein können. Kinder entwickeln irrationale Schuldzuweisungen – meist gegen sich selbst - wenn Probleme unausgesprochen bleiben und sie keinen Ansprechpartner für das unerklärliche Geschehen in der Familie finden. Erfahren Kinder die Diagnose von Dritten, bedeutet dies für sie große kognitive wie emotionale Verunsicherung und Misstrauen sich selbst oder den Eltern gegenüber. Sie behalten ihren Kummer aus Angst oder Enttäuschung durch den Vertrauensbruch häufig für sich. Es entsteht das Gefühl der

Unsicherheit, des Verlassenseins und der Isolation. Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungskrisen können auftreten.

Es wird in den Broschüren die Meinung vertreten, dass ein offener und ehrlicher Umgang mit der Krankheit der gesamten Familie nützt. Offene Gespräche innerhalb der Familie vermitteln Vertrauen, Stabilität und die Gewissheit, dass sich Kinder mit all ihren Ängsten und Problemen an die Eltern wenden können. Erhalten Kinder Antwort auf all ihre Fragen, können sie einzelne Veränderungen, Eindrücke und Erlebnisse der Situation besser in einen größeren Zusammenhang bringen und bekommen so die Möglichkeit, die neue Situation zu verstehen. Darüber hinaus wird in einer Broschüre (3) explizit die These vertreten, dass Kinder durch die Informationen auch wachsen und Stärken entwickeln können. Diese Grundauffassung der offenen Kommunikation entspricht der anderer, umfangreicherer Ratgeber (vgl. Grollman, Earl A.; Krejsa, S.).

Kinder wollen die Wahrheit wissen und können sie ertragen. Es belastet sie und macht sie seelisch krank, wenn wir die Wahrheit vertuschen oder verniedlichen, wenn wir Kinder anlügen oder ihren Fragen ausweichen. Kinder werden stumm, wenn sie merken, dass sie von uns Erwachsenen keine Antwort bekommen. Dieses Verstummen ist das Gefährliche, nicht das Ansprechen der Wahrheit. (Broeckmann, S., 2000, S.97)

Nach aktuellem Forschungsstand kann das Teilen der Ängste die Einsamkeit innerhalb der Familie verringern (Romer & Haagen, 2007). Im Rahmen des COSIP⁴-Konzeptes wurde als eines der wichtigsten Interventionsziele zur Prävention seelischer Störungen der Kinder die offene Kommunikation über die Krankheit genannt. Nach Befragung von Therapeuten, Eltern und Kindern wirkt eine ehrliche Kommunikation kindlichen Ohnmachtsgefühlen entgegen und trägt wesentlich zu einer positiven Anpassung an die veränderte Familiensituation bei (Romer & Haagen, 2007).

2.2.2 Die Herangehensweise an die Aufklärung

Kommunikation beinhaltet Fragen zum Umstand der Verständigung, Art und Weise des Informationsaustauschs und der emotionalen Herangehensweise, also zu den Fragen: Wann sollte die Diagnose übermittelt werden? Sowie: Wie sollte mit den Kindern gesprochen werden?

⁴ Children of somatically ill parents, Beratungskonzept entwickelt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 1999-2005, vgl. Romer und Haagen, 2007

2.2.2.1 zum Zeitpunkt

Der Zeitpunkt eines Gesprächs sollte bewusst gewählt werden und es sollte dabei ohne Zeitdruck erfolgen. Die Ratgeber sind sich einig, dass der Zeitpunkt für ein Gespräch bei einer Verdachtsdiagnose noch verfrüht ist. Doch unterscheiden sie sich in ihren Hinweisen, wann mit Kindern gesprochen werden sollte: (1) empfiehlt den Zeitpunkt von der eigenen Psyche (des kranken Elternteils) abhängig zu machen. Eltern sollten zuerst mit anderen Menschen gesprochen haben und so stabil sein, dass sie Kindern Halt, Zuversicht und eine Perspektive bieten können. Eine Notlüge sei angebrachter, als Kinder in einer frühen Phase der Erkrankung zu verwirren und zu belasten. Ratgeber (3) empfiehlt dagegen eine Einbeziehung so schnell wie möglich, aber auf jeden Fall, sobald sich der Familienalltag verändert. Da Kinder, auch wenn sie die Unsicherheiten und Belastungen der Eltern spüren, häufig nicht von selbst nach den Ursachen fragen, sollten Eltern das Gespräch suchen und nicht warten, bis die Kinder eventuell fragen.

2.2.2.2 zur Gesprächsführung

Die Aufklärung sollte wenn möglich mit beiden Eltern stattfinden. Diese sollten sich vorher um die zu vermittelnden Inhalte abgestimmt haben und sich während des Gesprächs eher passiv verhalten. Dadurch können sie das Informationsbedürfnis der Kinder durch deren Fragen befriedigen ohne sie mit zu vielen Informationen zu belasten. Gegebenenfalls sollten Kinder zum Reden ermuntert werden. Je mehr ihnen die Möglichkeit gegeben wird, nachzufragen, desto weniger entwickeln sie unzutreffende Vorstellungen über Ursache und Wesen der Krankheit (Broeckmann, 2002). Eltern sollten für kindliche Fragen offen sein und sie aufrichtig und, wie die Ratgeber schreiben, jedoch nicht weiter ausführen, angemessen, altersgemäß und verständlich beantworten. Gefühle genau wie körperliche Nähe sollten gezeigt und auch unbedingt zugelassen werden. Ist der betroffene Elternteil offen für seine eigenen Gefühle und Fragen, kann er die Belastungen seiner Krankheit und seiner Ängste gut aushalten. Dies überträgt sich auch auf seine Kinder. Um die andere Denkweise und das begrenzte Auffassungsvermögen von Kindern zu berücksichtigen, sollte die Aufklärung eher in mehreren kleinen Gesprächen fortlaufend je nach Bedarf erfolgen. Darin sollten die Eltern sich auf einzelne Details beschränken und kurze und einfache Sätze benutzen. Am Ende des Gesprächs ist es sinnvoll, nachzufragen, ob alles verstanden wurde.

2.2.3 Das Ausmaß der Aufklärung

Im Folgenden werden die informativen Elemente der offenen und angemessenen Kommunikation genauer spezifiziert. Es stellt sich die Frage: Was sollte mit den Kindern besprochen werden?

2.2.3.1 zu Krankheit und Krebs

Die Broschüren raten dazu, alle Veränderungen, die sich im familiären Alltag durch die neue Lebenssituation ergeben, zu benennen und zu erläutern. Wenn Kinder neue Aufgaben zugeteilt bekommen, sollte ein konkreter Zeitraum festgelegt werden, für den diese Aufgabe Gültigkeit hat, damit sie nicht auf unabsehbare Zeit mit dieser Aufgabe belastet sind. Das unter Umständen veränderte elterliche Verhalten sollte erklärt und begründet werden. Weiterhin wird empfohlen, sowohl aufrichtig und kindgerecht über die Krankheit zu reden, als auch ehrlich eigene Emotionen dabei zu verbalisieren. Es wird empfohlen, Anschauungsmaterial wie Bücher oder Zeichnungen zur Hilfe zu nehmen und Informationen Schritt für Schritt zu geben.

Ein Ratgeber (1) betont die Wichtigkeit von Hoffnung für Kinder. So wird geraten, von Überlebenden aus dem Bekanntenkreis zu berichten und in den Vordergrund zu rücken, dass alles getan wird, um zu helfen und zu heilen. Ratgeber (1) rät, zu sagen, dass das Elternteil bestimmt wieder gesund wird, damit Kinder nicht verzweifeln und ein Gefühl der Geborgenheit aufrechterhalten wird. Ein anderer Ratgeber geht dagegen verstärkt auf die Wichtigkeit ein, keine Beschwichtigungen und keine falschen Hoffnungen zu geben (2). Ebenfalls empfiehlt er, Kinder zu ermutigen, mit ihren Freunden und Bezugspersonen über die Krankheit des Elternteils zu sprechen. Es wird empfohlen, das Wort Krebs benutzen. Nach Broeckmann (2002) ist das mindeste, was Kinder zu einem frühen Zeitpunkt erfahren sollten, die Tatsache der Erkrankung, das Wort Krebs sowie die unmittelbaren Auswirkungen auf sie selbst. Ratgeber (3) macht die Gabe von Details vom Entwicklungsstand und Interesse der Kinder abhängig. Hier wird in Bezug auf Schulkinder von 7-12 als wichtig angesehen, zwischen leichten und schweren Krankheiten zu differenzieren um die Angst zu verhindern, auch mit einem Schnupfen ins Krankenhaus zu kommen oder gar daran sterben zu können. Kindern sollte ebenfalls bewusst gemacht werden, dass Krebs keine ansteckende Erkrankung ist und versichert werden, dass der Rest der Familie gesund ist. Es sollte versucht werden, Kinder von möglichen Schuldgefühlen zu entlasten indem deutlich gemacht wird, dass sie durch Gedanken oder Handlungen die Krankheit weder hervorgerufen haben, noch sie im Verlauf beeinflussen können. Der Ratgeber empfiehlt, über Erkrankung, körperliche Veränderungen, Therapie, Wirkung, Zweck von

Kontrolluntersuchungen und medizinischen Geräten Auskunft zu geben. Wird die Krankheit verstanden, wird sie verarbeitbar. Dazu Broeckmann (2002, S.93):

Gerade für Schulkinder ist die Erklärung der körperlichen Vorgänge eine Hilfe. Die quasi technische Seite entspricht ihrer Neugier und ihrer Auseinandersetzung mit der Umwelt. Eine biologische Herangehensweise erlaubt dem Kind (und auch dem Erwachsenen) die Krebserkrankung als eine Erkrankung wie andere auch zu sehen - eine, die unter Umständen bedrohlich sein kann, aber nicht immer sein muss.

Durch das Lernen an der Krankheit kann Sicherheit und Stabilität zurückgegeben werden. Nur ein Ratgeber (1) betont, Details bezüglich der Erkrankung, z.B. zukünftige Behandlungen wegzulassen.

2.2.3.2 zu Sterben und Tod

Wenn keine Chance mehr auf Heilung besteht und die Krankheit lebensbedrohlich ist, sollte den Kindern unabhängig vom Alter die Wahrheit gesagt werden (3). Ein Gespräch über den Tod sollte mit Hilfe von Angehörigen, Freunden oder Experten vorbereitet werden. Es wird die These vertreten, dass Kinder unkomplizierter unbefangener und besser mit dem Tod umgehen können als Erwachsene, da sie weniger Berührungsängste haben (3). Ein gleicher Informationsstand, was hier bedeutet, dass alle Familienmitglieder wissen, dass ein Elternteil bald sterben wird, bedeutet nach diesem Ratgeber eine Entlastung für das Kind und die ganze Familie. Falsche Hoffnungen können Schmerz und Traurigkeit nicht verringern. Das Schweigen und die Tabuisierung des Todes belasten Kinder stärker als die Traurigkeit bei Offenheit. In den Ratgebern wird gesagt, dass es vielmehr beruhigen kann, wenn Kinder wissen, dass die Eltern rechtzeitig Bescheid geben, wenn die Zeit für den Abschied gekommen ist - so können sie sich darauf vorbereiten (2). Das vermindert ihre Trauer. Ein Abschiednehmen sollte beginnen, wenn der Kranke noch dazu in der Lage ist. In solchen Momenten sollte immer eine Vertrauensperson anwesend sein. Wenn Erwachsene Kindern Nähe und Geborgenheit vermitteln, so die Broschüren, können Kinder auch mit sehr dramatischen und traurigen Nachrichten umgehen (2). Auch beim Gespräch über den Tod sollte auf Alltagserfahrungen aufgebaut werden. Zum Beispiel wird empfohlen, mit der Frage einzuleiten, was das Kind denn schon über den Tod wisse. Es wird geraten, Rituale einzuführen oder Kindern ein Erinnerungsgeschenk zu machen. Ratgeber (1) gibt den Hinweis, dass Kinder generell zwar wissen sollten, dass Krebs potentiell eine tödliche Krankheit ist, aber es wird implizit davon abgeraten, die Kinder über den bevorstehenden Tod aufzuklären.

2.2.4 Abgeleitete Thesen zur Krankheitsaufklärung

Wenn auch die Art der Gesprächsführung sowie die Wahl des Zeitpunkts Elemente einer kognitiven Orientierung darstellen, so soll doch hier der Inhalt der Krankheitsaufklärung vordergründig sein. Die Gabe von Informationen kann sowohl durch Eltern als auch durch Kinderbücher erfolgen; sie ist der gemeinsame Nenner von Ratgeberliteratur für Eltern und Verarbeitungsliteratur für Kinder. Aus den Ergebnissen der Analyse der Broschüren ergibt sich die Annahme, dass wenn wahrheitsgemäße, biologische und dem Entwicklungsstand der Kinder angepasste Krankheitsinformationen gegeben werden sowie in offenen Gesprächen über Veränderungen in der Familie, über Gefühle und auch über ein mögliches Sterben des Betroffenen gesprochen wird, dies zur Krankheitsverarbeitung beiträgt. Seite: 16 Diese in den Ratgebern getroffenen Aussagen lassen post hoc Hypothesenformulierungen zu, die es in Zukunft zu überprüfen gilt. Folgende Aussagen beziehen sich auf die in den Ratgebern genannten benötigten Informationen, um die Krankheit/ den absehbaren Tod angemessen zu verarbeiten:

- Dem Entwicklungsstand der Kinder angepasste, angemessene und der Wahrheit entsprechende Informationen zur Krankheit ermöglichen eine Krankheitsverarbeitung.
- Sachliche Informationen über Krankheiten und Krebs ermöglichen eine Krankheitsverarbeitung.
- Von kindlichen Schuldgefühlen entlastende Informationen ermöglichen eine Krankheitsverarbeitung.
- Informationen und Begründungen über alle Veränderungen im Familienalltag und Alltag der Kinder ermöglichen eine Krankheitsverarbeitung.
- Eine möglichst frühzeitige Information über das bevorstehende Sterben des Elternteils erleichtert die Verarbeitung des Todes.

Die hier genannten Thesen der Ratgeber werden als Voraussetzungen gesehen, um Kinder aufzuklären, eine kognitive Orientierung zu geben und den Umgang mit der Krebserkrankung zu erleichtern.

3. Kapitel

Entwicklungspsychologische Grundlagen

In den Ratgebern wurde vielfach erwähnt, dass die Informationen ‚verständlich‘, ‚kindgerecht‘ und ‚angemessen‘ sein sollen - oftmals ohne zu konkretisieren, was diese Begriffe beinhalten. ‚Angemessen‘ meint, bei der Vermittlung von Informationen den gegenwärtigen kognitiven Stand von Kindern zu berücksichtigen und an dem vorhandenen Wissensstand anzuknüpfen. Durch die Schilderung entwicklungspsychologischer Grundlagen bekommt diese Forderung hier ihre inhaltliche Entsprechung. Sind kognitiver Stand und Wissensstand bekannt, kann zum einen eine altersgemäße Informationsvermittlung stattfinden, zum anderen können spezielle Verhaltensweisen oder Fragen von Kindern besser verstanden werden.

An dieser Stelle werden charakteristische Merkmale allgemeiner kognitiver Strukturen für den Altersbereich um zehn Jahre dargelegt. Worauf beruht der Rat, gerade bei einem Zehnjährigen darauf Acht zu geben, Schuldgefühlen entgegen zu wirken? Die Kenntnis des kognitiven Standes hilft, bestimmte Auffassungen erkennen und nachvollziehen zu können. Altersbezogene Informationsgeber, wie z.B. Kinderbücher, können durch entwicklungspsychologisches Wissen auf ihre tatsächliche Altersbezogenheit untersucht werden. In der Beschreibung des kindlichen Denkens wird auf die Entwicklungspsychologie Jean Piagets und Erik Eriksons zurückgegriffen. Es werden charakteristische Aspekte der kognitiven und psychosozialen Entwicklung in diesem Altersbereich dargestellt. Wird im ersten Teil auf die Struktur des Denkens eingegangen, so sollen anschließend Konzepte aufgeführt werden, welche die Vorstellungen im kindlichen Denken veranschaulichen

3.1 Die Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget

3.1.1 Piagets Verständnis von Entwicklung

Piagets Grundannahme ist, dass der Ursprung aller Entwicklung in der Erfahrung liegt (Maier, 1983, S. 44). So hängt Entwicklung nicht von Wachstum, Reifung oder Alter ab, sondern erfolgt in erster Linie über die „Erfahrungen mit Erfahrungen“ (Maier, 1983, S. 48). Wissenserwerb wird über Handeln, über die Auseinandersetzung mit Objekten erlangt. In einem Prozess kontinuierlicher Entwicklung eignen sich Kinder über ihr zuerst körperliches und dann zunehmend geistiges Handeln differenziertes Wissen über die Welt an. Um diese Erfahrungen machen, das heißt verarbeiten zu können, müssen bestimmte kognitive Voraussetzungen

gegeben sein. Im Unterschied zu anderen Entwicklungstheorien bestimmt nach Piaget also die kognitive Struktur die Qualität der Erfahrungen.

Im Mittelpunkt seiner Theorie steht das Konzept der Adaptation (Berk, 2005). Darunter wird das kontinuierliche Streben verstanden, mentale Strukturen an die Umwelt anzupassen, bzw. die innere Struktur und Informationen aus der Umwelt in ein Gleichgewicht (Äquilibrium) zu bringen. Adaptation ist der intellektuelle Aspekt jeder Änderung des Verhaltens, die bei der Auseinandersetzung mit Veränderungen der Umgebung erfolgt. Im Folgenden sei dargestellt, wie Maier (1983, S.45 f.) den Begriff und seine Implikationen erläutert.

Der Adaptation liegen Prozesse von Assimilation und Akkomodation zugrunde. Bei der Assimilation wird ein Ereignis in Begriffen zurückliegender interner Erfahrungen erfasst. Menschen verarbeiten ein Ereignis mit den ihnen verfügbaren Denkweisen. Eine Erfahrung wird dann in den normalen Denkablauf des Menschen integriert. Es findet eine interne Wirklichkeitsadaptation unter der egozentrischen Perspektive statt. Assimilation ist also das Verstehen des Neuen aufgrund des bereits Bekannten.

Akkomodation impliziert die Einwirkung der Umgebung auf das Individuum. Es gleichen sich frühere Konzepte an, die den neuen Erfordernissen aktueller Ereignisse besser entsprechen. Akkomodation ist der Versuch, externe Faktoren zu integrieren. Es meint nicht die Akkomodation an die Realität generell, sondern an eine Realität, wie sie momentan verstanden werden kann. Akkomodation heißt, eine neue Erfahrung so zu deuten, dass sie das frühere Verständnis ändern kann. Es wird von einer externen Wirklichkeitsadaptation gesprochen.

Akkomodation und Assimilation wirken stets zusammen, Ereignisse existieren niemals für sich selbst, sondern verlangen immer beides von der Person. Jeder Mensch versucht, eine neue Erfahrung zunächst dadurch zu verstehen, dass er sein Wissen einsetzt. Reicht das Wissen nicht aus, können bisherige Konzepte geändert werden, damit das neue Ereignis besser mit den Lebensvorstellungen übereinstimmt.

3.1.2 die konkret-operationale Stufe

Piaget hat den Prozess der kindlichen kognitiven Entwicklung in vier qualitativ verschiedene, hierarchische Stufen untergliedert. Dies sind die sensomotorische Stufe (0-2 Jahre), die präoperationale Stufe (2-6 Jahre), die konkret-operationale (7-11 Jahre) und die formal-operationale Stufe (ab 12 Jahren). Die kindliche Entwicklung ist dabei nicht als stagnierend zwischen den Stufen anzusehen, sondern als kontinuierliche Fortentwicklung zu verstehen, innerhalb derer die Stufen als Orientierung dienen. Auch die Altersangaben dienen als Richtwert und sind nicht auf alle Individuen zu generalisieren.

In der Zeit der konkret-operationale Phase lernen Kinder in immer differenzierterer Weise die Auseinandersetzung mit geistigen Operationen. Dies sind geistige Prozesse, die logische Denkvorgänge wie Klassifizieren, Ordnen oder Gruppieren bezeichnen (Piaget, 1974). Als konkretes Denken ist die Operation durch verinnerlichte Handlungen mit symbolischen Objekten (Thomas, 1992) definiert. Mithilfe konkreter Operationen wird es möglich, von direkten Erfahrungen zu abstrahieren. Objekte müssen hier nicht wie in vorhergehenden Stadien durch physische Handlung erfahren werden, sondern sind nun auch in Vorstellungen und Symbolen denkbar - dies können beispielsweise Zahlen sein oder Sprache. Die konkreten Operationen treten im Denkprozess zunehmend an die Stelle von wahrnehmungsabhängigen und sensumotorischen Erfahrungen. Piaget (2003, Seite 48) spricht von einer „Entmaterialisierung des Denkens“. Die Stufe konkreter Operationen ist die erste, in der nach Piaget begriffliches Denken möglich ist. Wenn auch auf einem elementaren Niveau - logisches Denken wird praktizierbar. Kinder sind nun zu einfachen Deduktionen im Stande. Das sich entwickelnde Kausalitätsprinzip impliziert Problemlösungsstrategien auf Grundlage von Hypothesen und Feststellungen. Bis zum formalen Denken sind sie jedoch noch nicht dazu in der Lage, über reine Annahmen und über Prämissen, an die sie nicht glauben, in korrekter Form nachzudenken. Deduktionen bleiben von der eigenen Überzeugung bestimmt. Sie bleiben wirklichkeitsabhängig (Piaget, 1974, S.244 f.).

Eine weitere Qualität konkret operationalen Denkens ist die Umkehrbarkeit von Handlungen: Die Kinder können sich ihre Aktionen wieder zurückdenken, in ihr Gegenteil denken. Das Prinzip der Reversibilität wird erfasst, damit erhält das Denken eine mobile Qualität (Thomas, 1992). Den Kindern ist es jederzeit möglich, zum Anfang eines Gedanken zurückzukehren, ohne für sie wichtige Details aus den Augen zu verlieren. Unterschiedliche Gedanken können abgewogen werden. Die geistigen Tätigkeiten von Kindern im mittleren Schulalter werden zunehmend flexibel, unabhängig und differenziert.

Neben der Denkstruktur der Reversibilität prägt das Prinzip der Konstanz diese Entwicklungsstufe. Die Kinder lassen sich bei der Verarbeitung einer Information nicht mehr primär von der physischen Erscheinung der Dinge beeinflussen. Das Konstanzkonzept bezieht sich außerdem auf Termini von Zeit, Raum, Quantität und Zahl (Maier, 1983). Mehr als nur eine Erfahrungsdimension kann beachtet und koordiniert werden.

Die genannten Konzepte entwickeln sich unabhängig und zeitlich unterschiedlich voneinander. Innerhalb der konkret-operationalen Stufe formen sie sich immer weiter aus, bis sie zum Ende der Stufe fast vollständig beherrscht werden (Maier, 1983).

3.1.3 die sozialkognitive Entwicklung

Kindlicher Realismus und Egozentrismus weichen einem Ich, das zunehmend zwischen sich und der Umwelt differenziert. Das Kind „tritt aus seinem Ich heraus, um sich eine objektive Vorstellung der Wirklichkeit zu konstruieren“ (Piaget, 2003, Seite 43). Die kindliche Weltsicht verändert sich in der Stufe konkreter Operationen von einem mythologischem zu einem wissenschaftlicheren und logischen Weltbild. Nun wird der Standpunkt der anderen einbezogen, in der formalen Stufe kann schließlich objektiv und unabhängig vom Standpunkt der Dinge argumentiert werden (Piaget, 1974). Je mehr Kinder aus dem Zentrum ihrer Wahrnehmungen treten, desto seltener werden finalistische, animistische und magische Vorstellungen (Piaget, 2003).

Durch die Möglichkeit der Perspektivenübernahme bieten sich für Kinder viele neue Handlungsmöglichkeiten. Die Sprache wird neben Mittel zur Mitteilung auch Instrument des Denkens. Wörter, Gedanken und Handlungen können internalisiert werden, die Struktur von Sätzen wird vollständig erfasst (Maier, 1983). Kinder sind bemüht, Widersprüche zu vermeiden, eigene Aussagen zu begründen und fremde Aussagen logisch zu reflektieren (Piaget, 1974). Interpretationen von Erfahrungen können in einem rationalen und kommunikativen System gespeichert und ausgedrückt werden.

Vielschichtige und widersprüchliche Informationen über eine Person werden zunehmend adäquat verarbeitet und differenzierte Sichtweisen auf deren Einstellungen, Motive und Gefühle sind möglich - so auch systematische Vergleiche unterschiedlicher Erfahrungen und Gedanken. Gefühle können anderen gegenüber bewusst verborgen oder vorgetäuscht werden, um ein bestimmtes Verhalten des Gegenübers zu erreichen. Auch beobachten und bewerten die Kinder sich selbst, unabhängig vom Verhalten der Eltern. Später entwickelt sich auch die Erkenntnis, dass ebenso das Gegenüber die eigene Perspektive in sein Handeln einbezieht.

In der späteren Phase konkreter Operationen beginnen Kinder, sich von der elterlichen Überlegenheit zu distanzieren und an ihrer weiteren sozialen Umwelt teil zunehmen. Beobachtungen, Vergleiche und das Verständnis von Anderen spielen eine wichtige Rolle. Die erweiterte soziale Perspektive, die Ansichten des Anderen verstehen zu können, verändert die soziale Beziehung der Kinder von Abhängigkeiten hin zu Beziehungen, die durch gegenseitigen Respekt charakterisiert sind. (Maier, 1983). Soziale Verpflichtungen, moralische Einsicht und Wechselseitigkeit treten als alternative Handlungsoptionen zur elterlichen Autorität in das Denkrepertoire der Kinder. Durch Internalisierung des Zeitbegriffs werden moralische Normen von zeitlichen und situativen Komponenten unabhängig. Trotz zunehmend wissenschaftlichen und logischen Denkens werden Erfahrungen, die für Kinder noch nicht erfassbar sind, weiterhin

animistisch interpretiert. So bleiben beispielsweise Naturerscheinungen als von Menschenhand geschaffen (Maier, 1983).

3.2 die psychosoziale Entwicklung

An dieser Stelle werden den (sozial)kognitiven Charakteristika der kindlichen Entwicklung einige affektive Aspekte zur Seite gestellt: Piagets Entwicklungsphase der konkreten Operationen wird mit einer Phase in Eriksons psychosozialem Entwicklungskonzept ergänzt. Trotz Eriksons Nähe zur psychoanalytischen Tradition ist die Integration in die kindliche Entwicklung nach Piaget möglich und eine Ergänzung des Kognitiven um das Emotionale interessant.

Erikson und Piaget beziehen sich in ihren Schriften auch aufeinander und geben Ausführungen zu bereichsweisen Parallelitäten ihrer Theorien. So postuliert Piaget, dass Intellekt und Affekt immer eine Einheit bilden (Piaget, 1995). In einem seiner Werke führte Piaget zu seinen kognitiven Stufen zeitgleiche affektive Entsprechungen auf (Piaget, 1995). So siedelt er moralische, willentlich geleitete Gefühle in die Stufe der konkreten Operationen an. Erikson stellt Piagets Stufen der kognitiven Entwicklung den seinen gegenüber (Erikson, 1988). Andere Theoretiker integrieren die psychoanalytische Tradition mit der Piagets (Maier, 1983, S.240 ff.). Wie auch Piaget dienen Erikson seine Phasen des Entwicklungsprozesses als Strukturrahmen, innerhalb dessen Entwicklung stattfindet. Sie laufen ebenfalls kontinuierlich und dynamisch in einer hierarchischen Reihenfolge ab. Erikson geht von einem wechselseitigen Prozess zwischen Individuum und Umwelt aus, welcher die Entwicklung bestimmt.

Nach Eriksons Modellannahmen befinden sich Zehnjährige in der Phase Tatendrang vs. Minderwertigkeitsgefühl. Eriksons Konzept impliziert mehrere Entwicklungsstränge: die Entwicklung eines realistischen Selbstkonzeptes, Stolz auf eigene Leistungen, moralische Verantwortlichkeit und kooperative Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen (Berk, 2002). Kinder sind bestrebt, die ihnen zugetragenen Aufgaben zu bewältigen. Sie sind leistungsmotiviert, auf die soziale Umwelt gerichtet und bestrebt, Erlerntes auszuprobieren und über ihr Handeln neues Wissen zu erlangen. An sie gestellte Herausforderungen wollen Kinder annehmen. Sie sind sich ihrer Fähigkeiten bewusst und haben das Bedürfnis, nützliche und gute Dinge zu tun. Kinder versuchen erfolgreich zu sein und über das Tun Anerkennung und Bestätigung zu bekommen. Ist es ihnen unmöglich, ihre Kompetenzen zu beweisen oder werden ihre Kompetenzen unterschätzt, erleben sie ein Gefühl der Minderwertigkeit. (Maier, 1983).

In dieser Phase des Gefühls von Schaffenskraft ziehen Kinder Vergleiche zu Gleichaltrigen und zu anderen Erwachsenen und bewerten diese aktiv. Kinder können zuerst

sich selbst beschreiben, dann die Persönlichkeitseigenschaften anderer. Soziale Vergleiche werden maßgeblich für die Einschätzung eigener Qualitäten (Berk, 2002). Auch können Menschen außerhalb des familiären Systems zu Identifikationsquellen werden. Gesteigerte kognitive Fähigkeiten ermöglichen den Kindern einen größeren Handlungsspielraum im Umgang mit einem erweiterten sozialen Bezugssystem. Vor dem Hintergrund erweiterter sozialer Perspektiven und neu entdeckter eigener Verantwortungsbereiche kann es für Kinder schwierig werden, in ihrem Streben nach Erfolg und der Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit anderen die eigenen Grenzen zu akzeptieren. Die Überschätzung kindlicher Kompetenzen, durch das Kind selbst oder der Umwelt ausgehend, führt zu Überforderung und Scheitern der Aktion.

Kinder dieser Entwicklungsstufe sind in der Lage, komplexere Emotionen wahrzunehmen. Sie sind zur Wahrnehmung von gemischten Gefühlen fähig. Mit zunehmender Fähigkeit, eigene Gedanken und Gefühle zu reflektieren, werden von Kindern häufiger interne Strategien zur Emotionsverarbeitung genutzt (Berk, 2002). Diese Fortschritte führen auch zu einem höheren Empathieniveau. Trotz zunehmender Wichtigkeit der sozialen Umgebung wie Freunde oder Schule bleibt die Beziehung zu den Eltern wichtigster Inhalt in der Erfahrungs- und Gefühlswelt der Heranwachsenden.

Bezogen auf eine schwere Krankheit eines Elternteils wünschen Kinder um zehn Jahre auch hier einbezogen zu werden. Sie wollen Trost spenden und ihre Sorgen von Eltern fernhalten, um diese nicht zu belasten (Romer & Haagen, 2007). Lewis (zit. n. Romer & Haagen, 2007, S.15) hat häufig auftretende Probleme von Familienmitgliedern durch eine Krebserkrankung zusammengetragen. Typische Konflikte für Kinder ergeben sich aus der Unsicherheit über die Prognose und Veränderungen in der familiären Rollenverteilung und Lebensführung. Es stellt für Kinder eine Belastung dar, nicht zu wissen, was als nächstes geschieht und was die Zukunft für die Familie bringen wird. Emotional sind die Kinder durch ein Gefühl der Ohnmacht, durch Wut und Verlustangst belastet. Körperbezogene Ängste und die Angst, die Eltern zu belasten, sind charakteristisch für diese Stufe (Romer & Haagen, 1990). Kinder haben Angst, dass ihre Mutter oder ihr Vater sterben könnte. Oft schätzen Kinder die subjektive Kontrollierbarkeit der Krebserkrankung als gering ein. Diese verminderte Selbstwirksamkeit führt nach Romer und Haagen (2007) zu Rückzugsverhalten und Vermeidungstendenzen.

3.3 Kindliche Konzeptentwicklungen

3.3.1 Kindliche Konzepte in der kognitiven Entwicklung

Es konnte gezeigt werden, dass die kindlichen konzeptuellen Veränderungen weitgehend mit der kognitiven Entwicklung nach Piaget einhergehen. Nach Lohaus (1990) lässt sich der Stand der kognitiven Entwicklung in Teilbereiche gliedern, in denen Kinder über implizite Konzepte verfügen. Es wird, basierend auf den Erkenntnissen Lohaus (1990) auf die Teilbereiche Vorstellung von Körper und Leben, Konzepte über Krankheit, sowie Todeskonzepte eingegangen. Die impliziten Definitionen für die Altersgruppe um zehn Jahre werden dargestellt. Außerdem wird, um den Prozess der Entwicklung nachvollziehen zu können, in wichtigen Bereichen auf vorhergehende und nachfolgende Entwicklungsstufen eingegangen. Altersangaben können hier wieder lediglich als Anhaltspunkte gesehen werden, Alter als solches ist nicht schon für konzeptuelle Entwicklungsprozesse verantwortlich.

Wichtige Einflussgröße in allen Entwicklungsstufen, ist neben der Sozialisation das Ausmaß der Religiosität und die Vorerfahrung, die die Kinder bereits mit dem Tod gemacht haben. Wissen um Körper, Krankheit und Tod kann je nach gemachter Erfahrung und deren Verarbeitung stark schwanken. Es wird in der Forschung diskutiert, ob der Zeitpunkt einer realitätsangemessenen Vorstellung des Todes auch schon früher als zur konkret-operationalen Phase liegen könnte. Einige Studien (vgl. Lohaus, 1990) haben belegt, dass es bei Krankheitserfahrung auch in der präoperationalen Phase möglich ist, ein realistisches Bild vom Tod zu haben. So können bereits 5-6-jährige über ein realistisches Wissen über Krankheit und Tod verfügen. Andererseits kann auch die hohe emotionale Belastung die Aufnahme von Informationen behindern (Lohaus, 1990, S.80). Krankheitserfahrung ist also nicht in jedem Falle der Konzeptbildung förderlich.

3.3.2 Konzepte von Körper und Leben

Krankheitsbezogene Vorstellungen, über die Kinder verfügen, sind eng mit Vorstellungen über den Körper verbunden. Über je mehr Wissen vom Körper Kinder verfügen, desto leichter gelingt ihnen die Verarbeitung krankheitsbezogener Information (Lohaus, 1990). Noch ist das Wissen von Körper und Leben nicht vollständig, aber es entspricht dem eines eigenen Systems. Um das Alter von zehn Jahren haben Kinder ein Verständnis vom Körper und seinen Funktionen wie Atmung, Verdauung und Blutkreislauf, das dem einer „biologischen Maschine“ entspricht, dem ständigen Zusammenwirken aufgrund biologischer Prinzipien (Carey, 1985, S. 51). Organe können benannt, und einfache Funktionsweisen erklärt werden. Kinder wissen, dass die Organe miteinander verbunden sind. Körperliche Prozesse in ihren unterschiedlichen

Stadien, wie z.B. bei der Sauerstoffversorgung oder Nahrungsaufnahme, können in Zusammenhang gebracht und verstanden werden. Kinder, die über kausales Denken verfügen, erklären Leben ab dem zehnten Lebensjahr zum großen Teil biologisch statt psychologisch (Carey, 1985). Das Körperwissen beruht nicht mehr auf animistisch und intentionalen Vorstellungen von Körperfunktionen. Wenn zeitweilig noch animistische Erklärungsschemata genutzt werden, dann weniger aus Überzeugung, als vielmehr aus Mangel an anderen Begründungen. Es werden gelegentlich auch noch dem Wind, Flüssen, Feuer oder dem Mond Lebendigkeit zugeschrieben.

Wenn das Kind zunächst versucht, sich den unvorhergesehenen Widerstand eines Gegenstandes, bei dem die Aktion keinen Ansatzpunkt findet, zu erklären, so ist es gezwungen, diesen Gegenstand zu beseelen. Noch allgemeiner, sobald irgendein Phänomen kontingent, seltsam und vor allem erschreckend aussieht, setzt das Kind Intentionen an den Ursprung dieses Phänomens (Piaget, 2003, Seite 174).

3.3.3 Konzepte von Gesundheit und Krankheit

Jüngere Kinder ziehen auftretende Ereignisse als Krankheitsursache in Betracht. Der konkrete Grund für die Krankheit wird in Raum-zeitlicher Nähe zu dem Auftreten ihrer Symptome gesucht. Falls Kinder schon um die Ursachen von Krankheiten wissen, werden diese auf andere Erkrankungen generalisiert. Häufig interpretieren Kinder Krankheit als Strafe für nicht befolgte Regeln. Krankheit und Gesundheit funktionieren nach dem Prinzip der immanenten Gerechtigkeit.

Implizite Konzepte von Krankheit werden in der konkret operationalen Stufe zunehmend präziser, allgemeiner und abstrakter. Kinder können Krankheit auch verstehen, wenn sie nicht mehr an spezifische Zustände und Symptome gebunden ist. Allgemein kommt es mit zunehmendem Alter zu einer Annäherung der kindlichen Definition von Krankheitskonzepten an die ihrer Eltern. Für alle Krankheiten wird eine spezifische, konkrete, gemeinsame, physikalische Ursache angenommen, wie zum Beispiel Bakterien oder Viren. Dazu gehört auch die Vorstellung, dass externe Personen, Objekte oder Handlungen, die schlecht für den Körper sind, die Krankheit übertragen können. Wenn Personen aus ihrem nahen Umfeld erkrankt sind, beschäftigen sich Kinder intensiv mit den Auswirkungen und beziehen dabei auch Gedanken an den Tod ein.

Trotz Knüpfung einer Beziehung zwischen Ursache und Wirkung wird zuerst nicht auf die Wirkmechanismen geachtet. Wissen über eine Krankheitsursache wird weiterhin auf andere

Krankheitsformen ausgeweitet. Nach Lohaus (1990) werden zu Beginn noch Symptome häufig mit der Erkrankung gleichgesetzt. Die Berücksichtigung mehrerer Einzelaspekte lässt mit der weiteren Entwicklung einen differenzierteren Blick auf die Verbindung zwischen der externen Verursachung und der internen Wirkung einer Krankheit zu. Teil-Ganzes Beziehungen in dem Sinne, das man teilweise gesund und teilweise krank sein kann, werden möglich. Der Krankheitszustand kann auch wieder rückgängig gemacht werden, sodass der Mensch wieder gesund ist, und umgekehrt. Schuldgefühle des Kindes und Gefühl der persönlichen Verantwortung nehmen ab, da Krankheiten nun zunehmend unabhängig von Fehlverhalten der eigenen Person gesehen werden.

Erst im formalen Entwicklungsstadium begreifen Kinder Krankheit als bestimmt durch Interaktion externer und interner Ursachen. Deuten Kinder die Krankheit, beziehen sie sich nun auf interne körperliche Prozesse. So sehen sie Fehler in der Funktion von Organen als Auslöser für das schrittweise Auftreten der Krankheit. Mehr und mehr können psychologische Erklärungen wie Gedanken und Gefühle in die kindliche Definition von Krankheit eingebunden werden. Das Endniveau ist allerdings erst im Erwachsenenalter erreicht (Lohaus, 1990).

3.3.4 Konzepte vom Sterben und Tod

Carey (1985) gibt eine Übersicht über drei Phasen der Entwicklung des kindlichen Todesverständnisses. Diese Phasen lassen sich ebenfalls denen der kognitiven Entwicklung nach Piaget zuordnen. Die Aussagen, ab wann und bis zu welchem Alter Kinder die Finalität des Todes begriffen haben, differiert in der Forschung. In psychoanalytischer Tradition wird angenommen, dass schon sehr kleine Kinder den Tod begreifen, dessen Bedeutung aber aufgrund einer zu großen Bedrohung abwehren. Einigkeit besteht darin, dass mit zunehmendem Alter das Wissen über den Tod differenzierter und das gefühlsmäßige Erleben des Todes stärker wird (Franz, 2002). Es fällt leichter, den Tod auch zu akzeptieren, wenn Gründe und Umstände des Todes verstanden werden. Dazu Furman (1977, S.22): „Die Chancen des Kindes, den Tod von Mutter oder Vater ohne seelischen Schaden zu überstehen, ist natürlich umso besser, je älter das Kind ist (oder vielmehr je weiter es in der Selbstständigkeit und Strukturierung seiner Persönlichkeit fortgeschritten ist (...).“ Carey (1985) gibt als maximales Alter für das vollkommene Begreifen von Sterben und Tod neun Jahre an, Grollmann (1998) behauptet, mit zehn Jahren begreifen Kinder die Endgültigkeit des Todes für alle Lebewesen. Eine Studie von Lansdown & Benjamin (zit. n. Lohaus, 1990, S.70) zeigt, dass das Wissen von Sterben und Tod bereits bei einem Großteil der sechsjährigen realistisch ist und im konkret operationalen Stadium vollkommen entwickelt ist.

Lansdown & Benjamin konzipieren das Verständnis vom Tod als das Begreifen der drei Kriterien Unvermeidlichkeit (alle Lebewesen müssen einmal sterben) Irreversibilität (wenn ein Lebewesen gestorben ist, kann es nicht wieder lebendig werden) und Stillstand der Körperfunktionen (alle Körperprozesse und Funktionen einschließlich Denken und Fühlen sind beendet). Der Tod wird dann von Kindern als unausweichlicher, auf Lebewesen beschränkter, biologischer Prozess der Beendigung aller Körperfunktionen anerkannt. Dabei kann die Komponente der Irreversibilität als erstes begriffen werden. Die Unvermeidlichkeit wird später verstanden, insbesondere in Bezug zu Personen, denen Kinder sich verbunden fühlen oder jung sind. Der Stillstand aller Körperfunktionen ist für Kinder am schwierigsten zu begreifen. Wird das Ende von konkreten Dingen wie Herzschlag oder Atmung schon verstanden, verstehen Kinder doch erst später, das auch Denken, Träumen und Fühlen zu Ende ist (Berk, 2002).

In der konkret-operationalen Stufe werden realistische Vorstellungen über die Todesursache aufgebaut. Der Bezug zwischen Ursache und Todesfolge wird erkannt. Die Vorstellungen über externe Ursachen für Tod, wie zum Beispiel Mord oder Unfall, werden analog zum Krankheitsverständnis im Laufe der Entwicklung um interne Ursachen wie Krankheit erweitert. Jedoch wird der Prozess, der zum Tode führt, noch nicht verstanden. Kinder verstehen noch nicht, was mit dem Körper geschieht, wenn er stirbt. Nagy (1959, zit. n. Grollman 1998, S.35) hat folgende Fragen als die Häufigsten identifiziert, die von Kindern zum Tod gestellt werden: Was ist der Tod? Wodurch sterben Menschen? Was passiert mit ihnen, wenn sie sterben? Wohin gehen sie? Häufig wird der Tod personifiziert. Der Tod kommt und holt den Menschen, der Tod ‚passiert‘ dem Menschen (Carey, 1985). Bestehende Wissenslücken werden durch die eigene Phantasie gefüllt. Dabei spielt auch das eigene Wunschdenken eine Rolle.

Ist das Todeskonzept auf dem Niveau der formalen Operationen, können Kinder den Verlauf einer Erkrankung durchdenken und alle möglichen Konsequenzen ableiten. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Tod und eine Abschätzung der Folgen für die eigene Person und die Umwelt sind möglich. Nach Lohaus (1990, S.72) überwiegt in der emotionalen Auseinandersetzung auch hier die Angst vor dem Tod, doch setzen auch Bewältigungsversuche wie Rationalisierung und Verdrängung ein, um mit der Angst umzugehen.

3.4 Verbindung mit den Thesen aus den Ratgebern

Auf dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Grundlagen und bereits entwickelter Theorien zu Krankheit und Sterben können die Thesen aus den Ratgebern hinsichtlich einiger relevanter Inhalte für eine angemessene Aufklärung bestätigt und ergänzt werden.

Angemessenheit

Kinder um zehn Jahre können auch schon abstraktere Krankheitserklärungen verstehen und reflektieren; sie sind zum logischen und begrifflichen Denken fähig. Dennoch sollten Informationen mit Hilfe konkreter Anschauungsmöglichkeiten gegeben werden und Zusammenhänge zwischen verschiedenen Informationen hergestellt werden. Noch lernen Kinder, verschiedene Erfahrungen miteinander in Beziehung zu setzen. Dies kann noch nicht vorausgesetzt werden. Die allgemeine kognitive Entwicklung begrenzt die Möglichkeit der Verarbeitung von Informationen und Wahrnehmungen. Es kann sein, dass durch Konfrontation mit der Krankheit Kinder ihrem Alter untypische, existentielle Fragen stellen. Um Überforderung zu vermeiden, sollte immer an schon Bekanntes angesetzt werden.

Sachliche Informationen

Kinder dieses Alters sind wissbegierig, sie stellen viele Fragen und wollen auch von Anfang an wissen, ob Krebs tödlich ist. Sie setzen sich ausgiebig mit Sterben und Tod auseinander. Kinder verlangen nach sachlichen Erklärungen für die Krebskrankheit und damit zusammenhängende Veränderungen ihres Lebens. Sie suchen aktiv in ihrer Umgebung nach Fragen zu Ursache und Wirkung von Geschehnissen. Sind die gegebenen Informationen zu undurchsichtig, werden falsche Schlüsse gezogen. Dinge müssen nicht bis ins kleinste Detail erläutert werden, jedoch sind objektive Sachinformationen, an die die Kinder auch glauben können, für Kinder sehr wichtig. Zu diesen objektiven Informationen gehören die Darstellung von Prozessen im Körper, die Benennung von Organen und die Erläuterung von Körperfunktionen. Da Kinder noch einfache Ursache-Wirkungs-Mechanismen annehmen, generalisieren sie ihr Wissen über eine Krankheitsursache. So denken sie, dass die Krankheit durch z.B. Teetrinken oder warmes Anziehen kuriert werden kann. Deshalb sollte ihnen erklärt werden, wie Krebskrankheiten entstehen und Therapien wirken. Eigenes Wunschdenken spielt in dem Denken über krankheitsbezogene Themen bei Kindern dieser Entwicklungsstufe eine große Rolle. Erklärungen sollten auch wiederholt und nicht bei einmaliger Aussage als vom Kind akzeptiert angenommen werden.

Schuldgefühle

Häufig stecken Kinder eigene Bedürfnisse hinter denen von Vater oder Mutter zurück. Sie wollen kompetent sein und ihr krankes Elternteil nicht zusätzlich belasten. So halten sie sich mit Fragen, Sorgen und Problemen bezüglich der Krankheit zurück. Bleiben Erfahrungen jedoch unerklärlich, greifen Kinder in ihrer Suche nach Erklärung häufig zu früheren, egozentrischen Sichtweisen zurück. Bei der Suche nach Ursachen für Erkrankungen können alle möglichen Dinge und Personen eine Rolle spielen, insbesondere wenn sie zeitnah zu den Symptomen

auftreten. Kinder machen sich Sorgen um den Gesundheitszustand ihrer Eltern und denken, womöglich durch spezielle Gedanken oder Gefühle die Erkrankung verursacht zu haben. Auch wenn Zehnjährige biologische Begründungen verstehen können, muss das nicht heißen, dass sie diese Erklärungen für sich annehmen. Es sollte in fortlaufenden Gesprächen immer wieder verdeutlicht werden, dass Ursache und Verlauf der Krankheit nichts mit den umgebenen Personen zu tun haben. Diese Selbstverschuldungstheorien resultieren zum einen aus ungenügendem Wissen über Krankheitsverursachungen und Übertragung von Krankheiten, andererseits aus dem Streben nach Eigenverantwortung.

Veränderungen

Kinder weiten ihre Erfahrungswelt auf die soziale Umwelt aus und suchen diese zu verstehen. Sie denken intensiv über die Gedanken und Gefühle anderer nach. Das Verhalten der Bezugspersonen wird reflektiert und in die eigene Selbstdefinition integriert. Kinder um zehn Jahre wollen sich beteiligen und beteiligt werden an den Geschehen um sie herum. Sie sollten in Gedanken, Gefühlen aber auch Überlegungen, die die Krankheit betreffen, einbezogen werden, um einem Gefühl der Minderwertigkeit entgegenzuwirken. So fühlen Kinder sich gleichwertig zu den anderen Familienmitgliedern und kompetent in ihrem Wissen und Können. Die Kinder benötigen Struktur und sollten Erklärungen und Erläuterungen bekommen, wann sich warum welche Dinge in ihrem Alltag ändern. Vernünftige Argumente für bestimmte Veränderungen werden aufgrund der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und Konstanz nachvollzogen und akzeptiert.

Tod

Kinder lernen erst, das Sterben und dessen Konsequenzen vollständig zu verstehen. Kindliche Fragen zum Tod werden zur Erleichterung antizipierter Trauerarbeit häufig mit religiösen Vorstellungen verbunden. Diese können Kindern einerseits Hoffnung spenden, andererseits können sie den Rückgriff auf phantastisches Wunschenken unterstützen. Dass der Prozess noch nicht zureichend verstanden wird, begünstigt die Bindung an konkrete Vorstellungen vom Tod. So können bildliche Darstellungen oder Worte als konkrete Vorstellungen ins Todeskonzept integriert werden. Die Auseinandersetzung mit dem Tod ist in jedem Falle ein kognitiv schwer begreifliches und emotional sehr belastendes Thema. Die These, dass Kinder unkomplizierter, unbefangener und besser mit dem Tod umgehen können als Erwachsene, ist daher kritisch zu sehen. Diese Aussage mag für den Tod ‚an sich‘ Gültigkeit besitzen - für den Tod, der nicht die wichtigsten Bezugspersonen betrifft. Erfahren Kinder vom baldigen Sterben von Mutter oder Vater, löst dies tiefe Bestürzung und eine starke, essentielle Bedrohung der eigenen Person aus. Es ist sehr schwierig für Kinder, diese Tatsache gefühlsmäßig anzunehmen.

4. Kapitel

Bücher für Kinder

4.1 Lernen mit Medien

Bücher zählen generell zu den so genannten ‚alten‘, ‚herkömmlichen‘ oder neutraler formuliert zu den ‚traditionellen‘ Medien. In der Klassifikation von Medien unterscheidet Paechter (2007) Informations- von Unterhaltungsmedien. Informationsmedien dienen der Wissensvermittlung und dem Verstehen des Rezipienten, Unterhaltungsangebote zielen weniger auf kognitive als auf emotionale Wirkungen ab. Informationsmedien lassen sich weiterhin in formelle sowie informelle Angebote gliedern. Als formelle Informationsangebote werden didaktisch aufbereitete Lernmedien wie beispielsweise Lehrbücher bezeichnet. Informelle Angebote werden in einem weniger strukturierten Kontext gegeben und die Wissensvermittlung steht weniger stark im Vordergrund (Paechter, 2007).

4.1.1 Einflussfaktoren auf die Medienwirkung

Medien wirken nicht einseitig auf ihren Rezipienten - es wird von einer dynamischen Beziehung ausgegangen. Früh und Schönbach (1982, zit. nach Paechter, 2007, S.350) haben die Beziehung zwischen Medium und Rezipient als eine ‚transaktionale‘ beschrieben. Der Mediennutzer stellt in dieser Transaktion einen wichtigen Einflussfaktor auf die Wirkung von Medienangeboten dar. Sein aktives Medienhandeln ist beispielsweise abhängig vom individuellen Entwicklungsstand, aktueller Situation und Befindlichkeit. Weiterhin werden Bedingungen und innerpsychische Prozesse, so genannte Rezipientenaktivitäten betrachtet. Rezipientenaktivitäten sind kognitive und affektive Prozesse der Nutzer während der Mediennutzung. Während der Rezeption werden den Medieninhalten durch Verstehens-, Interpretations-, und Elaborationsprozessen Bedeutungen zugewiesen (Six, 2008). Kognitive Prozesse können zum Beispiel der Vergleich mit eigenen Erfahrungen oder Phantasietätigkeiten sein, emotionale Aktivitäten beziehen sich auf Gefühle wie Empathie oder Angst. Soziale Prozesse beziehen sich auf Bewertungen, Vergleiche und Urteilsbildung.

4.1.2 Funktionen von Medien

Nach Six (2008, S. 896 f.) lassen sich drei Kategorien von Medienfunktionen unterscheiden: kognitive, emotionale und handlungsbezogene.⁵ Insgesamt gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Mediennutzung mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Lebensthemen. Die Nutzungsmotive und Wirkungen variieren nach Alter sowie nach dem Medium selbst. 22% der Kinder von 6-13 Jahren möchten durch Bücher am liebsten ‚alles um sich rum vergessen‘ oder sie werden gelesen, wenn die Kinder traurig sind. 20% der Jugendlichen von 12-19 Jahren lesen, wenn sie die Sorgen und Probleme des Alltags vergessen möchten oder etwas Spannendes erleben wollen (Six, 2008, S. 897). Insgesamt beobachtet Six es einen positiven Zusammenhang zwischen Mediennutzung mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Lebensthemen. Die konkrete Wirkweise ist dabei abhängig vom Medium selbst, von Kontext und betroffener Person. Wie sind nun Kinderbücher einzuordnen, die eine belastende Situation- hier die elterliche Krankheit thematisieren? Und wie wirken sie möglicherweise?

4.1.2.1 Verortung der Kinderbücher

Kinder sollen mit Hilfe von Kinderbüchern Situationen und Vorgänge des Krebskranken und der Familie nachvollziehen und verstehen können. Aus diesem Grunde ist das Aufklärungsbuch analog zur oben genannten Kategorisierung den Informationsmedien zuzuordnen. Da die zu vermittelnden Inhalte nicht in einem formalen Lernkontext vorgegeben werden und auch Emotionen angesprochen werden, können solche Bücher den informellen Informationsmedien zugeschrieben werden. Kinderbücher sind in Bezug auf die Aufklärung über die elterliche Erkrankung als Bestandteile einer psychoedukativen Maßnahme zu sehen. Unter Psychoedukation fassen Romer und Haagen (2007) alle Unterstützungen, die im Umgang mit krankheitsbedingten Belastungssituationen der Familie Informationen und Wissen vermitteln. Ziel der Psychoedukation ist es, emotionale Störungen zu verhindern, bzw. im Umgang mit dem kritischen Ereignis Kompetenzen zu vermitteln. Krejsa (2004) hat unterschiedliche Schwerpunkte krankheitsbezogener Kinderbücher herausgearbeitet. Sachbücher sind eher wissensbezogen und erklären Körperaufbau, Organe, Vorgänge im Körper und allgemeine Entstehungsmöglichkeiten von Krankheiten. Einer anderen Gruppe von Büchern gehören die Verarbeitungsbücher an. Sie zielen auf eine kindgerechte Darstellung der

⁵ Im Anhang B befindet sich eine tabellarische Auflistung entwicklungspsychologisch bedeutsamer Medienfunktionen nach Six, (2008)

Krankheitsproblematik sowie auf emotionaler Ebene Identifikationsmöglichkeiten mit den agierenden Personen ab.

4.1.2.2 Zielsetzungen der Kinderbücher

In den siebziger Jahren entstand der Stil, Inhalte von Kinderbüchern realistisch zu gestalten, mit Geschichten aus dem Alltag und Erfahrungshorizont der jungen Leser. Ziel wurde es, die Kinder bei der Bewältigung ihrer Wirklichkeit zu unterstützen (Finger, 1998). Seit Ende der achtziger Jahre wurden zahlreiche Kinderbücher verlegt, die das Thema Sterben allgemein oder das Sterben von Tieren, Großeltern oder auch Freunden auf vielfältige Weise in einem breiten Altersklasse-Spektrum behandeln. Schon sehr jungen Kindern werden Bestattungsrituale erläutert und der Tod auf unbefangene, teilweise humoristische Weise näher gebracht. Die Literatur zu ‚Tod eines Elternteils‘ dagegen ist gering, die erschienenen Bücher zum Krebstod eines Elternteils als dessen Untergruppe eher überschau- und unscheinbar. Die wenigsten Schriftsteller äußern sich auf den Umschlagseiten ihres Buches, der Verlagsseite oder ihrer Homepage dazu, was sie mit ihrem Buch bezwecken möchten. Eine Ausnahme bilden Autoren mit fachlichem Hintergrund. Sie möchten explizit eine sachliche Ebene der Krebserkrankung in die Geschichte einflechten. Bücher sollen als Verarbeitungshilfen dienen, die ermöglichen, sich aktiv und bewusst mit der Situation auseinanderzusetzen.

4.1.2.3 Mögliche Funktionen der Kinderbücher

Was sind nun die möglichen Wirkweisen von Büchern über die elterliche Krankheit? Finger (1998) hat Funktionen von Kinderbüchern herausgearbeitet, die hier um einige Aspekte erweitert dargestellt werden. Bücher können Kindern in ihrer Verwirrung auf der Suche nach Erklärungen helfen, indem sie Informationen über die Ursache und den Verlauf der Krankheit, Nebenwirkungen oder bestimmten Begriffen geben. Wenn gebotene Informationen an kognitive Schemata aus dem Vorwissen der Leser ansetzen, kann eine Auseinandersetzung zur Bildung neuer Schemata und mentaler Modelle in Bezug auf den Sachverhalt führen. Durch die Beschreibung von Geschehen können Kinder auf das mögliche Eintreten einer ähnlichen Situation in ihrem Leben vorbereitet werden. Bücher können eine Hilfe bieten, die eigenen Gefühle zu ordnen und ‚empfindbar‘ zu machen durch Benennung von Schmerz, Leid und Trauer. Sie verbinden häufig Informationsvermittlung mit Gefühlen, was für die seelische Verarbeitung einer chronischen Krankheit wichtig ist (Krejsa, 2004). Bücher können Dinge auf eine objektivere Ebene bringen und durch emotionale Erzählungen gleichzeitig dem Leser das Gefühl geben, verstanden zu werden.

Das Kind kann sich in die Rolle, in die Gedanken- und Gefühlswelt der Protagonisten hineinversetzen, das Handeln nachvollziehen und verstehen. So wird ihnen ein erweitertes Repertoire an Denk- und Gefühlsmustern vorgeführt. Durch diese Teilhabe wird es ihm möglich, zum einen eigene Gedanken eher als ‚normal‘ anzunehmen, da ihm gezeigt wird, mit den Problemen nicht allein zu sein. Zum anderen können die eigenen Gefühle gelebt werden. Dies geschieht mit einem gewissen Abstand, der vor zu viel Realität schützt. Das Buch als vermittelndes Medium, so Finger, bewahrt vor dem ganzen, unmittelbaren, realen Schmerz. Es ist den Kindern möglich, in die ‚andere Welt‘ des Buches abzutauchen und sie auch jederzeit eigenmächtig wieder zu verlassen. Die Geschichten der Bücher können Hoffnung vermitteln im Sinne von Wiederherstellung der bekannten Ordnung oder Hoffnung im Sinne von Bewältigung der Probleme. Nicht zuletzt können Bücher auch den Eltern helfen, da sie Kommunikation über Krankheit, Zukunft, Pläne und Hoffnungen initiieren können, wenn sie gemeinsam gelesen werden. Eltern können sich darüber hinaus mit Hilfe von Büchern auch Anregungen und Anleitung zur Gesprächsführung und zu kindlichen Denkweisen und Vorstellungen aneignen.

4.2 Analyse der Kinderbücher

4.2.1 Globalanalyse publizierter Bücher

Mittels Bibliotheken und Internet wurde nach sämtlichen Büchern recherchiert, die im interessierenden Themenkomplex in Deutschland verlegt worden sind. Es wurden 18 Bücher ausfindig gemacht. Diese wurden anhand inhaltlicher Merkmale in zwei Tabellen⁶ erfasst. Diese Tabellen können keine erschöpfende Auflistung aller in deutscher Sprache erschienenen Erzählungen über elterlichen Krebs garantieren. Vier Bände mussten aus der Analyse ausgeschlossen werden⁷. Im Folgenden werden die einzelnen Tabellenspalten in einer orientierenden Globalanalyse erläutert und kommentiert.

Das genannte Erscheinungsjahr bezieht sich auf die Erstpublikation in Deutschland. Zum Teil kommen die Autoren aus anderen Ländern (vor allem den USA: Claire Blake, Ian Bone, Joan Ablove, Brian Fies, Paul Hornschemeier) und ihre Erzählungen wurden erst einige Jahre später ins Deutsche übersetzt. Die gefundenen Bücher erschienen sämtlich zwischen 1989 und 2007, wobei die Tendenz der Veröffentlichungen steigend ist (1992, 1994, 1996, 1997 kein Buch, 1998 zwei Bücher, ab 2004 zwei Bücher jährlich). Neben den Bilderbüchern ‚Wann kommst du wieder, Mama?‘ und ‚Die Papierkette‘ sind zwei weitere Bücher stark durch Bilder geprägt: ‚Mutter hat Krebs‘ und ‚Komm zurück, Mutter‘ sind Erzählungen im Comic-Stil, die

⁶ Im Anhang C befinden sich die Tabellen der 18 Bücher

⁷ Im Anhang D befindet sich die Tabelle der vier ausgeschlossenen Bücher

dem Genre ‚graphic novel‘ zuzuordnen sind. Einige der aufgeführten Bücher haben Auszeichnungen erhalten⁸. Der Patmos-Verlag ist mit religiösen Werten assoziiert; ‚Diametric‘ und ‚health press‘ geben vornehmlich Bücher heraus, die sich auf naturwissenschaftlichem Hintergrund mit gesundheitsbezogenen Themen beschäftigen. ‚Als der Mond vor die Sonne trat‘ und ‚Mein wunderschöner Schutzengel‘ wurden bei Herausgabe von einer Pharmafirma unterstützt. Die Herausgabe von ‚Die Papierkette‘ wurde von Komen Deutschland (Verein für die Heilung von Brustkrebs) gefördert. In wenigen Büchern ist eine religiöse Orientierung klar ersichtlich (z.B. in ‚Warte nicht auf einen Engel‘). Viele Bücher, die das Sterben behandeln, beinhalten als religiös interpretierbare Elemente. Ein Großteil der Autoren hat bereits mehrere Kinder- und Jugendbücher zu verschiedenen Themen verfasst. Als Ausnahme können Claire Blake, Gerhard Trabert und Kerstin Hermelink gesehen werden, die aus ihrer beruflichen Perspektive des professionellen Pädagogen bzw. Psychiaters geschrieben haben und deren Geschichten über Beratungsstellen, Ärzten und Selbsthilfegruppen verbreitet werden. Im Anhang dieser ‚Büchlein‘ befinden sich auch kindgerechte Glossare (Trabert; Blake) bzw. Hinweise zu Beratungsstellen (Trabert; Hermelink). Diese drei Bücher können am ehesten der Schwerpunktsetzung krankheitsbezogener Sachbücher (vgl. 4.1.2.1) zugeordnet werden. Die anderen Bücher haben mit Ausnahme der Bilderbücher und graphic novels einen romanhaften Charakter, indem tiefer auf Emotionen und zwischenmenschliche Beziehungen eingegangen wird.

Die angegebene Altersempfehlung wurde den entsprechenden Verlagsseiten bzw. den Homepages der Autoren entnommen. Sie gibt das jüngste Alter an, für welches das Buch geeignet ist. Zu einigen Büchern konnten keine Altersinformationen ermittelt werden. Hier wurde in Relation zu den anderen Büchern das Alter geschätzt. Die Altersspanne der Zielgruppen erstreckt sich in den gefundenen Büchern von 5-16 Jahren. Für jede Stufe der kindlichen Entwicklung wurden Erzählungen gefunden. Für die präoperationale Stufe wurden vier, für die konkret-operationale sechs und für die Stufe der formalen Denkopoperationen acht Bücher gefunden. Für Zehnjährige erschienen drei Bände.

In der Spalte ‚Familienstruktur‘ ist festgehalten, aus welchen Mitgliedern sich die Familie zusammensetzt, von der in der Geschichte erzählt wird. Kernfamilie meint die traditionelle Vater-Mutter-Kind-Struktur. Die Kinder sind zusätzlich mit Namen und Alter aufgeführt. In 13 der 18 Bücher wird die Geschichte einer Kernfamilie erzählt. Von den fünf

⁸ ‚Wann kommst du wieder, Mama‘ – Focus & Deutschland Radio 05/2007; ‚Ein Baum für Mama‘ - österreichischer Staatspreis für Jugendliteratur 1996; ‚Warte nicht auf einen Engel‘ - katholischer Staatspreis für Jugendbücher 1989; ‚Mutter hat Krebs‘ - Eisner Award 2005

Büchern mit nur einem Elternteil ist die Mutter oder der Vater in drei Fällen bereits gestorben und daher die Kernfamilienstruktur nicht mehr vorhanden. Die restlichen zwei Erzählungen handeln von allein erziehenden Müttern. In sieben Büchern hat die Familie ein Kind, in acht Büchern sind es zwei, in drei Büchern drei bzw. vier Kinder.

Die Hauptpersonen der aufgeführten Bücher sind in zehn Erzählungen Mädchen. In vier Büchern sind die Hauptpersonen Jungen, in weiteren vier Büchern sind es beide Kinder oder keines von beiden. In der Tabelle wurde bei mehreren Kindern die Hauptperson durch Unterstreichen des Namens gekennzeichnet. Der Geschlechterunterschied zwischen der Verteilung von Mädchen und Jungen als Hauptperson mag daher rühren, dass auch 14 von 19 Autoren weiblich sind. In der Hälfte der acht Erzählungen mit zwei Kindern ist das ältere Kind die Hauptperson. Einmal ist es das jüngere Kind, in drei Fällen beide.

In der Spalte Hauptbeziehung wird genannt, mit welchen Personen sich der Protagonist des Buches in Bezug auf die Krankheitsproblematik am intensivsten auseinandersetzt. Sie zeigt an, welche Personen zu Rate gezogen werden und das Kind unterstützen. Bücher mit der Altersempfehlung 5 Jahre sind textlich kompakt und kurz gehalten sowie stark bebildert. Aus diesem Grunde wird auch kaum auf familiäre Verhältnisse Bezug genommen und daher die Nennung einer Hauptbeziehung in der Tabelle unterlassen. In den meisten Büchern werden mehrer Beziehungen geschildert; in der Tabelle werden die prägnantesten aufgeführt. Bei Gleichgewicht werden mehrere genannt. Die Hauptbezugsperson ist in den Büchern unterschiedlich verteilt. In fünf Fällen ist es eine Freundin oder ein Freund aus der Schule oder Nachbarschaft. In jeweils zwei Fällen ist es die Mutter oder das Geschwisterteil. In Einzelfällen bestehen die Bezugspersonen aus erwachsenen Freunden oder Nachbarn der Familie, einem Lehrer oder dem ‚imaginärem Freund‘- einer Phantasie des Kindes. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst spielt in den meisten Büchern eine Rolle; in Erzählungen, in denen die eigenen Gefühle und Gedanken stark vordergründig sind, wurde dies durch den Vermerk ‚Selbst‘ in der Tabelle vermerkt. Die Kinder haben dann häufig keine Menschen, mit denen sie ihre Sorgen besprechen können. Sie versuchen, ihre Probleme allein zu bewältigen. Dies trifft vor allem auf Bücher mit älteren Kindern zu.

Im Erzählstil wird überwiegend die Ich-Perspektive gewählt. Dieser Stil ermöglicht dem Leser durch die durchgehend subjektive Schilderung der Ereignisse im besonderen Maße, Gedanken und Gefühle der Hauptperson nachzuvollziehen. In einem der elf in der Ich-Form erzählten Geschichten (‚Hechtsommer‘) ist der Erzähler nicht mit der Hauptperson des Buches identisch. Zwei Bücher sind in Tagebuchform verfasst.

Auffällig ist, dass fast alle Bücher von der Krebserkrankung der Mutter handeln: Lediglich zwei Geschichten erzählen von der väterlichen Krebserkrankung. Dieses Ungleichgewicht mag wiederum mit der Autorinnenüberzahl zusammenhängen. Darüber hinaus ist denkbar, dass die Schriftsteller hier den Mutterverlust als Grundangst des Menschen, als tief greifendes, stark emotionsbehaftetes und symbolträchtigeres Schicksal literarisch ansprechend ansehen. Die Krebsart ist in elf Büchern spezifiziert, in sieben Büchern wird sie nicht genannt. Bücher, in denen die Krebsart nicht konkretisiert wird, sind mit einer Ausnahme sämtlich für Kinder bis zehn Jahren geschrieben. Ob die Krebsart genannt wird oder nicht, hängt nicht unbedingt mit dem Umfang zusammen, in dem über die Krankheit gesprochen wird. In manchen Büchern, in denen sie spezifiziert wird, ist die Kommunikation darüber geringer als in unspezifizierten (Bsp.: ‚Warte nicht auf einen Engel‘ vs. ‚Wann kommst du wieder, Mama?’). Von den genannten Krebsarten bildet Brustkrebs mit sechs der Bücher relativ die Häufigste. An Leukämie und Lungenkrebs sind zwei Eltern erkrankt, von einem Gehirntumor ist eine Mutter betroffen. Auch in der Realität stellt Brustkrebs die häufigste Krebsart der Frau dar.

Die Tabellenspalte ‚erzählte Zeit‘ beschreibt den Zeitraum, über den sich die Geschichte erstreckt. Die erzählte Zeit ist nicht immer exakt zu ermitteln, sondern in vielen Fällen der Beschreibung der Jahreszeiten oder Feiertage entnommen. Zusätzlich wird in der Tabelle die erzählte Zeit relativ zur Erkrankung aufgeführt. Die Phaseneinteilung folgt dabei den Stadieneinteilungen nach Weisman, Kübler-Ross und Pattison (Munnichs, 1984). ‚Diagnose‘ meint dabei den Zeitraum, in dem das Kind über die Diagnose informiert wurde. In dieser Phase bemerkt das Kind Veränderungen und bekommt schließlich den Grund gesagt. ‚Chronische Krankheit‘ ist der Zeitraum der Dauerkrankheit. Der Krebs wird behandelt und kommt wieder, Hoffnung und Akzeptanz wechseln sich ab, dies wird als Stadium des ‚middle knowledge‘, der unsicheren Sicherheit (Munnichs, 1984, S.281) bezeichnet. In der ‚terminalen Phase‘ kommt es zum steten körperlichen Verfall und es wird die Unausweichlichkeit des baldigen Sterbens zuerst vom Elternteil, dann auch vom Kind begriffen. Neun Geschichten setzen mit der Phase der Diagnosestellung oder etwas früher ein. Jeweils drei Erzählungen setzen zur chronischen oder terminalen Phase ein, bzw. beginnen mit der erzählten Zeit erst nach dem Tode des Elternteils. Die häufigste erzählte Zeitspanne beläuft sich auf ungefähr ein erzähltes Jahr (fünf Bücher). Acht Bücher erzählen 5-10 Monate, drei Bücher drei Monate und weniger. Zwei Bücher erzählen zwei Jahre oder einen längeren Zeitraum.

Sechs Bücher, vor allem die für jüngere Leser, enden mit der Heilung von Vater oder Mutter bzw. mit der Hoffnung auf Heilung. Die restlichen zwölf Bücher behandeln neben der Krankheit auch den Tod als ein zentrales Thema. Werden diese zwölf Bücher nochmals

unterteilt, beschreiben acht über den Krankheitsverlauf und das Sterben hinaus die Zeit der Trauerarbeit. Drei Erzählungen enden mit dem Sterben des Elternteils. In einer Erzählung (,Komm zurück, Mutter') stirbt auch noch das andere Elternteil. Fünf Geschichten werden aus einer Rückschau heraus erzählt und setzen erst ein, als das Elternteil bereits verstorben ist. Dies zeigt, dass das Sterben in Büchern über die elterliche Krebserkrankung eine zentrale Rolle spielt. Die meisten Bücher enden mit einem in die Zukunft gerichteten Abschluss. Es wird auf Heilung gehofft; auf einen Neuanfang, eine neue Familie, neue Freunde, dem Rückgang des Schmerzes und Bewältigung der Trauer. Die Fälle, in denen die Hoffnung auf Heilung das Buch beendet, sind mit einer Ausnahme alle für Kinder, die sieben Jahre oder jünger sind. Nur ein Buch für jüngere Kinder (,Auf Wiedersehen, Papa') handelt vom Sterben.

Zentral in allen Erzählungen sind die Veränderungen, die Sorgen und Gedanken, die Kinder in Bezug auf die elterliche Krebserkrankung beschäftigen. Die Erlebenswelten und die kognitiven und emotionalen Reaktionen der Kinder werden in realistischer Weise dem Entwicklungsstand angemessen dargestellt. Der drohenden Verlustangst wird in Büchern für jüngere Leser meist durch aktives Handeln des Kindes begegnet. In Erzählungen für ältere Kinder wird häufig ein Rückzugsverhalten des Heranwachsenden nachgezeichnet. Besondere Problematiken des entsprechenden Entwicklungsalters werden mit der Thematik verbunden. Die Probleme äußern sich zumeist internal und vorübergehend. In zwei Fällen gehen die Schmerz,- Wut,- und Trauerreaktionen über ein von der Umwelt akzeptiertes Maß hinaus. In diesen zwei Büchern (,Jakob hinter der blauen Tür'; ,Solange die Zikaden schlafen') entwickeln die Kinder Verhaltensauffälligkeiten und zeigen Aggressivität.

Die Diagnoseübermittlung und Krankheitsaufklärung geschieht in den Erzählungen meist nicht in einem dialogischen, transparenten Prozess. Es fällt den Familien im Buch wie in der Realität schwer, über krankheitsbezogene Themen zu sprechen und so wird wenig Offenheit gezeigt und auch wenig Wissen vermittelt. Die Kinder der Betroffenen bleiben häufig mit ihren Ängsten allein. Zumeist geht die Initiative, über die Krankheit und Veränderungen zu sprechen, von den Kindern aus. Bewusste, sachliche Erklärungen und Kommunikation spielen in den wenigsten Büchern eine bemerkenswerte Rolle. Neben den drei Experten-Büchern ist dies noch bei dem Bilderbuch ,Wann kommst du wieder, Mama?' sowie der graphic novel ,Mutter hat Krebs' der Fall. Weniger die Qualität der gegebenen Informationen könnte hier Tendenzen von Schuldgefühlen entgegen wirken, als vielmehr die Demonstration, dass andere Kinder auch ähnliche Gedanken und Gefühle haben.

Der These einer frühzeitigen Information und Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit dem Sterben entspricht ein Großteil der Erzählungen. Erklärungen zum Tod und den damit

verbundenen Ritualen werden ausführlich gegeben. Häufig besitzen diese Erklärungen einen religiösen Charakter. Auch werden die Krebskrankheiten mit wenigen Ausnahmen dem Mythos entsprechend als bedrohlich, gemein und hinterhältig nachgezeichnet.

Die Intention der Geschichten könnte darin liegen, dem Kind als Leser der Bücher eine Figur an die Seite zu stellen, die ähnliche Gedanken, Gefühle und Probleme hat wie es selbst. Das Thema Sterben ist bei der Schilderung der Erlebenswelt ein zentraler Aspekt, sodass vermutet werden kann, dass ein Großteil der Bücher mit dem Ziel der Trauervorbereitung bzw. Hilfe zur Trauerarbeit verfasst worden ist.

Zur näheren Analyse wurde ein Buch gewählt, welches nach der Kategorisierung in der Tabelle als ein ‚typischer‘ Vertreter der 18 gefundenen Bücher gesehen werden kann: ‚Ein Baum für Mama‘ von Sophie Brandes ist Mitte der neunziger Jahre zum ersten Mal erschienen und wurde für Kinder ab zehn Jahren geschrieben. Es handelt von einer Kernfamilie mit zwei Kindern, wobei das ältere, ein Mädchen, die Hauptperson verkörpert. Betroffenes Elternteil ist die Mutter, ihre Erkrankung wird nicht spezifiziert. Der Leser begleitet die Familie ungefähr ein Jahr, bis die Erzählung mit dem Tod der Mutter endet. Hinsichtlich der enthaltenen Informationen kann dieses Buch relativ zu den anderen als ergiebiger gesehen werden.

4.2.2 Analyse „Ein Baum für Mama“

Die hier qualitativ zu untersuchende Fragestellung bezieht sich auf die gegebenen Informationen für eine kognitive Orientierung des Kindes. Die Vorgehensweise ist dabei einerseits induktiv, indem einleitend Inhalt und leitende Motive der Erzählung aufgeführt sowie Auffälligkeiten auf Text- und Deutungsebene beschrieben werden. Die Ausführungen werden mit Textbeispielen aus dem Buch, die in kursiver Schrift in den Unterabschnitt eingefügt sind, ergänzt. Deduktiv wird geprüft, ob die gegebenen Informationen den Forderungen der Ratgeber entsprechen. Die Informationen werden auf die vorgegebenen Kategorien bzw. Thesen der Ratgeber angewandt. In einer Zusammenfassung wird über die möglichen Rezeptionswirkungen bei jungen Lesern nachgedacht.

4.2.2.1 Inhalt und Motive des Buches

Sophie Brandes Erzählung handelt von der zehnjährigen Kathrin, die mit ihrem sechsjährigen Bruder Till und ihrem Vater die Anfänge und den sich schnell und stetig verschlechternden Verlauf der Krebserkrankung ihrer Mutter miterlebt. Die Handlung setzt am Vorabend des bevorstehenden, ersten einwöchigen Krankenhausaufenthaltes zur Operation der Mutter ein. Die Geschichte hält sich eng an die Krankheitsstadien der Mutter, sie geben den Rahmen für das gesamte Geschehen im Buch vor. Ort der Handlung ist bis auf wenige Ausnahmen, wie

Krankenhausbesuch oder einer Fahrradtour, das Haus der Familie. Es werden etwa elf Monate der Familiengeschichte mit Operation, Krankenhausbesuch, Bestrahlung, Strahlenschäden und Chemotherapie erzählt. Dabei werden die physischen und psychischen Veränderungen der Mutter, wie ihre dunkle Augen, Schlappeit, Blässe, ihre Müdigkeit, Traurigkeit und ihr Weinen teils geschildert, teils am Rande erwähnt. Es treten im Laufe der Geschichte immer neue Symptome wie Husten, Armschwellungen, Appetitlosigkeit, Haarausfall, Gewichtsverlust, und schließlich der Verlust über die Kontrolle ihrer Beine hinzu. Die Geschichte endet am Abend des Todes der Mutter zu Hause.

Die vorwiegende Bezugsperson für Kathrin ist neben ihrer Mutter die Nachbarsfrau Annette, welche ihre Fragen beantwortet, Ablenkung verschafft und eine Rückzugsmöglichkeit für das Kind bietet. Andere auftretende Personen sind ein Pastor, die Schwester der Mutter sowie eine angestellte Frau, die der Familie im Haushalt hilft. Die Geschichte legt starkes Gewicht auf die innere Handlung - die Gedanken und Gefühle der Hauptfigur Kathrin. Es wird eine subjektiv-psychologische Perspektive auf die Ängste, Sorgen und Probleme des Mädchens gegeben. Die geschilderten Gedanken beziehen sich fast ausnahmslos auf Dinge, die mit der Krankheit zusammenhängen. Die Textfunktion insgesamt ist expressiv. Die persönliche Erzählperspektive, aus der die Beobachtungen Kathrins geschildert werden, rückt das Handeln und Fühlen der Hauptfigur zusätzlich in den Vordergrund.

Kathrins Denken ist sozial orientiert, sie will vernünftig sein, möchte Dinge leisten und fühlt sich verantwortlich, zu helfen und zu unterstützen. Der Erzähler verdeutlicht in Kathrins Gedanken ihre Empathiefähigkeit und Sensibilität für die Gesichtsausdrücke, Stimmungen, und Gefühle ihrer Mitmenschen. Kathrin stellt zahlreiche Fragen zur Prognose der Krankheit, zu Sterben und Tod. In vielen Situationen zweifelt sie die Erklärungen der Erwachsenen an und ist hin- und her gerissen zwischen Annahme der Hoffnungen, Beschwichtigungen und Ausflüchte der Erwachsenen sowie Suche nach der Wahrheit und Akzeptanz der Realität. (Bsp. S.79, Kathrin denkt nach): *Längst nicht alles, was Erwachsene einem so erzählten, stimmte tatsächlich. Der Nikolaus, das Christkind, der Osterhase – wen gab's denn wirklich? Und jetzt diese Engel? Wie sah so ein Engel denn aus? War er groß und erwachsen oder eher klein wie ein Kind? Was stimmte, und was war erfunden? Sagte Tante Helmi die Wahrheit, wenn sie erklärte: „Mama ist sehr krank, ihr müsst deshalb besonders lieb sein“, oder Mama, wenn sie sagte: „Ich bin schon beinahe wieder gesund?“*

Hauptmotiv innerhalb der Gedanken und Gefühlswelt Kathrins ist die Frage, wie sie ihrer Mutter helfen kann und welche Mittel es geben könnte, den Krebs zu heilen. Kathrin versucht durch bestimmte Handlungen und Gedanken, durch Nahrungsmittel und Geschenke,

den Krankheitsverlauf der Mutter zu beeinflussen. Fortlaufend sucht sie nach dem Schuldigen für die Erkrankung; mal ist es sie selbst, mal Personen der Umgebung. Daran wird das in Kathrins Subjektivität rationale, objektiv gesehen jedoch irrationale und emotionale Handeln veranschaulicht. In dem aktiven Handeln zeigt sich Kathrins Strategie, mit der mütterlichen Erkrankung umzugehen

4.2.2.2 Besonderheiten der Erzählung

Eine Besonderheit an Brandes Erzählung ist, dass parallel zu der Haupthandlung, in der Kathrin versucht, ihre Mutter zu heilen, sich ein zweiter Handlungsstrang zieht: Kathrin liest ein Buch, in dem sie den vier Hauptcharakteren im Verlauf immer mehr Ähnlichkeit zu ihrer Familie zuschreibt. Kathrin sucht Zuflucht in dieser Erzählung, vergleicht ihr Schicksal mit dem des Mädchens in der Geschichte und fühlt sich zunehmend mit ihm verbunden. Daraus zieht Kathrin ihre Kraft, um weiter gegen die Krankheit ihrer Mutter anzukämpfen. Dabei vermischt sie immer mehr ihre Realität mit der Geschichte im Buch. Die Erzählmotive Realität vs. Wunsch, und Wahrheit vs. Lüge werden daran verdeutlicht.

Auffällig am Buch ist die Vielzahl an Symboliken, an denen Leben und Sterben im Allgemeinen, aber auch die stetige Hoffnung und das langsame Sterben der Mutter versinnbildlicht werden. Dabei ist das Symbol des Baumes am vordergründigsten⁹. Die Sinnbilder verstärken den Eindruck des Buches, dass von Beginn an nur wenige Chancen auf Heilung der Mutter, welche zu keiner Zeit krebsfrei ist, existieren.

Die Dramaturgie des Gesamtaufbaus hält sich eng an dem parallelen Handlungsstrang und an den Symboliken. Diese abstrakten Elemente nehmen in vielen Fällen reale Geschehnisse der Geschichte vorweg: die große Standuhr gerät aus dem Takt: die Mutter hat den Krebs durch eine Operation nicht überwinden können. Die Standuhr bleibt stehen: die Chemotherapie der Mutter zeigt nicht ihre gewünschte Wirkung, sie verliert ihren Appetit und Lebensmut. Diese abergläubisch anmutenden Geschehnisse werden vom Autor in deutlicher Weise mit der Haupthandlung verknüpft. Es entsteht der Eindruck einer ‚Vorbestimmung‘ des Krankheitsverlaufes. (Bsp. S.106, gemeinsames Abendessen der Familie): *Einmal, kurz vor Acht, knackte es ungewöhnlich lange in der Uhr. Eigentlich hätte darauf der Stundenschlag folgen müssen, aber der kam nicht. Die Uhr hatte sich's anders überlegt. Mama sah erschreckt von ihrem Teller auf und dann von einem zum andern. „Ja, merkt denn hier keiner was? Jetzt ist die Uhr auch noch kaputt!“ Kathrin dämmerte, was ihre Mutter damit meinte, und ihr war unheimlich zumute.* Oder etwas später im Text (Bsp. S. 156): *Zwar stand schon seit längerem*

⁹ Im Anhang E werden alle Textstellen mit den Baum-Symboliken aufgeführt

die schwarze, alte Standuhr wieder an ihrem Platz, und Papa hatte ziemlich viel Geld für ihre Reparatur ausgegeben. Doch die verflixte Uhr hatte nur einen einzigen Tag richtig geschlagen, danach war alles wieder wie vorher: Zur vollen Stunde schlug die Uhr zwar, jedoch nur drei- oder viermal, mehr nicht. Papa ärgerte sich darüber, und Mama sagte irgendwann, dass die Uhr ihre Krankheit spüre und deshalb nicht richtig schlagen wolle. Papa hatte versucht, ihr das auszureden. Es läge nur an dem Uhrmacher, hatte er gemeint, aber Kathrin dachte darüber nach, ob Mama vielleicht doch Recht hatte, und irgendwie wurde ihr die Uhr unheimlich.

Der Erzähler schildert fortlaufend die Gefühle der Hauptfigur. Teilweise beinhaltet dies fast suggestive Rhetorik. So ist das Wort „unheimlich“ in dem Buch ein starker Begriff. Es wird auffällig häufig genutzt, so beispielsweise in den Wendungen: *„ihr wird unheimlich zumute“*, *„unheimliche Therapie“* oder *„unheimliche Stille“*. Das Buch erweckt durch den steten, schnellen Abbauprozess der Mutter sowie den verwendeten stilistischen Mitteln den Eindruck, als wolle es vermitteln, die Krebskrankheit als gegeben im Lebenszyklus anzunehmen und das Hoffnung auch aus anderen Dingen als der Hoffnung auf Heilung gewonnen werden könne.

4.2.2.3 Vergleiche mit den Thesen aus den Ratgebern

Offenheit

Die Mutter geht einerseits offen mit ihren Gefühlen um, denn an mehreren Stellen weint sie vor den Kindern und verbalisiert ihre Sorgen (Bsp. S. 65): *„Ich habe so eine Angst vor einer neuen Operation, Kleines! Vor der Narkose! Man fühlt sich so hilflos. So ohnmächtig. Vielleicht muss ich auch eine Chemotherapie machen“*. Auf Nachfrage der Kinder informiert die Mutter sie über ihre Krankheit und antwortet auf alle ihre Fragen. Am liebsten würde sie ihre Kinder jedoch vor allen Belastungen fernhalten: Kathrin (Bsp. S.64): *„Und gestern? Weswegen hast du so geweint?“* *Mama blickte ganz erschrocken. „Das hast du gehört? Ich dachte, ihr schlaft fest. Ihr sollt ja auch nicht alles wissen, was wir für Sorgen haben.“* *„Ich will’s aber wissen“*, sagte Kathrin mit Bestimmtheit. Fordert Kathrin auch stellenweise eine offene Kommunikation, so bleibt diese einseitig. Seitens der Eltern wird nicht nach den Gedanken und Gefühlen der Kinder gefragt oder versichert, dass die Kinder mit ihren Sorgen zu den Eltern kommen können. Auch wird nach einem Gespräch nicht nachgefragt, ob alles verstanden wurde. Die Kommunikation innerhalb der Familie findet fast ausschließlich zwischen Kathrin und ihrer Mutter statt.

Angemessenheit

Gegebene Sachinformationen in diesem Buch entsprechen der Wahrheit und dem Entwicklungsstand des Kindes. Die Denkweise und Motivation der Hauptperson stimmen mit den Charakteristika von Kindern in der Entwicklungsstufe der konkreten Operationen überein.

Informationen zum Krankheitsstand und zum Sterben allgemein entsprechen dem Glauben der Familie. Die Informationen können aber nicht als angemessen befunden werden. Informationen bleiben ohne direkten Körperbezug, Anschaulichkeit oder Vergleichen. Zugehörige Informationen zum Prozess, zu Therapie, Kontrolluntersuchungen, oder medizinischen Geräten werden kaum gegeben. Die verkürzte und ohne Verknüpfung zu schon Bekanntem gegebene Darstellung macht eine Adaptation durch vorwiegend akkomodative Prozesse schwer möglich. Die Informationen werden vom Kind in seinem Bedürfnis nach Deutung durch die eigene Fantasie in veränderter, verfälschter Form assimiliert. Oder Informationen führen zu Missverständnissen. So ist Kathrin erleichtert, als die Mutter berichtet, sie müsse nun alle drei Wochen für zwei Tage ins Krankenhaus gehen. Für Kathrin bedeutet dies, dass ihre Mutter nicht mehr operiert werden muss und außer an zwei Tagen immer zu Hause für sie da ist (vgl. S.82). An anderer Stelle erklärt Kathrin ihrem Bruder, dass ein Strahlenschaden etwas mit einer Röntgenabteilung zu tun hat (vgl. S.59). Später im Buch (vgl. S.75) gibt Kathrin die Erklärung ab, dass die Mutter sich einen Sonnenbrand zugezogen hätte. Das vermeintliche Verständnis, dass Kathrin über die Erkrankung haben sollte, wird von der Mutter überschätzt (Bsp. S.81): *„Kathrin weiß alles, über meine Krankheit gibt es keine Geheimnisse, nicht wahr, Kleines?“*

Sachliche Informationen

Sachliche Informationen werden das Buch hindurch in die Geschichte eingebunden gegeben. In chronologischer Reihenfolge werden die Themen Operation, Befund, Krebs, Röntgenstrahlen, Seele/Sterben/Auferstehung, und Chemotherapie behandelt¹⁰. Alle Begriffe außer ‚Seele‘ und ‚Krebs‘ werden an einer Stelle im Buch kurz angesprochen und so wiedergegeben, dass viel Raum für Interpretationen bleibt. Die Informationen zu den Begriffen werden sehr allgemein und häufig nebenbei gegeben, beispielsweise durch das Nennen von körperlichen Veränderungen der Mutter. Das Wort Krebs wird im Buch etwa fünf Mal verwendet. Die Krebsart wird nicht spezifiziert, jedoch ist nach Schilderung eine Brustkrebserkrankung wahrscheinlich. Krebs wird als *„kleiner Knoten an einer Stelle, wo er nicht hingehört“* beschrieben und als *„Krankheit, die zwar jetzt behandelt wird, die aber wiederkommen kann“*. Auf Nachfrage, ob die Mutter denn nun wieder ganz gesund sei, bekommt Kathrin jedes Mal die Antwort, *„Ja, jetzt schon“* oder *„Ja, aber in zwei Wochen muss ich wieder zur Kontrolle“*. Nach den Erklärungen, die durch die Mutter oder die Nachbarin gegeben werden, werden vom Erzähler häufig die Interpretationen und Assoziationen des Kindes angefügt. So denkt Kathrin zu Krebs (Bsp. S.26): *„Ein Tiername und gleichzeitig ein Name für eine Krankheit. Es musste eine gefährliche Krankheit sein. In ihrem Kopf versuchte sich ein großer, schwarzer Krebs mit*

¹⁰ Im Anhang F werden Textnachweise zu allen im Buch behandelten Sachinformationen aufgeführt.

hässlichen Beißzangen breitzumachen und mit engstehenden, bösen Augen“. Röntgenstrahlen, zu denen die Mutter nur erwähnt, *„(sie) sind sehr stark und dürfen nur auf die kranke Stelle treffen*“, verbindet das Mädchen mit Sonnenstrahlen, den späteren Röntgenshaden mit einem Sonnenbrand. Der Schwerpunkt der Informationsgabe wird weniger auf Begrifflichkeiten, die Krankheit und Krebs thematisieren gelegt, als vielmehr auf religiöse Fragen zum Sterben und was danach kommt.

Schuldgefühle

Hinsichtlich Ätiologie der Krebserkrankung wird keine Aussage gemacht. So interpretiert das Kind die Erkrankung durchgehend als entweder selbstverschuldet oder durch andere Personen des Umfelds verursacht. Mit viel Anstrengung versucht Kathrin, den Prozess der Krankheit zu beeinflussen. Sie wird nicht darüber aufgeklärt, dass dies nicht möglich ist und so bleibt das Mädchen mit diesen Sorgen allein. Hier fehlen explizite, von Schuldgefühlen entlastende Informationen.

Veränderungen

Veränderungen der Mutter, Veränderungen im Familienalltag und Alltag des Kindes werden im Buch glaubwürdig geschildert und sinnvoll miteinander verknüpft. Dies bezieht sich beispielsweise auf räumliche Veränderungen im Haus, Veränderungen in der Rollenverteilung, Freizeitbeschäftigungen, Urlaubsplanung, Unterstützung von Außen oder die Vernachlässigung der Kinder durch die Mehrbelastung der Eltern.

Tod

Die Kinder werden in der Erzählung explizit nicht frühzeitig über den bevorstehenden Tod ihrer Mutter informiert. Implizit werden von Beginn an Andeutungen durch Symboliken und das stetige Thematisieren der Seele gemacht. Die Motive ‚Hoffnung‘, ‚Glauben‘ und ‚Wünsche‘ sind die Geschichte hindurch sehr stark. Die Mutter gibt immer wieder neue Versprechen, ab wann alles wieder so sein wird wie früher. Auch die anderen Erwachsenen, Vater, Tante und Nachbarin, wollen die Ernsthaftigkeit der Krebserkrankung nicht wahr haben und klammern sich bis zum Schluss an den Wunsch, die Mutter möge doch genesen. Insgeheim wissen alle Beteiligten um den Ernst der Lage, doch bis zum Schluss wird dies nicht angesprochen. Fragen zum Sterbevorgang und dem Geschehen danach werden mit dem Konzept der Auferstehung beantwortet. Nur der Körper stirbt und wird begraben, die Seele hingegen lebt weiter. Fast am Schluss des Buches stellt Kathrin ihrem Vater eine Frage, über die sie schon lange nachgedacht hat (Bsp. S.171): *„Glaubst du das Mama stirbt?“* und ihr Vater antwortet mehrdeutig: *„Ich bete jeden Abend, Kleines, dass das nicht passiert, ich bete auch am Morgen. Es ist das einzige, was*

man noch tun kann. Du musst es auch tun!“ Am Tag darauf sagt er seiner Tochter am Telefon, dass er glaube, die Mutter stirbt. Über den Tod wird in der Erzählung nichts weiter gesagt. Die letzte Beschreibung, die über die Mutter gegeben wird, lautet (S. 178): *„Hell und ruhig sah ihr Gesicht im Schlaf aus, sie lächelte sogar etwas, wie schon lange nicht mehr.“* Das Bild vom Sterben kommt dem einer Erlösung nahe.

4.2.2.4 Zusammenfassung und Annahmen

Die Lektüre bietet eine eindrückliche und sehr persönliche Teilhabe an der Gedanken- und Gefühlswelt des Mädchens. Eine Perspektivenübernahme für den Leser ist durch den offenen, subjektiven Blick auf die Psyche der Hauptfigur gut möglich. Gedanken, Gefühle, Sorgen und Ängste entsprechen jenen, unter denen Kinder dieser Entwicklungsstufe häufig leiden. Kathrin glaubt zwar an das, was die Erwachsenen ihr sagen, doch zunehmend zweifelt sie auch an deren Aussagen, ist kritisch und misstrauisch. So fühlt sie sich belogen und betrogen von den Erwachsenen, als sie merkt, dass deren Worte oft der Verschleierung oder Beschwichtigung dienen. Einerseits will sie Trost spenden, stark sein und vernünftig, andererseits fühlt sie sich in dieser Position auch oft überfordert und denkt dann: ‚Ich bin doch noch ein Kind‘.

Auch prägen soziale Vergleiche, sei es mit Klassenkameraden oder der Hauptperson in ihrem Buch, Kathrins Handeln. Sie sucht Bezugspersonen außerhalb des engen Familienkreises und findet in der Nachbarin Annette eine Vertrauensperson. Kathrin vergleicht Vergangenes mit dem Gegenwärtigen und macht sich Gedanken über die Zukunft. Dabei sind ihre Gedanken stark durch ihre rege Fantasie beeinflusst. Es werden Gedanken und Gefühle angesprochen, die als moralisch inkorrekt angesehen werden: Kathrin ist wütend auf Kinder mit gesunden Müttern; wütend auf beschwichtigende Erwachsene; sie hat Angst, mit ihrer Mutter alleine zu sein. Ein Aussprechen solcher Gedanken ist vor Schamgefühl oft nicht möglich. Das diese Wut- und Angstgefühle typisch sind für Kinder in solch einer Situation, kann durch die Lektüreerfahrung den Kindern verdeutlicht werden. Dies mag Schuldgefühle mindern können. Weiterhin könnte die Hauptfigur in ihrem Verhalten, viele Fragen zu stellen, eine Modelfunktion für die Leser besitzen. Im Buch wird immer wieder dargestellt, dass das Kind sich frühzeitig und intensiv mit bestimmten Fragen und Worten, die es aufschnappt, beschäftigt und lange Zeit und quälende Gedanken vergehen, bis es die Fragen ausspricht. Traut Kathrin sich, die Fragen zu äußern, bekommt sie in den meisten Fällen auch eine positive Antwort, die es in ihren Sorgen beruhigt. Dies könnte Leser motivieren, ebenso zurückgehaltene Fragen auszusprechen.

5. Kapitel

Empirische Überprüfung

5.1 Forschungshypothese und analytische Definitionen

Die aus den Vorüberlegungen resultierende allgemeine Vermutung über den Zusammenhang zwischen dem Lesen eines Kinderbuches und der Informiertheit von Kindern lässt sich durch eine Veränderungshypothese formulieren:

Das Lesen eines Kinderbuches über Krebs verbessert die kognitive Orientierung von Kindern krebskranker Eltern.

Um die Aussage der Forschungshypothese in einem späteren Schritt empirisch prüfbar zu machen, wird die Bedeutung der verwendeten Begriffe erläutert. Der Begriff Kinderbuch meint bebilderte Geschichten und romanähnliche Erzählungen über Familien, die für Kinder bzw. Jugendliche geschrieben und verlegt wurden. Den inhaltlichen Kernpunkt der Geschichte bildet die Krebserkrankung eines Elternteils. Die Mehrheit der geschilderten Ereignisse und Gedanken hängen direkt oder indirekt mit der Erkrankung zusammen. Die Krankheit, Symptome und/ oder der Krankheitsverlauf bestimmen in unterschiedlichem Maße Einleitung, Hauptteil und Schluss der Erzählung. Es muss nicht die konkrete Diagnose spezifiziert werden, jedoch klar aus dem Text hervorgehen, dass es sich um eine Krebserkrankung handelt. Dabei ist es unerheblich, zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung die Geschichte einsetzt.

Mit Lesen ist die eingehende Beschäftigung mit Auszügen oder dem kompletten Kinderbuch in der Qualität gemeint, als das das Kind die handelnden Personen kennen gelernt, sowie die Haupterzählstränge erfasst hat. Wie viel und wie oft gelesen wurde, ist sekundär.

Kognitive Orientierung umfasst zwei Dimensionen von Merkmalen. Sie beschreibt das Wie und das Was der Informationen über die Krebserkrankung. Dieses komplexe Kriterium beinhaltet, wie Informationen ausgetauscht werden und welche Informationen vermittelt werden. Die Merkmale können mit den Indikatoren ‚familiäre Kommunikation‘ und ‚Informiertheit‘ erfasst werden, welche wiederum zu operationalisieren sind. Eine Verbesserung der kognitiven Orientierung meint eine offenerere Kommunikation sowie einen Zuwachs an Informationen.

Jeglicher Informationsaustausch, also alle Gespräche, Interaktionen und Verständigungen innerhalb der Kernfamilie, werden als Kommunikation verstanden. Offene Kommunikation bezeichnet die Bereitschaft, innerhalb der Familie Informationen zu geben,

Dinge anzusprechen, Fragen zu stellen, transparent zu agieren und Probleme gemeinsam zu lösen. Der Umgang miteinander ist durch einen Informationsaustausch geprägt, der sich auf die Eltern untereinander, Geschwister untereinander sowie die Eltern-Kinder Interaktionen bezieht.

Krankheitsbezogene Informationen sind Auskünfte, die sich auf alle mit einer Krebserkrankung verbundenen Tatsachen beziehen. Dazu zählen Informationen zur Art der Erkrankung, Ursache, Symptomen, mögliche Übertragung und Verlauf, sowie Informationen zur Behandlung, Wirkungen und körperlichen Veränderungen. Zuwachs meint eine qualitative oder quantitative positive Veränderung des kindlichen Krankheitswissens und des allgemeinen Verständnisses über Krankheit und Krebs innerhalb eines Zeitraumes. Von einer Zunahme an Informationen ist zu sprechen, wenn schon vorhandene Konstrukte und Theorien detaillierter und tiefer verstanden werden können, sie von mystischen, naiven und animistischen Theorien hin zu biologisch-sachlichen Tatsachen korrigiert werden oder neues Wissen vermittelt wird. Werden verschiedene krankheitsbezogene Informationen miteinander verknüpft, bilden sie insgesamt die individuelle krankheitsbezogene Wissensstruktur, welche die kognitive Orientierung ermöglicht.

5.2 der Untersuchungsplan

Die Forschungshypothese beschreibt eine Veränderung bestimmter Merkmalsausprägungen innerhalb eines Zeitraumes, die durch den Einfluss einer Intervention bedingt ist. Im Untersuchungsplan soll eine Veränderungshypothese explanativ untersucht werden. Es wird angenommen, dass das Lesen eines Kinderbuches einen positiven Einfluss auf die Informiertheit über die elterliche Krebserkrankung sowie auf den familiären Informationsaustausch hat. Es sind die Beziehungen folgender Variablen zu prüfen:

Unabhängige Variable: Lesen eines Kinderbuches

Abhängige Variable 1: Informiertheit

Abhängige Variable 2: familiäre Kommunikation

Die Population, auf die sich die Untersuchung bezieht, sind Kinder, deren Elternteil von einer Krebserkrankung betroffen ist. Die Teilnehmer der Untersuchung sollen sich aus Mädchen und Jungen von 7-11 Jahren zusammensetzen, die bei ihren Eltern, bzw. bei ihrem Elternteil leben. Die Zuordnung zu den beiden Untersuchungsbedingungen kann potentiell in einem randomisierten Verfahren erfolgen, da die Merkmalsträger aus einer Population stammen und so die unabhängige Variable künstlich generiert werden kann. Eine Untersuchungsgruppe erhält ein Treatment (Experimentalgruppe), die andere Gruppe bleibt unbehandelt (Kontrollgruppe). Das

Treatment wird dadurch realisiert, dass das Buch den Kindern aus der Experimentalgruppe über die Eltern mit nach Hause gegeben wird. Das Buch ist für die gesamte Treatmentgruppe identisch und bezieht sich auf den Altersbereich der Stichprobe.

In dem Untersuchungsplan sind zwei Erhebungsphasen intendiert. Um Veränderungen der abhängigen Variablen messen zu können, sollen deren Ausprägungen in beiden Untersuchungsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten mit identischem Instrument und Items gemessen werden. Der Pretest wird unmittelbar vor dem Treatment, die Nachuntersuchung vier Wochen nach dem Treatment durchgeführt. Die Differenzen der Mittelwertsunterschiede zwischen Pre- und Posttest werden mittels t-Test für abhängige Stichproben verglichen. Unterschiede in den Differenzen zwischen Pre- und Posttests nach Ende des Treatments können unter bestimmten Umständen auf den Effekt der unabhängigen Variablen zurückgeführt werden. Die abhängige Variable ist vielschichtig und lässt sich befriedigend nur durch mehrere operationale Indikatoren erfassen und beschreiben. So sollen mit den Merkmalsausprägungen ‚Informiertheit‘ und ‚familiäre Kommunikation‘ mehrere abhängige Variablen erhoben werden. Ihre Interaktion miteinander kann durch eine multivariate Varianzanalyse berechnet werden. Zusätzlich zu diesem Untersuchungsplan wird mit den Eltern der beiden Untersuchungsgruppen zum Ende der Untersuchung eine schriftliche Befragung durchgeführt.

Zur Hypothesenprüfung ergibt sich ein experimentelles Design nach dem Schema eines multivariaten zwei Gruppen Pretest-Posttests (vgl. Abb. 1). Die statistische Auswertung erfolgt über eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung. Der Effekt der unabhängigen Variablen kann über die Differenz der Veränderungen in den beiden Untersuchungsgruppen ermittelt werden (Bortz, 2002) Da zwar die Pre- und Posttests, jedoch nicht das Treatment für alle Untersuchungsteilnehmer standardisiert werden und so die Kontrolle der Treatmentbedingung nicht realisiert werden kann, handelt es sich bei dem Design um eine experimentelle Felduntersuchung.

		Unabhängige Variable	
		Experimentalgruppe (Buch lesen)	Kontrollgruppe (Buch nicht lesen)
Elternbe- fragung	Pretest (Fragebogen und Interview)		
	Posttest 4 Wo. (Fragebogen und Interview; Buch- besprechung)		

Abhängige Variable

Abb. 1: Untersuchungsplan

5.3 die Erhebungsinstrumente

Die Pre- und Posttests werden in Einzelsituationen durchgeführt. Die Umgebung sollte möglichst für alle Untersuchungsteilnehmer gleich sein. Die Erhebungen bestehen in beiden Erhebungsphasen jeweils aus zwei Abschnitten mit zwei unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten. Um die komplexen Konstrukte ‚Informiertheit‘ und ‚Kommunikation‘ zu erfassen, sollen Erhebungsinstrumente erstellt werden, die die zahlreichen Merkmalsdimensionen anhand eines Fragenkataloges mit mehreren Indikatoren beschreiben. Im ersten Teil von Pre- und Posttest werden mittels Fragebogen Indikatoren zum Konstrukt der familiären Kommunikation erhoben. Mit Hilfe eines Leitfadenterviews wird im zweiten Teil der Informationsstand zur Krankheit erfragt.

5.3.1 der Fragebogen

Im ersten Teil der Vor- bzw. Nachuntersuchung bekommt das Kind einen Fragebogen, den es nach einer Instruktion selbstständig bearbeiten kann. Der Fragebogen sollte mit einigen allgemeinen Abfragen zum Alter, Geschwistern oder Interessen beginnen. Trotz randomisierter Gruppenzuweisung sollten hier möglichst viele bekannte Einflussgrößen auf die kognitive Orientierung erfasst werden. Wie die Ausführungen zu den entwicklungspsychologischen Grundlagen gezeigt haben, können die Altersangaben der Untersuchungsteilnehmer nur als Anhaltspunkte für die Konzeptentwicklung gesehen werden.

Nach diesem einleitenden Teil interessieren Angaben zur innerfamiliären Kommunikation. Die Fragen bzw. Aussagen sollen eindeutig und einfach gestellt sein. Insgesamt sollte der Fragebogen nicht zu umfangreich sein, sodass er in ca. zehn Minuten zu bearbeiten ist. Es soll gemessen werden, wie gut ein Informationsaustausch in der Familie funktioniert. Dazu wird das Kind beispielsweise schriftlich befragt, ob es das, was seine Eltern ihm vermitteln auch versteht, ob seine Fragen beantwortet und Dinge erklärt werden.

Zur Zusammenstellung eines Fragenkataloges zum subjektiven Empfinden der familiären Kommunikationssituation bezogen auf die elterliche Erkrankung könnten bereits publizierte Inventare zu Hilfe genommen und durch krankheitsspezifische Aussagen ergänzt werden. Es wurden einige Fragebogeninventare entwickelt, welche die Familienfunktion Kommunikation erheben. Mit Hilfe der Familienbögen (M. Cierpka, M. & Frevert, G., 1995) ist es beispielsweise möglich, neben Aussagen in den Bereichen Rollenverhalten, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Aufgabenerfüllung sowie Werte und Normen auch die kommunikative Struktur innerhalb der Familie zu erfassen. Dazu müssen die Familienmitglieder auf einer Ratingskala vorgegebene Aussagen bewerten (Beispielitem: „Ich

weiß nie, was in unserer Familie los ist“). Andere Erhebungsinstrumente richten sich nur an Eltern (z.B. der KV-Fam von Klemm, T. & Pietrass, M., 2007) oder beziehen sich zwar auf Kinder kranker Eltern, werden aber im therapeutischen Kontext vom Untersucher ausgefüllt. Als Antwortformat bieten sich Symbole, wie z.B. Smileys (☺☹☺) an. Eine höhere erreichte Punktzahl auf der Ratingskala drückt eine höhere Qualität und ein Mehr an Informationsaustausch aus.

Im Posttest enthält der Fragebogen zusätzlich einige items, die sich speziell auf das gelesene Buch beziehen; wie es gefallen und gewirkt hat, oder ob und in wie fern es eine Unterstützung für das Kind darstellt. In der Generierung der Fragen kann sich an die Zusammenstellung über Fragen zur Kommunikation und möglicher Wirkung von Kinderbüchern gehalten werden (vgl. 4.1.2.3). Interessant wäre die Erforschung der Fragestellung, auf welcher Ebene der nach Six (vgl. 4.1.2) unterschiedenen Dimensionen das Lesen eines Kinderbuches wirkt. Diese zusätzlichen Fragen haben zum einen die Funktion, abzusichern, ob das Kind das Buch wirklich gelesen hat. Zum anderen sollen sie die subjektiv empfundene Unterstützung und den familiären Umgang mit dem Medium explorierend erfassen. Dies könnte in einer späteren Untersuchung mit den Antworten aus der Elternbefragung verglichen werden.

5.3.2 das halbstrukturierte Interview

Die Befragung wird in halbstrukturierter Form durchgeführt, in der die Hauptfragen und die detaillierenden Unterfragen dem Interviewer ausformuliert vorliegen. Es sollte mit einfachen, unverfänglichen und unproblematischen Fragen begonnen werden. Der Umfang des Interviews sollte aus Gründen begrenzter Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit des Kindes sowie auswertungstechnischen Gründen (eventuell Transkription bei qualitativer Auswertung für spätere Untersuchungen) 25 Minuten nicht übersteigen. Die Fragen sollten kurz und eindeutig gestellt werden.

Durch die halbstrukturierte Form kann das Thema des Interviews klar umrissen und dessen Verlauf gesteuert werden. Trotzdem ist es möglich, in der Gesprächsführung individuell auf das Kind einzugehen. Neue Aspekte, die während des Gesprächs vom Kind eingebracht werden, können berücksichtigt werden. Der Interviewer kann auch in Reaktion auf die Antwort des Kindes weiterführende Fragen finden oder sich eventuell problematische Fragen für den Schluss des Interviews aufheben. Um die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Interviews zu gewährleisten, sollte nicht zu sehr vom Leitfaden abgewichen werden. Indem der Interviewer aus der starren Rolle des Befragers heraustritt, kann er leichter das Vertrauen des Kindes

gewinnen - offene Antworten des Kindes werden wahrscheinlicher. Der vorbereitete Fragenkatalog beinhaltet geschlossene aber auch einige offene Fragen. Das Kind sollte ermuntert werden, über seine Vermutungen, Phantasien und Erklärungen für die elterliche Krebserkrankung zu berichten. Ziel der Befragung ist es, die mentalen Modelle und subjektiven Theorien des Kindes über die Krankheit zu erfragen. Dazu eignen sich beispielsweise offene Fragen zu Ursache der Krankheit und Wirkung der Behandlung. Der Interviewer nutzt seinen vorgefertigten Leitfaden, um die Antworten des Kindes zu notieren und sich auch zusätzlich Aufzeichnungen zu eventuellen Auffälligkeiten zu machen.

Die Verbaldaten werden zur Auswertung nach einem vorgegebenen Schema quantifiziert, um sie nicht nur individuell, sondern auch auf Gruppenebene vergleichen zu können. Das Interview sollte zusätzlich auf Tonband aufgezeichnet werden, um zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit zu behalten, die Befragung auch interpretativ auszuwerten. Um die Interviewaussagen mess- und vergleichbar zu machen, könnten den verschiedenen Ausprägungen der Informiertheit systematisch nach Qualität und Quantität unterschiedliche Punktwerte zugeordnet werden. Dafür schaffen Experten Kategorienmerkmale auf der Basis der kognitiven Entwicklung, die den Grad der Informiertheit beschreiben oder generieren Ratingskalen, auf denen vom Auswerter die Antworten zugeordnet werden. Die Experten haben mögliche Antworten und die zugehörige Punktezahl festgelegt, wobei eine höhere Punktezahl ein umfangreicheres Wissen ausdrückt. Die von den Kindern gegebenen Antworten werden anschließend mit den entsprechenden Punkten bewertet und den Kategorien zugeordnet bzw. vom Interviewer auf der Ratingskala verortet. Als Beispiel für das Konstrukt Informiertheit wäre denkbar, sich für das Merkmal Ursache mögliche Merkmalsdimensionen (bestimmte Ereignisse, eigenes Fehlverhalten, körperliche Fehlfunktionen, psychologische Erklärungen) zu überlegen, welche verschiedenen Punktezahlen zugeordnet werden. Die Antwort der Kinder wird dann der passenden Konzeptdimension zugeordnet.

5.3.3 der Elternfragebogen

Die Elternbefragung findet unabhängig von Experimental- oder Kontrollgruppe für alle Eltern in gleicher Form statt. Den Eltern wird nicht mitgeteilt, ob sie der Experimental- oder Kontrollgruppe angehören. Im Elternfragebogen werden Kontrollvariablen aufgenommen, das subjektive Empfinden der familiären Kommunikation erfragt und explorativ Daten zur Funktion der Kinderbücher erhoben.

5.4 Transformationen der Hypothese

An dieser Stelle soll die Forschungshypothese anhand der Vorüberlegungen aus der analytischen Definition, des Untersuchungsplanes und der Erhebungsinstrumente inhaltlich in Bezug auf die enthaltenen Variablen präzisiert werden. Dazu werden eine operationale und eine statistische Hypothese abgeleitet.

5.4.1 die operationale Hypothese

In einem Pre-Post-Vergleich zum Grad der Informiertheit über die elterliche Krebserkrankung und zur Qualität und Quantität des familiären krankheitsbezogenen Informationsaustausches ist die Punktwertdifferenz, welche durch den Vergleich zwischen den Mittelwerten des zweiten und ersten Erhebungszeitpunktes mit den Instrumenten Leitfadeninterview und Fragebogen ermittelt wird, bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe von Kindern krebskranker Eltern in der konkret-operationalen Phase, die ein Kinderbuch über die Krebserkrankung eines Elternteils liest, höher, als die Punktwertdifferenz einer Stichprobe betroffener Kinder, die kein Buch dieser Thematik liest.

5.4.2 das statistische Hypothesenpaar

Als quantitatives Maß wird die kognitive Orientierung mit dem durchschnittlichen Punktwert der untersuchten Gruppen verwendet. ‚Lesen‘ bezeichnet die Treatmentgruppe, ‚nicht lesen‘ die Kontrollgruppe. Im Signifikanztest werden folgende gerichtete Hypothesen überprüft:

$$H_0: \bar{x}_{lesen} \leq \bar{x}_{nichtlesen}$$

$$H_1: \bar{x}_{lesen} > \bar{x}_{nichtlesen}$$

Bezogen auf die der Stichprobe zugrunde liegende Population wird hypothesengemäß erwartet:

$$H_0: \mu_{lesen} \leq \mu_{nichtlesen}$$

$$H_1: \mu_{lesen} > \mu_{nichtlesen}$$

Die Hypothesen werden auf dem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ getestet.

5.5 Erläuterungen zum Untersuchungsplan

Um mit Familien in einer Untersuchung ein stark belastendes Thema zu bearbeiten, sollte der Untersucher Erfahrungen im psychoonkologischen Bereich haben, bzw. neben fachlichen Kenntnissen um die speziellen Interaktionsformen und Bewältigungsversuche in Familien chronisch Kranker, auch pädagogische Fähigkeiten besitzen, um sensibel und empathisch mit den Familien umgehen zu können. Vor Untersuchungsbeginn ist es nötig, das Einverständnis der

Eltern über die Befragung ihrer Kinder einzuholen. Hierbei sollten die Eltern in allgemeiner Form über Sinn und Zweck der Untersuchung in Kenntnis gesetzt werden.

Allen Kindern sollte eine möglichst gleiche Umgebungssituation und eine vertrauensvolle und entspannte Atmosphäre geschaffen werden. Der Untersucher versichert ihnen, dass es kein ‚Richtig‘ oder ‚Falsch‘ in der Befragung gibt, und sie auch nicht gezwungen sind, eine Antwort zu geben. Um ein gewisses Maß an Vertrauen aufzubauen, könnte der Untersucher sich selbst zu Beginn genauer vorstellen und etwas von sich erzählen, bevor er den Fragebogen in etwa mit „Ich würde gern ein bisschen über Dich und deine Familie erfahren“ einleitet. Das Interview könnte begonnen werden, indem der Untersucher sagt: „Ich möchte mal sehen, was Du schon alles weißt.“ Die Herangehensweise an die Befragungen sollte auf einer persönlichen Ebene erfolgen. Die Durchführung der Pre- und Posttests in einer Einzelsituation unterstützt diese Forderung. In dieser Befragungskonstellation wird kein Gruppendruck ausgeübt, jeder Teilnehmer kann sich frei äußern ohne Beeinflussung durch Dritte. Dies ist wichtig, da durch die Befragung individuelle Informationen ermittelt werden sollen.

Das Erhebungsinstrument Fragebogen standardisiert die Untersuchung durch die festgelegte Reihenfolge und Zahl der Items sowie der geringeren Interaktion zwischen Befragtem und Befragter im höheren Maße als ein Interview. Er erfordert weniger zwingend eine Einzelsituation. Der Fragebogen ist außerdem angemessen für zurückhaltende Kinder. Symboliken als Antwortformat sind anschaulich und wirken ansprechender als Antwortvorgaben in Wortform. Symbole können es dem Kind erleichtern, eine Bewertung für eine Aussage abzugeben. Der Fragebogen soll zu Beginn der Untersuchungen eingesetzt werden, um den Teilnehmern einen Schonraum der Eingewöhnung zu lassen, Ruhe zu geben und sich unbedrängt in die Befragungssituation herein zu finden. Hier werden keine Konzepte und mentale Modelle erfragt; es wird eher auf typische Abläufe und Ereignisse aus dem Alltag des Kindes Bezug genommen.

Für die Erhebung der Informiertheit wird eine Befragung durchgeführt, um zu verhindern, dass die Kinder die Antwort nur raten oder lediglich die Wiedererkennungslleistung getestet wird (wie dies z.B. beim multiple-choice Antwortformat der Fall sein kann). Das Kind kann den Gesprächsverlauf in einem gewissen Rahmen mitgestalten und es wird gewährleistet, dass ihm nicht bestimmte Antworten vorweg genommen werden, es durch ein festes Antwortformat beeinflusst wird oder es zu Antworten neigt, die es meint, geben zu sollen. Ein Vorteil einer mündlichen Befragung liegt auch darin, dass der Interviewer jederzeit eingreifen und nachfragen kann, wenn er sich nicht sicher ist, ob ein Kind ein bestimmtes Konzept begriffen oder er selbst die Erklärung nicht ganz verstanden hat.

Durch die Kombination der Erhebungsmethoden wird einerseits eine Abwechslung für den Teilnehmer geschaffen, die Ermüdungseffekten entgegenwirkt. Außerdem werden sowohl die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst, als auch die Antwortfindung in eher dialogischem Charakter angesprochen. Der Wechsel der Methode hat weiterhin die Funktion, die Themenbereiche stärker voneinander abzugrenzen. Gedanken, Erinnerungen und Erfahrungen in der eigenen Familie, die durch die Aussagen im Fragebogen angeregt werden, sind sehr persönlich und emotional besetzt. Im Leitfadeninterview sollte eher eine sachliche, Denkweise gefördert werden.

Nach Maxwell (1994, zit. n. Bortz, 2002) ist die Wahrscheinlichkeit, einen Effekt der unabhängigen Variablen nachzuweisen höher, wenn nur ein Viertel der Erhebungszeit auf den Pretest, und die restliche Zeit auf den Posttest entfällt. Um dieser Relation näher zu kommen, könnten in der Voruntersuchung im Fragebogen und Interview weniger Items abgefragt werden, sodass sich die Zeit eventuell noch gegenüber des oben genannten Zeitraumes von 40 Minuten verringert. Zudem werden im Gegensatz zu der Voruntersuchung in dem Posttest einige Daten erfragt, die sich auf die Rezeption der Lektüre beziehen.

In der Praxis könnte es Schwierigkeiten geben, genügend Untersuchungsteilnehmer zu finden, um bei Ziehung einer Stichprobe von gleichen Ausgangsbedingungen in der Merkmalsausprägung auszugehen, zumal nicht ausreichend bekannt ist, welche anderen Variablen einen Einfluss auf die krankheitsbezogene kognitive Orientierung der Kinder haben. Zur Erhöhung der Reliabilität ist es angebracht, trotz Experimentalbedingung einen Pretest durchzuführen. Um einerseits die Gefahr des Ausfalls von Untersuchungsteilnehmern geringer zu halten, andererseits aber auch Transfereffekten durch zu zeitnahe Befragungen zu verhindern, wird ein Untersuchungszeitraum angesetzt, der mit vier Wochen überschaubar bleibt.

Wenn weniger als 40 Untersuchungsteilnehmer als Stichprobe gezogen werden könnten, können die Vergleichsgruppen der unabhängigen Variablen mittels matched samples zugeordnet werden. Eine mögliche Variable, nach der die Kinder den Gruppen zugeordnet werden, könnte das exakte Alter sein. Auch wenn sich alle Kinder in der Phase der konkreten Operationen befinden, gibt es doch qualitative Unterschiede in den kognitiven Fähigkeiten mit zunehmendem Alter. Ein anderes konstant zu haltendes Merkmal könnte das Geschlecht darstellen. Es ist zu vermuten, dass Mädchen Büchern eine andere Bedeutung zuweisen und Bücher anders lesen als Jungen. Außerdem ist in den Büchern fast ausnahmslos nur eine Hauptperson, Mädchen oder Junge, die zentrale Identifikationsgestalt. Das Geschlecht der Hauptperson im Buch mag je nach Geschlecht des lesenden Kindes Einfluss auf die abhängige Variable ausüben. Andere personenbezogene Variablen, wie zum Beispiel Anzahl und Alter von Geschwistern,

Religiosität oder Zeitpunkt der Diagnosestellung, die aufgrund von Zuordnungsproblemen nicht konstant gehalten werden können, sollten in die Befragung mit aufgenommen werden, um sie in die Auswertungsphase einbeziehen und eventuell kontrollieren zu können.

Das eigentliche Treatment - die Gabe von speziellen Kinderbüchern über einen längeren Zeitraum - erfolgt unter nicht beeinflussbaren Bedingungen. Die Bücher werden den Kindern zum Lesen mit nach Hause gegeben. Was sie dort konkret mit den Büchern anfangen, ob, was, wie, wann und wie oft sie lesen, bleibt außerhalb der Wahrnehmung und des Einflusses des Forschers. Dies führt zu Schwierigkeiten, einen möglichen Effekt der Erhöhung kognitiver Orientierung eindeutig dem Lesen der Bücher zuzuschreiben. Er kann auch auf andere, unkontrollierte Einflüsse zurückzuführen sein. Jedoch wurde diese ‚Feldbedingung‘ bewusst aus der Überlegung gewählt, dass es wahrscheinlich wenig bewirkt, zu einem festgelegten Termin unter Laborbedingungen die Kinder das Buch lesen lassen zu ‚müssen‘. Weniger abwegig ist der Gedanke, als Untersuchungsleiter bzw. Mitarbeiter einer Gruppe von Kindern aus dem Buch vorzulesen. Problematisch kann es hier sein, bei belastenden Inhalten einzelne Kinder aufzufangen. Genau an dieser Stelle könnten Kinder durch die Lektüre zu Hause angeregt werden, ihren Eltern beispielsweise Fragen zu stellen und so die krankheitsbezogene kognitive Orientierung über Kommunikation in der Familie zu bekommen. Auch wäre das Kind unter Laborbedingungen mehr oder weniger gezwungen, den gelesenen Textpassagen Aufmerksamkeit zu schenken. Diese Methoden entsprechen nicht einer natürlichen Lesesituation. Außerdem wäre dieses Vorgehen mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. In einer natürlichen, der Leselust des Kindes angepassten Situation, ist es wahrscheinlicher, dass das Treatment einen Effekt bewirkt. Darüber hinaus ist nur durch das natürliche Lesen eine Generalisierung der Untersuchungsergebnisse über die Untersuchungsgruppe hinaus auf andere Situationen möglich. Zugunsten der externen Validität wurde im Design auf strenge Operationalisierung der unabhängigen Variablen verzichtet.

Um das Treatment trotzdem nachvollziehbar zu machen, wird zusätzlich zu den Befragungen der Kinder ein Elternfragebogen eingesetzt. Die Elternbefragung dient hauptsächlich der Registrierung der Personenvariablen sowie der Untersuchungsbedingungen. Es wird aufgenommen, seit wann die Diagnose Krebs den Eltern bzw. dem Kind bekannt ist. Zum Treatment wird gefragt, ob auch die Eltern das Buch gelesen haben, ob sie es eventuell gemeinsam mit dem Kind gelesen haben und ob Inhalte thematisiert worden sind. Neben der Aufnahme von Kontrollvariablen ist die Erhebung explorativer Daten intendiert: War nach subjektivem Empfinden das Buch eine Stütze, um über die elterliche Erkrankung ins Gespräch zu kommen? Helfen die Bücher, die Erlebenswelt der Kinder nachzuvollziehen? Hat sich in der

häuslichen Atmosphäre und den Familieninteraktionen etwas geändert? Durch die Gabe eines Fragebogens kann mehr über die mögliche Funktion der Bücher sowie Kommunikationsmuster und Familienstruktur in belasteten Familien aus Sicht der Eltern in Erfahrung gebracht werden. In Untersuchungen mit Minderjährigen wird ohnehin ein enger Kontakt zu den Erziehungsberechtigten gehalten. Es ist ein ökonomisches Verfahren, dies mit der Erhebung von Daten zu verbinden. Außerdem kann durch Integration der Eltern das Vertrauen in die Untersuchung und den Untersucher gestärkt werden.

5.6 Mögliche Probleme des Untersuchungsplanes

Mögliche Probleme können sich bei der Zusammenstellung der Untersuchungsteilnehmer ergeben. Formal ist es gewährleistet, dass Treatment- und Kontrollgruppe der gleichen Population entstammen und so hinsichtlich aller Einflussvariablen identisch sind. Doch ist es denkbar, dass aus der gesamten Population von 7-11jährigen, dessen Vater oder Mutter an Krebs erkrankt ist, nur eine bestimmte Gruppe potentiell für eine Untersuchung zur Verfügung steht, die sich vom Rest der Grundgesamtheit hinsichtlich untersuchungsrelevanter Merkmale unterscheidet. So kann es sein, dass nur solche Eltern einer Teilnahme zustimmen, deren Kinder schon umfassend über die Krebserkrankung aufgeklärt worden sind. Unter diesen Umständen wäre ein Zuwachs an kognitiver Orientierung nur noch marginal möglich. Oder diejenigen Eltern möchten an einer Untersuchung teilnehmen, die Verhaltensauffälligkeiten an ihrem Kind aufgrund der veränderten Familiensituation festgestellt haben und womöglich aus einem therapeutischen Bedürfnis heraus handeln. Eine Generalisierung auf andere Kinder, die nicht Teil der Stichprobe sind, ist in diesen Fällen nicht zulässig.

Schwierig ist es, mögliche Teilnehmer zu erreichen. Für eine randomisierte Zuweisung zu den Untersuchungsbedingungen reicht es nicht aus, nur auf bekannte Mitglieder einer Population zurückzugreifen. Ein Beispiel dafür wäre, lediglich bei einer Selbsthilfegruppe für Krebserkrankte anzufragen, da dann nur alle Kinder Krebserkrankter untersucht werden können, die Selbsthilfegruppen besuchen. Genauso wäre es, nur Eltern anzusprechen, die eine onkologische Beratung besuchen usw. Da es möglicherweise eine Vielzahl an Einflussfaktoren auf die krankheitsbezogene kognitive Orientierung der Kinder gibt, ist es angebracht, eine große Stichprobe zu ziehen. Jedoch ist die Zielpopulation insgesamt nicht außerordentlich groß, bzw. ist flächenmäßig verstreut und so für eine Untersuchung schwerer zusammen zu bringen.

Neben den Problemen, dass die interessierende Population eher klein, heterogen und zudem schwer erreichbar ist, ist es denkbar, dass Familien vor einer Teilnahme abschrecken, da die Untersuchung ein schwieriges, belastendes und ein in ihrer Familie möglicherweise

tabubelastetes Themengebiet tangiert. Scham, Zweifel und Angstgefühle könnten die Bereitschaft zur Teilnahme hemmen oder zu einem Abbruch der Untersuchung führen. Wenn Eltern, um ihre Kinder zu schützen, entschieden haben, sie aus allen krankheitsbezogenen Themen herauszuhalten, muss das respektiert werden; eine Befragung zum kindlichen Konzept über Krebs ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ein weiterer Problemkomplex wird durch die abhängige Variable konstituiert, welche intervallskaliert sein muss. Es kann sich als schwierig gestalten, die Merkmalsausprägungen auf einer Skala mit gleich großen Abständen zu definieren. Dies geht zu Lasten der internen Validität. Die Quantifizierung der Kriteriumsvariablen ist einerseits eine Herausforderung für die Operationalisierung, andererseits stellt sie den Entwickler vor ethisch-philosophische Probleme: Wie ist mit religiösen Erklärungen umzugehen? Kann eingeschätzt werden, welche Modelle und Konzepte als ‚richtiger‘ oder ‚wahrer‘ gelten? Dies ist sicherlich schwierig. Daher sollte sich auf den quantitativen Aspekt des Informationsgewinns konzentriert werden, auf die Beachtung der möglichen Alternativerklärungen für ein Geschehen und dessen Integration und Verknüpfung mit bereits vorhandenem Wissen. Speziell in Fragen, die sich auf Tod und Sterben beziehen, scheint es weniger um die Richtigkeit der Erklärungen zu gehen, als vielmehr um die Funktionalität, etwa um die Auswirkungen, die ein Mehr an Wissen bzw. ein Mehr an offener Kommunikation erzeugt.

Auch die Erhebungsinstrumente können Probleme hervorrufen, welche die interne und externe Validität mindern. Das unstandardisierte Erheben der Konstrukte macht eine Quantifizierung zwar problematisch, jedoch sind durch die Aufnahme qualitativer Daten und quantitativer Verschlüsselung auch Auswerteverfahren beider Methoden möglich.

Es ist damit zu rechnen, dass allein die Tatsache, an einer Untersuchung teilzunehmen, die Familie für die Rolle der Kinder in der veränderten Familiensituation sensibilisiert, gegebenenfalls gar auf die Problematik der ungenügenden Informationsgabe an die Kinder aufmerksam macht. Auf das Treatment wird anders reagiert, weil ein Pretest durchgeführt wurde. Es könnten, ohne dass schon ein Treatment angesetzt wurde, allein die Fragen aus dem Pretest zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik, zu Informationsgabe und offener Kommunikation in der Familie führen. Dies würde in dem Untersuchungsdesign zu keinem messbaren Effekt der Treatmentgruppe führen. Beide Gruppen hätten in diesem Falle einen Zuwachs an kognitiver Orientierung, der sich wahrscheinlich nicht signifikant voneinander unterscheiden würde.

5.7 Alternative Untersuchungsvorschläge

Dem zuletzt genannten Problem der Untersuchungsbeeinflussung durch den Pretest kann durch eine Modifizierung des Untersuchungsdesigns entgegengewirkt werden. Dazu werden statt zwei, vier zufällige Gruppen von Kindern benötigt. Neben Treatment- und Kontrollgruppe wird eine Gruppe generiert, die nur das Treatment und den Posttest erfährt, sowie eine vierte Gruppe, mit der lediglich der Posttest durchgeführt wird. Durch Vergleiche verschiedener Gruppen miteinander, an denen eine bestimmte Befragung durch- bzw. nicht durchgeführt wurde, kann deren Einfluss auf die abhängige Variable berechnet werden. Dieser Plan zur Kontrolle von Pretest-Effekten heißt Solomon-vier-Gruppen-Plan (Bortz, 2002, S.539 f.). Der Nachteil dieses Designs ist es, dass durch die erhöhte Anzahl gebildeter Gruppen auch eine größere Zahl an Untersuchungsteilnehmern nötig ist.

Falls es problematisch wird, eine ausreichend große Stichprobe durch Randomisierung zusammen zu stellen, können auch Kinder eines größeren Altersbereiches in die Untersuchung aufgenommen werden. Das Alter muss dann als Kontrollvariable aufgenommen werden und das Treatment sowie die Erhebungsinstrumente der Altersstufe angepasst werden. Es könnten zum Beispiel drei verschiedene Altersbereiche definiert werden (3-6 Jahre; 7-11 Jahre; 12-16 Jahre) und in jeder Gruppe ein dem Altersbereich adäquates Kinderbuch verwendet werden.

Sprächen ökonomische und kontrolltechnische Gründe nicht dagegen, wäre es auch vorteilhaft, noch weitere Messzeitpunkte oder sogar weitere Treatments (Gabe von gleichwertigen Kinderbüchern) einzusetzen. Langfristige Veränderungen der kognitiven Orientierung wären so noch präziser einschätzbar.

Ein von dem vorgeschlagenen Design stärker abweichender Untersuchungsplan würde resultieren, wenn die Untersuchung stärker qualitativ als quantitativ ausgerichtet wird. Wenn die Daten ausschließlich interpretativ ausgewertet werden, ist es aus ökonomischen Gründen kaum möglich, eine größere Zahl an Kindern zu untersuchen. Hier müssten augenscheinlich repräsentative Familien ausgewählt werden, die dann einzelfallanalytisch untersucht werden. Ein qualitativer Ansatz eignet sich weniger zur Hypothesenprüfung, jedoch könnte durch die Herausarbeitung subjektiver Sicht- und Erlebensweisen des Kindes dieses Design dazu beitragen, ein tieferes Verständnis für die Situation Kinder chronisch kranker Eltern zu bekommen. Um sich diesem Anspruch anzunähern, könnten nach Durchführung einer hypothesenprüfenden Untersuchung einige Einzelfälle hinsichtlich der Ergebnisse oder neu entstandener Forschungsfragen durch ein qualitatives Verfahren genauer betrachtet werden.

6. Kapitel

Diskussion

6.1 zusammenfassende Annahmen und Auffälligkeiten

Aufgrund der theoretischen Vorarbeiten und der Buchanalysen kann angenommen werden, dass das Lesen von Kinderbüchern zu einer kognitiven Orientierung über die elterliche Krebserkrankung beiträgt. Die Ausprägung der in den Büchern behandelten Kriterien zu Offenheit, sachlichen Informationen zur Krankheit und Veränderungen im Alltag wird als eher gering beurteilt. Doch sind die Kinderbücher in einer dem Entwicklungsstand angepassten Form geschrieben, thematisieren das Sterben frühzeitig und geben Möglichkeiten, das Kind von eigenen Schuldgefühlen zu entlasten. Die narrativen Schwerpunkte der Erzählungen sind unterschiedlich, sie liegen zum Großteil jedoch nicht in der Darstellung sachbezogener Informationen. Es wird daher vermutet, dass eine hinreichende Informationsgabe nicht auf direktem Weg zwischen Medium und Rezipient erfolgt. Es besteht die Vermutung, dass die kognitive Orientierung zu einem großen Teil indirekt durch die Bücher gegeben wird: Die Erzählungen könnten für Kinder (und ihre Familien) eine Hilfe darstellen, einen Weg der familiären Kommunikation im Spannungsfeld zwischen Offenheit durch umfassende Krankheitsaufklärung und Aufrechterhaltung der Hoffnung durch Verschwiegenheit zu finden. In welcher Form und welchem Umfang die zur Verfügung stehenden Bücher eine Hilfe zur Krankheitsverarbeitung darstellen, sollte empirisch geprüft werden.

Auffällig während der Analysen war der Umgang mit der Krebserkrankung; die Art und Weise, wie in der Literatur darüber gesprochen wurde. In der Mehrzahl der Bücher wird keine biologisch-sachliche Herangehensweise an die Krankheit gewählt. Die Bedrohlichkeit der Krebskrankheit begleitet unterschwellig in vielen Büchern das zentrale Motiv des Sterbens. Eine objektive Ebene wurde in der Kinderliteratur größtenteils vermisst. Die Krebserkrankung ‚als eine Erkrankung wie andere auch zu sehen‘ (vgl. 2.2.3.1) ist hier nicht intendiert. Es wird vermutet, dass Kinderbücher nicht zum Abbau einer wahrgenommenen Bedrohung durch die Krebserkrankung beitragen.

Die Problematik Krebs in Kinderbüchern ist stark mit Fragen zur Sterbeproblematik verbunden. Dies ist insofern überraschend, als das der Ansatz dieser Arbeit darin wurzelt, Kindern mögliche Hilfen zur Seite zu stellen, um mit der elterlichen Diagnose Krebs *leben* zu können. Indem kindliche Erlebensweisen erforscht werden, können Maßnahmen entwickelt werden, die Kindern in dieser veränderten Lebenssituation Stärken vermitteln. Der Ansatz der

Arbeit geht also von der positiven, bzw. realistischen Annahme aus, dass ein Krebspatient auch Jahre mit der Krankheit oder krebsfrei leben kann. Ein Großteil der Kinderbücher möchte hingegen auf einen absehbaren Tod des Elternteils vorbereiten. Ist hier der implizite Glaube, Krebs = Tod wirksam?

Das Spannungsfeld zwischen Offenheit und Verschwiegenheit ergibt sich, da die Arbeit sich in einem Themenfeld bewegt, welches in unserer Gesellschaft (insbesondere in Bezug auf Kinder) tabubelastete Begriffe beinhaltet: Krankheit, Krebs und Tod. Die Informationsvermittlung von tabubelasteten Inhalten ist mit Befremdlichkeit und Emotionalität wie Scheu und Angst verbunden. Die Behandlung tabubelasteter Themen ist unliebsam – so werden sie nur im geringen Maße thematisiert. Die kognitive Orientierung impliziert aber eine Informationsvermittlung. So bewegen sich die Bemühungen der Erwachsenen stets in einer Dialektik: In Form von Büchern sollen Kindern Körperlichkeiten wie Krankheit und Sterben erklärt werden. Sie plädieren für Transparenz und Offenheit gegenüber dem Kinde. Doch wie weit ist diese funktional? Wo liegt die Grenze zwischen Offenheit und Überforderung? In der Praxis ist es schwierig, die genaue Definition dieser Offenheit unter dem gefühlten Risiko eines Tabubruches zu begehen.

Worin zeigen dich Tendenzen eines Tabus in den Ratgebern, Büchern und in Realität? Die Ausarbeitung der Ratgeber zu den Kriterien eines adäquaten Umgangs mit Kindern zeigte die Schwierigkeit, Offenheit zu definieren. Häufig unterschieden sie sich in ihren konkreten Ratschlägen, machten keine spezifischen Angaben oder waren vom Umfang unbefriedigend. Es war nötig, mehrere Ratgeber zu untersuchen und aus dem Pool der Ratschläge übereinstimmende Thesen zu finden. Deren Formulierung in deutlicher und prägnanter Form stellte sich als kompliziert dar. Die häufig verkürzten, unpräzisen und unterschiedlichen Ratschläge für einen angemessenen Umgang mit Krankheit, Krebs und Tod ließen im wissenschaftlichen Bereich eine Tabubehaftung der Begriffe annehmen.

In den Kinderbüchern werden zwar gerade jüngeren Kindern krebsbezogene Sachlichkeiten geschildert, doch häufig werden die Leser mit krankheitsbezogenen Begriffen nicht in unmittelbarer Weise, oder auf eine wertende oder personifizierende Art konfrontiert. In einem Drittel der Bücher wird die Krebserkrankung nicht spezifiziert, was für eine Generalisierung von Krebserkrankungen spricht. Das Sterben ist in den Büchern ein stärkeres Motiv als das Leben mit der Krebserkrankung, was auf die versteckte Angst vor Krebs als sofortiges Todesurteil zurückführbar sein kann. Krebs wird häufig dem Mythos entsprechend als eine besonders gefährliche Krankheit nachgezeichnet.

Was in Ratgebern in einem objektiven, logischen Sinne „gut“ und „angemessen“ für das Kind ist, wird in Realität deswegen noch lange nicht praktisch umgesetzt; in den betroffenen Familien gelebt. Krankheit, Tod und Krebs sind ‚böse‘, und vor ‚Bösem‘ sind die Kinder fern zu halten. Diese implizite Verhaltensweise macht auch durchaus Sinn: ‚Aufklärung heißt Angst‘ - Tabus bieten auch Schutz, deren Einhaltung verhindert ein Zusammenbrechen bestehender Ordnung und Lebensweise. Auf drohende Hilflosigkeit und Hoffnungsverlust auf Normalität, Gesundheit oder Weiterleben reagieren Menschen unterschiedlich. Sie erhalten ihre Hoffnung durch Rückzugsverhalten, Verleugnung oder auch Aktivität. Es wurde gezeigt, dass Kinder sich dann die Welt durch phantastische, religiöse und magische Vorstellungen erklären, die für sie einen Selbstschutz gegen die Bedrohung darstellen.

Wie die Ausführungen der Arbeit zeigen, ist es jedoch kaum möglich und auch nicht funktional, innerhalb des Familiensystems insbesondere Kinder von der Krankheits- und Sterbeproblematik fern zu halten und damit nicht nur das Thema, sondern auch die Kinder selbst auszugrenzen. Zeichen, dem Tabu zu begegnen, zeigen sich in der zunehmend gesellschaftlichen Sensibilität für dieses Thema¹¹. Werden Tabus gebrochen, indem offen über Krankheit, Krebs und das Sterben gesprochen wird, können theoretisch die betroffenen Gegenstände entmystifiziert werden, was bedeutet, emotionale Projektionen auf den Begriff vom betreffenden Gegenstand zu trennen. Die zunehmende Zahl der Kinderbücher zur Krebsthematik zeigt einen steigenden Klärungsbedarf dieses Themenkomplexes und einen Versuch, krebsbezogene Problematiken für Kinder aufzubereiten. Kinderbücher können und sollten, unter Berücksichtigung bestimmter Konnotationen, auf vielfältige Weise zur Hilfe gezogen werden, um dem Thema elterliche Krebserkrankung in der Familie zu begegnen.

6.2 kritische Reflexionen

Von der oben thematisierten Problematik der ‚Besonderheit Krebserkrankung‘ durch unbewusst wirkende Tabuisierungen kann sich weder eine Mutter, noch ein Arzt, Schriftsteller oder Forscher per se freimachen. Eventuell trägt auch allein diese Arbeit, indem sie mit einem Unterabschnitt zum Mythos Krebs beginnt und stets auf Kinder Krebskranker fokussiert, zur Aufrechterhaltung dieses Bildes bei. Familienfunktionen und Bewältigungsversuche mögen in anderen Familien chronisch Kranker ähnlich geartet sein.

¹¹ So wird im Juli diesen Jahres Georg Romer in einem Artikel zu dieser Thematik im ‚Stern‘ interviewt. „Kinder sind nie zu jung, um Bescheid zu wissen. Man muss nur eine kindgerechte Sprache finden“, wird der Experte zitiert und stellt sich mit dieser Aussage einer öffentlichen Diskussion (stern Nr. 28, 3.7.2008, S. 109-113)

Neben dem grundlegenden Einflussfaktor der eigenen Subjektivität ist auch die grundlegende Fragestellung der Arbeit differenziert zu beurteilen: In zahlreichen wissenschaftlichen und weniger wissenschaftlichen Ratgebern für Eltern sowie in Informationsbroschüren wird auf die Kinderbücher hinsichtlich der Gabe von Informationen verwiesen. Doch erhebt, mit Ausnahme der eher sachlich orientierten Bücher (vgl. 4.2.1) sowie Hennuy keiner der Autoren ausdrücklich - etwa im Klappentext - den Anspruch, kognitive Orientierung geben zu wollen. So ist es den Büchern, die nicht explizit darauf hinweisen, dass es sich um ein Buch für das bessere Verständnis von Krebs handelt, nicht negativ anzurechnen, wenn sie kaum krankheitsbezogene Informationen vermitteln. Außer der kognitiven Orientierung könnten zahlreiche andere Funktionen intendiert sein. So kann das Motiv eher auf emotionaler Ebene (vgl. 4.1.2) beispielsweise im Abbau von Einsamkeitsgefühlen liegen. Vom Autor wird dann, in der Annahme, dem lesenden Kind ergeht es in seiner Familie ähnlich, bewusst wenig krankheitsbezogenes Wissen in die Geschichte eingearbeitet. Oder die Autoren möchten auf sozialer Ebene durch die Schilderung von Konflikten den Leser anregen, selbst aktiv zu werden, um die Probleme zu vermeiden, die das Kind in der Geschichte durchlebt. Hier könnten die Intentionen des Autors darin liegen, einen Anstoß zu geben, bestimmte Kommunikationsmuster in der Familie aufzubrechen und zu erweitern, um neue Entwicklungsmöglichkeiten zu geben. Einen direkten Aufklärungsanspruch an die Bücher zu stellen, wird den Medien in ihrer intendierten Funktion unter Umständen nicht gerecht und sie werden in ihrer zu leistenden Wirkung nicht korrekt beurteilt.

Die Frage nach der Intention, mit der die Autoren ihre Bücher verfasst haben, ist theoretischer Natur und hinsichtlich möglicher Hilfestellungen für betroffene Kinder nur bedingt interessant. Es geht nicht zuletzt um die tatsächliche Wirkung, um die praktische Relevanz der Kinderbücher. Es ist bezüglich des gewählten Ansatzes zu kritisieren, dass ungefragt bleibt, ob die Bücher die Kinder überhaupt ansprechen und erreichen können. Es wurde in Kap. 4.1.2 dargelegt, dass knapp ein Viertel der entsprechenden Altersgruppe Bücher lesen, wenn sie traurig sind und die Realität mit allen Sorgen und Problemen vergessen wollen. Darüber hinaus ist unter veränderten Rezipientenaktivitäten durch neue Medien die Frage zu stellen, welche Kinder bzw. Jugendlichen Bücher als Verarbeitungshilfe in Anspruch nehmen würden. Welche Rolle spielen Bücher (noch) bei der Informationsbeschaffung? Selbst wenn unter experimentellen Bedingungen ein Effekt des Lesens auf die kognitive Orientierung nachgewiesen werden könnte, bleibt die Frage offen, ob diese Bücher auch Kinder außerhalb der Stichprobe erreichen.

Die Intervention des Lesens sollte hinsichtlich eines weiteren Kritikpunktes beurteilt werden. Wie mehrfach dargelegt, behandeln die Kinderbücher häufig die terminale Phase der Krebserkrankung, den Tod und die Trauerarbeit nach dem Verlust von Mutter oder Vater. Eine kognitive Orientierung ist dagegen in der beginnenden Phase einer Krebserkrankung intendiert. Nach den in Kap. 4.1.2.3 beschriebenen Funktionsweisen von Kinderbüchern können Kinder durch das Nachempfinden von Emotionen in der Erzählung eigene Gefühle leben. Sie werden so auf das mögliche Eintreten einer ähnlichen Situation in ihrem Leben vorbereitet. Dies ist problematisch zu sehen, wenn die hauptsächliche Beschreibung des Elternteils von seiner schwächer werdender Konstitution und seinem Sterben handelt. Hier könnte mitunter das Gegenteil der erhofften Wirkung eintreten: Verängstigung und emotionale Verwirrung statt Stärkung durch sachbezogene Informationen. Ob es den Kindern möglich ist, einen affektiven Abstand zu den Inhalten der Bücher zu wahren, der vor zu viel Realität schützt, ist kritisch zu sehen. Es ist denkbar, dass die Realität des Buches für Kinder zur Prophezeiung der eigenen wird. Eine kognitiv angemessene Vorstellung bedeutet nicht zwangsläufig auch den Rückgang emotionaler Belastungen (Lohaus, 1990).

Wie auch immer die Klärung dieser Mediennutzungsfrage ausfällt, muss beachtet werden, dass insgesamt ein Buch nur einen kleinen Beitrag zur Krankheitsverarbeitung leisten kann. Kognitive Orientierung ist ein wichtiger erster Schritt zur gesunden Krankheitsverarbeitung. Doch eine gelungene Krankheitsverarbeitung ist ein Prozess, der sich über Jahre erstrecken kann. Zur Prävention seelischer Störungen sind die Eltern und die ganze Familie ausschlaggebend. Es hätte statt oder neben der entwicklungspsychologischen Perspektive ein Ansatz gewählt werden können, der Familieninteraktionen und die speziellen Kommunikationsmuster von Familien Krebskranker als Gesamtsystem zum Ausgangspunkt der Untersuchung nimmt (vgl. Wirsching, 1988). Kommunikation und Information sind Konstrukte, die an der interessierenden Person nicht unabhängig von dem sie umgebenden Beziehungssystem erhoben und untersucht werden können. Im besonderen Maße gilt dies für Kinder. Im Mittelpunkt deren Erfahrungswelt stehen die engen Familienmitglieder; Interaktionsprozesse innerhalb der Familie sind zentral für die kognitive Orientierung. In Untersuchungen zu kind- und damit familienbezogenen Inhalten sollten familiendynamische Konzepte, welche veränderte Familieninteraktionen unter der Belastung einer chronischen Erkrankung beschreiben, integriert werden. Wirsching (1988, S.78 ff.) konnte zeigen, dass verschiedene Muster von Interaktionen in von Krebs betroffenen Familien existieren. Diese Muster haben Einfluss auf den familiären Zusammenhalt, Veränderungsbereitschaft und Kommunikationsstruktur. Die Ergänzung der kindzentrierten Perspektive hinsichtlich so

wichtiger Faktoren wie dem familiären System ist für aussagekräftige Ergebnisse mit dem Anspruch auf praktische Anwendbarkeit unabdingbar.

6.3 Ausblick

Kann die Durchführung der hier geschilderten oder ähnlicher empirischer Untersuchungen den positiven Einfluss des Lesens auf die kognitive Orientierung belegen, können daraus theoretische wie praktische Konsequenzen gezogen werden. Als praktische Konsequenz könnten Kinderbücher der untersuchten Art gezielt in Kliniken und Beratungsstellen als Bestandteil niedrigschwelliger therapeutischer Interventionen eingesetzt werden. Die Bücher könnten auch (präventiv) einer eingeschränkten Kommunikation in betroffenen Familien entgegenwirken.

In theoretischer Hinsicht könnte aufbauend auf das dargelegte Untersuchungsdesign weitergeforscht werden: Durch die Fragebogen-, und Interviewverfahren in der empirischen Untersuchung wurden genügend Daten erhoben, um auch unabhängig der Frage nach kognitiver Orientierung des Kindes die Wirkweise von Kinderbüchern zu untersuchen: Auf welchen Dimensionen möglicher Medienfunktionen neben der kognitiven wirken Kinderbücher? Wird das Buch als Hilfe angesehen, und wenn ja, in welchem Bereich genau? Wie schätzen die Eltern die Kinderbücher ein? Finden auch sie in ihnen Möglichkeiten zur Identifikation; können sie aus den Büchern Anregungen bekommen, wie mit ihren Kindern umzugehen ist? Bei welchen Familien wird diese Psychoedukation als Unterstützung empfunden und warum? Diese Fragen bauen auf den möglichen Ergebnissen der Untersuchung auf. Der Untersuchungsplan ist so angelegt, dass bei Bedarf, also bei besonders interessanten, widersprüchlichen oder unerwarteten Ergebnissen, zusätzlich qualitative Auswertungsmethoden anwendbar sind. Da die Erlebenswelt von Kindern krebserkrankter Eltern noch nicht hinreichend erforscht ist, kann über eine qualitative Analyse mitunter ein tiefer gehendes Verständnis für kindliche Emotionen und Denkweisen erlangt werden.

Das Kinderbuch als psychoedukative Maßnahme allein, bzw. kognitive Orientierung allein ist auf längere Sicht sicher nicht das einzige Mittel, seelischen Störungen vorzubeugen. Doch wie sehen andere präventive Maßnahmen aus? In weiter gehenden Forschungen kann untersucht werden, wie eine kognitive Orientierung mit den anderen Dimensionen der Krankheitsverarbeitung - emotionalen und aktionalen Prozessen - zusammenhängt. Besonders emotionale Aspekte sollten in zukünftigen Forschungen untersucht werden. Das subjektive Krankheitsverständnis, dessen Umfang, Bedingungsfaktoren und Einflussmöglichkeiten in dieser Arbeit für Kinder um das zehnte Lebensjahr behandelt wurde, beeinflusst vorhandene Bewältigungsmöglichkeiten und empfundene Belastungen der Kinder (Romer & Haagen, 2007).

So sollte in weiteren Forschungen untersucht werden, wie Kindern in der konkret-operationalen Stufe potentiell zur Verfügung stehende Bewältigungsstrategien durch kognitive Orientierung beeinflusst werden. Sind Kinder, die über die elterliche Krebserkrankung informiert wurden, auch eher zu aktiven Bewältigungsstrategien fähig? Fördern aktive, problemzentrierte Verarbeitungsstrategien auf längere Sicht überhaupt eine Anpassung an die Krankheit? Nach der These eines Ratgebers können Kinder auch an der elterlichen Erkrankung ‚wachsen‘ und Stärken durch die Informiertheit entwickeln. Wie sehen diese Stärken aus und welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit Kinder sie entwickeln können? Es sollten Faktoren gesucht werden, die Kindern helfen, auch auf Dauer die Belastungen einer elterlichen Krebserkrankung zu bewältigen. Allgemein sollte eine an den kindlichen Ressourcen und Stärken anknüpfende Forschung gewählt werden, um durch die Bereitstellung präventiver Maßnahmen von Beginn an einen angemessenen Umgang mit Kindern krebskranker Eltern garantieren zu können.

Literaturverzeichnis

- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie* (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Brandes, S. (1996). *Ein Baum für Mama* (2. Auflage). Wien: Kerle bei Herder.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Broeckmann, S. (2002). *Plötzlich ist alles anders – wenn Eltern an Krebs erkranken*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carey, S. (1985). *Conceptual Change in Childhood*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). (2008). *Hilfen für Angehörige. Informationen, Anregungen und Gesprächshilfen für Angehörige von Tumorkranken. Die blauen Ratgeber 30*. Bonn.
- Erikson, E.H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Filipp, S. H. (1990). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In Philipp, S. H. (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse* (2., erweiterte Auflage). (S.3-52).München: Psychologie Verlags Union.
- Finger, G. (1998). *Mit Kindern trauern*. Zürich: Kreuz Verlag.
- Franz, M. (2002). *Tabuthema Trauerarbeit. Erzieherinnen begleiten Kinder bei Abschied, Verlust und Tod*. München: Don Bosco Verlag.
- Furman, Erna (1977). *Ein Kind verwaist. Untersuchungen über Elternverlust in der Kindheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grollman, E.A. (1998). *Mit Kindern über den Tod sprechen. Ein Ratgeber für Eltern* (2. Auflage). Neukirchen-Vluyn: Aussaat-Verlag.
- Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V. (Hrsg.). (2006). *Mit Kindern über Krebs sprechen. Ein Ratgeber für Eltern, die an Krebs erkrankt sind* (3., überarbeitete Auflage). Frankfurt: Lankisch.
- Keil, W. & Brosius, H. B. (1985). *Explizite und implizite Informationsverarbeitung im Kindesalter*. Münster, Westfalen: Aschendorff.
- Krejsa, S. (2004). *Mama hat Krebs. Mit Kindern die Krankheit begreifen*. Stuttgart: Kreuz Verlag.

- Lazarus, R.S. (1990). Stress- und Stressbewältigung – Ein Paradigma. In Filipp, S. H. (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse* (2., erweiterte Auflage). (S.198-232).München: Psychologie Verlags Union.
- Lewis, F.M. (2007). Parental cancer and dependent children: selected issues for future research. *Psycho-Oncology*, 16, 97-98.
- Lohaus, A. (1990). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Maier, H. W. (1983). *Drei Theorien der Kindheitsentwicklung*. New York: Harper & Row.
- Meerwein, F. (1991). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern: HansHuber.
- Munnichs, J. U. A. (1984). Kognitionen über Tod und Sterben. In Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.). *Tod-Sterben-Trauer. Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie* (S. 278-293). Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 99-100.
- Paechter M. (2007). Wissensvermittlung, Lernen und Bildung mit Medien. In: Six, U.; Gleich, U.; Gimmler, R. (Hrsg.) *Kommunikationspsychologie – Medienpsychologie* (S. 372-386). Weinheim, Basel: Beltz.
- Piaget, J. (1974). *Urteil und Denkprozess des Kindes* (2. Auflage). Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Piaget, J. (2003). *Das Weltbild des Kindes* (7.Auflage). München: dtv.
- Rauch, P. K. (2007). You are only as happy as your most unhappy child. *Psycho-Oncology*, 16, 99-100.
- Romer, G. & Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Salewski, C. (1997). Formen der Krankheitsverarbeitung. In Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz.
- Six, U. (2008). Medien und Entwicklung. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (6.vollständig überarbeitete Auflage). (S. 885-903).Weinheim und Basel: Beltz.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.).(2006). „*Mama, was hast Du?*“ *Ein Wegweiser für Eltern, die an Krebs erkrankt sind*. Hamburg.
- Wirsching, M. (1988). *Krebs im Kontext. Patient, Familie und Behandlungssystem*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang

Anhang A	Charakter der Informationsbroschüren	67
Anhang B	Tabelle Funktionen von Medien	69
Anhang C	Tabellen der Kinderbücher	70
Anhang D	Tabelle der ausgeschlossenen Bücher	72
Anhang E	Textnachweise zum Symbol ‚Baum‘	73
Anhang F	Textnachweise zu den Begriffen	76

Anhang A zu Kapitel 2.1

Charakter der im Kapitel 2 verwendeten Informationsbroschüren

Trotz ähnlicher Problembehandlung hat jede Broschüre einen unterschiedlichen Hintergrund bzw. unterschiedliche Schwerpunktsetzung in ihrer Informationsvermittlung.

Die Broschüre ‚Mama, was hast du?‘ ist von Annette Rexrodt von Fircks geschrieben worden und wird von der Techniker Krankenkasse seit Oktober 2006 herausgegeben. Rexrodt von Fircks war 35jährig selbst von Krebs betroffen und hatte zu diesem Zeitpunkt drei Kinder im Vor- bzw. Grundschulalter. Mittlerweile ist sie Autorin von Büchern zum Thema Umgang mit Krebs und hält Vorträge und Lesungen in Deutschland. 2005 gründete Rexrodt von Fircks eine Stiftung für krebskranke Mütter und ihre Kinder mit dem Ziel, „(...) an Krebs erkrankten Müttern und ihren Kindern Unterstützung für einen heilsamen Umgang miteinander zu geben, damit beide, Mutter und Kind - und dadurch letztendlich die ganze Familie - die vielschichtigen Probleme der Krise besser lösen können.“¹² Das erste Projekt in diesem Rahmen ist ein Rehabilitationskonzept für krebskranke Mütter und ihre Kinder und trägt den Namen ‚gemeinsam gesund werden‘.

‚Hilfen für Angehörige‘ wurde erstmalig 1998 von der deutschen Krebshilfe e.V. herausgegeben. Es ist ein Ratgeber, der darauf abzielt, Informationen, Anregungen und Gesprächshilfen für Angehörige von Tumorkranken zu geben. Nicht ausschließlich, doch im Besonderen wird in dieser Broschüre auch auf Kinder Krebskranker eingegangen. Inhaltlich basiert die Broschüre auf zwei Patientenratgebern der dänischen Krebsliga, welche hier übersetzt und zusammengefasst wurden. Darüber hinaus enthält die Broschüre auch die Geschichte von Gerhard Trabert ‚Mama hat Krebs‘.

Die Broschüre ‚Mit Kindern über Krebs sprechen‘ wurde von der Psychologin Bianca Senf sowie der Sozialpädagogin Monika Rak verfasst und vom Verein ‚Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.‘ herausgegeben. Der Verein wurde 1997 mit dem Ziel gegründet, krebskranke Eltern und ihre Kinder zu beraten sowie konkrete Hilfe für Kinder bei der Bewältigung ihrer Ängste und Sorgen anzubieten. 2006 erschien die Broschüre in der dritten Auflage. Ziel ist es, zu informieren, wie Kinder die Krebsdiagnose eines Elternteils erleben. Die Broschüre will Handlungs- und Gesprächsvorschläge für den Umgang mit Kindern geben. Sie ist angereichert mit zahlreichen Gesprächsbeispielen aus der Beratungspraxis.

¹² rexrodtvonfircks.de (2007) Online: <http://www.rexrodtvonfircks.de/main.html>, (letzter Zugriff 21.08.08)

Die kurz gehaltene Broschüre von Annette Rexrodt von Fircks ist am stärksten durch ihre persönlichen Erfahrungen beeinflusst. Im Fokus stehen Mütter und Kinder und ihr Ziel ist es, die psychische Stärkung der Familie durch die Vermittlung von Hoffnung zu unterstützen.

„Hilfen für Angehörige“ dagegen ist ein Ratgeber aus einer größeren Serie von Themenheften (die blauen Ratgeber), welche sich mit vielen Fragen rund um Krebserkrankungen beschäftigen. Ein Teilaspekt davon ist die Problematik von Angehörigen, wozu auch Kinder gehören. Der Herausgeber ist ein großer Verein mit zahlreichen Unterorganisationen, der es sich zum Ziel gesetzt hat, Krebskrankheiten in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen.

Der von Ärzten der Strahlenklinik Offenbach und von betroffenen Eltern gegründete Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“ e.V. fokussiert die Probleme der Kinder. Es ist deutschlandweit die einzige Initiative, die sich komplett den Belastungen betroffener Kinder aller Altersgruppen gewidmet hat, also kindzentriert arbeitet. Diese Broschüre geht als einzige differenziert nach dem Alter der Kinder auf deren Reaktionen und Bedürfnisse ein.

Anhang B zu Kapitel 4.1.2

Entwicklungspsychologisch bedeutsame Funktionen von Medien
 unterteilt in drei Ebenen nach Six (in Oerter, 2008, S. 896 f.)

(sozial-)kognitive Ebene	(sozio-)emotionale Ebene	Soziale Ebene
Befriedigung von Wissensdurst und Neugier	Ablenkung von Problemen und Konflikten	Anregung für soziales Handeln
Erklärung der Realität	Abbau von Einsamkeitsgefühlen	Kompensationsmöglichkeit durch Teilhabe
Kognitive Orientierung	Alltagsflucht	Furchtabbau vor sozialem Misserfolg durch imaginäre Interaktion
Anregung für Denkopoperationen durch Nachvollziehen	Regulation von Stimmungen	Identifikation schützt vor eigenem Handlungsdruck
Aneignung von sozialem Wissen	Konflikt- & Angstverarbeitung	Gemeinsame Mediennutzung mit Familie/ Freunden erfüllt Bedürfnisse nach Nähe
Soziale Orientierung, Leitbildern und Identifikationsmöglichkeit	Bewältigung von Entwicklungsaufgaben durch Identifikation mit Helden, die stellvertretend handeln	Jugendliche: isolierte Mediennutzung dient als Abgrenzung von der Familie
Sozialer Vergleich und soziale Validierung der eigenen Probleme und der eigenen Rolle	Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit durch wiederholte Zuwendung	

Tabelle 1

Bemerkung: Diese Zusammenstellung veranschaulicht, wie vielfältig und vieldimensional die Wirkung von Medien auf den Rezipienten sein kann. Die Tabelle bezieht sich dabei auf die potentielle Wirkung sämtlicher Medien. Sie kann jedoch auf die mögliche Wirkung von Büchern konkretisiert werden.

Anhang C zu Kapitel 4.2.1

Auflistung der gefundenen Bücher/ Tabelle Bücher 1-9 von 18

Nr.	Titel	Autor, Verlag, Jahr, Seitenzahl	Empf. Alter	Familienstruktur	Hauptbeziehung	Erzählperspektive	Betroffener, Diagnose	Erzählte Zeit	Prognose/Ausgang
1	Wann kommst du wieder, Mama?	Martine Hennuy; Sophie Buyse, Patmos, 2007, 40 S.	5	Kernfamilie Amelie (ca.5)	---	Persönlicher Erzähler	Mutter; nicht spezifiziert	Erster Krankenhausaufenthalt bis Ende der Behandlungen, ca. fünf Monate	Zuversicht und Hoffnung auf Heilung
2	Die Papierkette	Claire Blake, health press, 1998, 30 S.	5	Kernfamilie Markus (ca.6), Ben (ca.7)	---	Ich-Erzähler Sohn Ben	Mutter; nicht spezifiziert	Diagnose bis Heilung, ca. ein Jahr	Heilung der Mutter
3	Als der Mond vor die Sonne trat	Gerhard Trabert, editions methieu, 2001, 18 S.	5	Kernfamilie Marc (5), Janina (8)	---	Allwissend	Mutter; Brustkrebs	Diagnose, ein Tag	Hoffnung auf Heilung
4	Auf Wiedersehen, Papa	Alma Post, Patmos, 1991, 96 S.	6	Kernfamilie Tom (ca.4), Simon (ca.6)	Mutter	Allwissend	Vater; nicht spezifiziert	Letzte Tage der terminalen Phase bis ca. neun Monate nach Tod	Blick in die Zukunft, Neuanfang
5	Mein wunderschöner Schutzengel	Kerstin Hermelink, Diametric Verlag, 2005, 51 S.	7	Kernfamilie Nelly (7)	Nachbarsjunge Kay	Ich-Erzähler Tochter Nelly	Mutter; Brustkrebs	drei Jahre rückblickend erzählt, Diagnose bis Heilung, ca. ein Jahr	Heilung der Mutter
6	Hechtsommer	Jutta Richter, Carl Hanser, 2004, 124 S.	8	Kernfamilie Lukas (ca. 9), <u>Daniel</u> (ca. 12)	Nachbars-tochter Anna	Ich-Erzähler Nachbars-tochter Anna	Mutter; nicht spezifiziert	terminale Phase bis Tag des Todes, ca. drei Monate	Tod der Mutter
7	Rote Kirschen	Inge Meyer-Dietrich, Anrich, 1990, 140 S.	8/9	Kernfamilie Anna (ca. 9)	Selbst	Persönlicher Erzähler	Mutter; nicht spezifiziert	Chronische Phase bis ca. zehn Monate nach Tod, ca. 2,3 Jahre	Tod bewältigt; Aussicht auf neue Familie
8	Ein Baum für Mama	Sophie Brandes, Kerle bei Herder, 1995, 192 S.	10	Kernfamilie Till (6), <u>Kathrin</u> (10)	Nachbarsfrau Annette	Persönlicher Erzähler	Mutter; nicht spezifiziert	Verdachtsdiagnose bis zum Tod, ca. ein Jahr	Abend des Todes
9	Ein Stern Namens Mama	Karen-Susan Fessel, Oetinger, 1999, 159 S.	10	Kernfamilie, Ruben(5), <u>Louise</u> (10)	Freund der Familie	Ich-Erzähler Tochter Louise	Mutter; Brustkrebs	zwei Jahre rückblickend erzählt, Diagnose bis drei Monate nach Tod	Erster Blick in die Zukunft

Tabelle 2

ANHANG C zu Kapitel 4.2.1

Auflistung der gefundenen Bücher/ Tabelle Bücher 10-18 von 18

Nr.	Titel	Autor, Verlag, Jahr, Seitenzahl	Empf. Alter	Familienstruktur	Hauptbeziehung	Erzählperspektive	Betroffener, Diagnose	Erzählte Zeit	Prognose/Ausgang
10	Jakob hinter der blauen Tür	Peter Härtling, Beltz, 1993, 112 S.	10	Mutter, Jakob (12)	Imaginäre Freunde	Persönlicher Erzähler	Vater; Leukämie	Erzählung setzt einige Wochen nach Tod des Vaters ein, ca. ein Jahr	Hoffnung, dass Jakob aus der Isolation tritt
11	Ich hab dir mee(h)r versprochen	Ian Bone, Ravensburger, 2006, 221 S.	12	Kernfamilie Mac (14), Belinda, Oscar, Barton	Freundin Sharon	Ich-Erzähler Sohn Mac	Mutter; Brustkrebs	Diagnose, Operation, Chemotherapie bis Remission, ca. sechs Monate	Hoffnung auf Heilung
12	An der Decke leuchten die Sterne	Johanna Thydell, Oetinger, 2005, 254 S.	12	Mutter, Jenna (13)	Freundin Vicky	Persönlicher Erzähler	Mutter; Brustkrebs	Geschichte von vor 7 Jahren im Rückbild erzählt, Chronische Phase bis ca. zwei Monate nach Tod, ca. ein Jahr	Trauerarbeit, erster Blick nach vorn
13	Auf Wiedersehen, Mama	Elisabeth Zöller, Fischer, 2004, 122 S.	12	Kernfamilie Philipp (7), Flora (13)	Selbst	Ich-Erzähler Tochter Flora (Tagebuchform)	Mutter; Brustkrebs	Verdachtsdiagnose bis zehn Tage nach Tod, zehn Monate	Trauerarbeit
14	Solange die Zikaden schlafen	Jutta Treiber, Ueberreuter, 1998, 160 S.	14	Vater, Anna (14), Flo (17)	Schwester Flo, Selbst	Ich-Erzähler Tochter Anna	Mutter; Lungenkrebs	Geschichte ist 2-Jahresrückschau, setzt ca. vier Monate nach Tod ein, ca. sieben Monate	Bewältigung des Todes
15	Warte nicht auf einen Engel	Else Breen, dtv, 1989, 127 S.	14 (?)	Kernfamilie Per (11), Mai (13), Mia (15)	Lehrer, Selbst	Ich-Erzähler Tochter Mia	Mutter; Leukämie	Geschichte von vor 4 Jahren im Rückblick erzählt, chronische Phase bis Tag nach Tod, ca. 8 Monate	Bewältigung Des Todes
16	Sag es, sag es laut	Joan Ablove, Bertelsmann 2002, 154 S.	15 (?)	Kernfamilie Mindy (16)	Freundin Gail, Selbst	Ich-Erzähler Tochter Mindy (Tagebuchform)	Mutter; Gehirntumor	Terminale Phase, ca. fünf Wochen	Tod der Mutter
17	Mutter hat Krebs	Brian Fies, Knesebeck, 2006, 112 S.	15 (?)	Mutter, 2 erw. Töchter, 1 erw. Sohn	Mutter, Geschwister	Ich-Erzähler Sohn	Mutter; Lungenkrebs	Diagnose und chronische Phase, ca. 1,5 Jahre	Hoffnung auf längeres Leben
18	Komm zurück, Mutter	Paul Hornschemeier, carlsen, 2007, 120 S.	16 (?)	Vater, Thomas (7)	Selbst	Ich-Erzähler Sohn Thomas	Mutter; nicht spezifiziert	Geschichte setzt drei Monate nach Tod der Mutter ein, ca. sechs Monate	Suizid des Vaters

Tabelle 3

Anhang D zu Kapitel 4.2.1

Auflistung der aus der Analyse ausgeschlossenen Bücher

Nr.	Titel	Autor, Verlag, Jahr, Seitenzahl	Empf. Alter	Familienstruktur	Hauptbeziehung	Erzählperspektive	Betroffener, Diagnose	Erzählte Zeit	Prognose/ Ausgang
1	Tina und der Teddybär	Brigitte Hogger, Book on Demand, 2000, 176 S.	9	Kernfamilie Tina (9)	?	?	Mutter, Gehirntumor	?	?
2	Flieg zu den Sternen	Inge Meyer Dietrich, Ravensburger, 2004, 156 S.	9	Mutter, Stefan (ca. 10)	Freundin Nadja, Clown Angelo	Allwissend	Vater, wird nicht genannt!	Beginn ein Jahr nach dem Tod, ca. ein Jahr	Bewältigung des Todes
3	Mama ist gegangen	Christoph Hein, Beltz, 2003, 146 S.	10	Vater, Ulla (10), Paul (12), Karel (15)	Vater, Geschwister	Allwissend	Mutter, wird nicht genannt!	Terminale Phase bis ca. drei Monate nach Tod, ca. vier Monate	Trauerarbeit
4	Papi, wir vergessen dich nicht	Marie Herbold, Nord-Süd, 2002, 24 S.	10 (?)	Kernfamilie Marie (13), jüngerer Bruder, ältere Schwester	----	Ich-Erzähler Marie (Tagebuchform)	Vater; Nicht spezifiziert	Terminale Phase bis einige Monate nach Tod; ca. zehn Monate	Trauerarbeit

Tabelle 4

Bemerkung:

Der Book-on-demand Titel ‚Tina und der Teddybär‘ zum Thema konnte nicht gefunden werden.

In ‚Flieg zu den Sternen‘ und ‚Mama ist gegangen‘ ist die Krankheits- und Sterbebewältigung des Elternteils zwar zentral, jedoch wird aus den Schilderungen nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich um eine Krebserkrankung handelt.

‚Papi, wir vergessen dich nicht‘ wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da es von einem Kind selbst geschrieben wurde- die Mutter der 13jährigen Marie hat nach dem Tod des Vaters das Tagebuch des Kindes veröffentlicht.

Anhang E zu Kapitel 4.2.2.1

Textnachweise zu dem leitenden Symbol ‚Baum‘ im Buch ‚ein Baum für Mama‘ von Sophie Brandes

Die Textnachweise enthalten alle Abschnitte im Buch, in denen das Symbol ‚Baum‘ eingesetzt wird. Zum besseren Verständnis wurden die Dialoge um die sprechenden Personen (fett gedruckt) ergänzt und kurz der Umstand des Dialoges dem Text vorangestellt.

S.38 (Mutter und Kinder machen einen Spaziergang. Die Familie ist froh, denn die letzte Bestrahlung ist überstanden)

Als Mama nämlich am Nachmittag vorschlug, mit Kathrin und Till zur Pferdekoppel zu spazieren, die sie schon lange nicht mehr zusammen besucht hatten, sahen sie die Bescherung. Der schöne, knorrige Baum mit der kugeligen Krone am Rande der Koppel lag im Gras. Sein Wurzelballen ragte in die Luft, und im Fallen hatte der Baum ein Riesenloch gerissen. Mama stieß einen Schrei aus, als sie den Baum liegen sah.

Mutter: *„Jetzt gibt es für uns keine Äpfel mehr“, sagte sie leise und nahm die Zweige des Baumes in die Hand, so zärtlich, als sei der Baum ein menschliches Wesen.*

Mutter: *„Ach, der schöne Baum!“*

Kathrin sah, dass er schon rosa Knospen trug. Der ganze Baum stand kurz vor der Blüte. Nun würden seine Knospen verdörren, ohne geblüht zu haben. Schade. (...) Jetzt wusste sie plötzlich, was Mama meinte: dass Bäume wie lebende Menschen sind. Dasselbe hatte Pastor Glück auch erklärt. (...) Nach dem Spaziergang musste Mama husten

(Symptom des Strahlenschadens wird hier das erste Mal erwähnt.)

S.41 (Mutter bittet Freunde, den Baum wieder aufzurichten)

Der Baum sträubte sich, wollte eigentlich lieber liegen bleiben. Aber wenn fünf verrückte Erdenbewohner es sich in den Kopf gesetzt hatten, ihn aufzurichten, musste er eben mitmachen. Es war ein ziemliches Ächzen und Stöhnen, als Fred, Papa und Onkel Knebelbart ihn hochzerrten. Denn der Baum war zentnerschwer. Aber nun stand er wieder schön aufrecht, gestützt von drei Pfählen (...).

S. 60 (Strahlenschaden wurde diagnostiziert und wird behandelt, Husten wird allmählich besser, Mutter spaziert mit Kindern)

Als sie an dem wiederaufgerichteten Baum vorbeikamen, stand er strahlend weiß und wie in einem Festkleid auf der grünen Wiese.

Mutter: „Seht doch, jetzt hat mein Baum Blüten! Wenn mein Baum lebt, werd ich auch wieder ganz gesund!“

S. 109 (Mutter muss zur Chemotherapie, leidet sehr unter den Nebenwirkungen. Kathrin und Till fahren mit dem Fahrrad)

Kathrin konnte das Unglück nicht fassen. Auf der Wiese lag Mamas Apfelbaum, den sie im Frühjahr mit vereinten Kräften aufgerichtet hatten, umgestürzt und mit herausgerissenen Pfählen. (...) die Baumkrone war dicht belaubt und voller kleiner grüner Äpfel, die nun bestimmt nie mehr reif werden würden.

(Daraufhin Schilderung eines Wutanfalls der Mutter. Ihr geht es so schlecht wie nie, sie weint und schreit und klagt an, dass sie komplett auf fremde Hilfe angewiesen ist)

S. 122 (Kathrin fährt allein Fahrrad)

Kathrin war zur Pferdekoppel geradelt, um noch einmal nach dem Unglücksbaum zu sehen, der Mama so wichtig war. Das ganze Wiesengelände war jetzt mit rotweißen Markierungen versehen. Hier sollte ein neues Siedlungsgebiet entstehen, hatte Fred erzählt.

S.133 (im Religionsunterricht)

Pastor Glück sagte, Auferstehung müsste man sich so ähnlich vorstellen wie das Blätterabwerfen eines Baumes im Herbst. Der Baum sei dann zwar wie tot, all seine Blätter lägen abgestorben am Boden. Doch im nächsten Frühjahr bekomme er dann neue Blätter.

S.139 (Kathrin ist bei Annette, sie unterhalten sich über das Alleinsein, Annette sagt, dass sie sich ihre Freunde immer vorgestellt hat und dann nicht mehr alleine war)

Und dass man sich selber formte, was man gerade gebrauchte, fand sie eine ausgezeichnete Idee. (...) Ob man sich auch eine Mutter machen konnte? Eine, die nicht krank war?

Annette: „Soll ich dir noch was zeigen? Ich habe einen Baum für deine Mama gemacht, zu Weihnachten. Einen, der nicht umfallen kann!“

Man sah sofort, dass es ein Apfelbaum war. Mit einem kräftigen Stamm, kugeligen äpfeln und herrlichen, grünglasierten blättern. Die Wurzeln waren so stark, dass der Baum darauf stehen konnte, ohne zu kippeln.

Kathrin: „Dein Baum ist noch schöner als der wirkliche“, sagte Kathrin und versuchte sich vorzustellen, ob Mama sich darüber freuen würde.

S. 147 (Mutter ist aus der Klinik zurück, will keine Medikamente mehr haben und nicht mehr zurück ins Krankenhaus. Die ganze Familie befindet sich im Wohnzimmer)

Mutter: „Ich hab die ganze Zeit von einem Baum geträumt. Der hatte einen Stamm bis zum Himmel und alle Kraft aus der Erde gezogen. Ich saß unter seinem riesigen Schattendach und konnte von meinem Platz aus bis zu den blauen Bergen sehen. Ganz aufrecht saß ich, mit dem Rücken am Stamm und fühlte mich kräftig und gesund.“

Vater: „Siehst du, wenn das kein gutes Zeichen ist!“

Mutter: „So ein schöner Traum, trotzdem fühle ich mich jetzt schon wieder müde!“ (...)

Und Kathrin dachte an den grünglasierten Lebensbaum drüben in Annettes Werkstatt. Seltsam, all diese Bäume von und für Mama. Einmal hatte Kathrin eine grüngelbflammige Schrift auf einem Plakat gelesen: Wenn der Baum stirbt, stirbt auch der Mensch. Damals hatte sie diesen Spruch noch nicht verstanden. Jetzt dämmerte es ihr langsam.

Anhang F Zu Kapitel 4.2.2.3

Textnachweise zu den gegebenen Informationen über die benutzten Begriffe im Buch ‚ein Baum für Mama‘ von Sophie Brandes.

Die Auflistung folgt chronologisch dem Erscheinen der Begriffe in der Erzählung. (Bsp.: Das Wort ‚Krebs‘ wird erstmals auf Seite 21 erwähnt, deswegen erscheinen die Textstellen zu ‚Krebs‘ hinter denen zu ‚Braunüle, Wunde, Befund‘). Zum besseren Verständnis wurden die Dialoge um die sprechenden Personen (fett gedruckt) ergänzt.

Zu Operation

S.11 (Annette und Kathrin sprechen über die Kastration des Hundes Titus)

Kathrin: *„Wieso Operation? Genau wie bei Mama, kriegt Mama auch eine Betäubungsspritze?“*

Annette: *„Ja, jeden körperlichen Eingriff nennt man Operation. Menschen bekommen vorher eine Narkose, sie verschlafen dann die ganze Operation, und wenn sie aufwachen, ist alles vorüber.“*

Kathrin: *„Und wozu ist so ´ne Operation gut?“*

Annette: *„ Wenn in unserem Körper ein Organ krank ist und dann nicht mehr funktioniert, dann muss man manchmal operieren“*

Kathrin: *„Ist bei Titus ein Organ krank?“*

Annette: *„Eigentlich nicht.“*

Kathrin: *„Und bei Mama, ist bei Mama etwa ein Organ krank?“*

Annette: *„Bei deiner Mama wächst ein kleiner Knoten an einer Stelle, wo er nicht hingehört. Deshalb muss man ihn entfernen.“*

Kathrin schwieg. Doch plötzlich kam ihr das Gefühl, dass eine Operation etwas Unheimliches sein musste, gar nicht so normal, wie Mama gesagt hatte.

zu Braunüle, Wunde, Befund

S.14-16 (die Familie besucht die Mutter im Krankenhaus nach der Operation)

Erst jetzt sah Kathrin den durchsichtigen Plastikschlauch, der aus Mamas Handgelenk kam und mit Pflaster darauf festgeklebt war.

Mutter: *„Das ist eine Braunüle“ (als Fußnote wird erklärt: eine Braunnüle ist ein Zu- und Abflussschlauch, genannt nach dem Erfinder Braun.), erklärte Mama und verzog das Gesicht zu*

einer schmerzlichen Grimasse. „Die tut mehr weh als die ganze Operation. Hoffentlich kommt sie morgen ab.“

Kathrin: „Wo bist Du denn operiert worden?“ (..)

Über der Kuhle zwischen Hals und Schulterkugel (..) klebte ein großes, weißes Pflaster. Kein Tröpfchen Blut, nichts irgendwie Aufregendes war zu sehen.

Till: „Man sieht ja gar nichts“

Mutter: „Es war auch nur ein kleiner Eingriff.“ (..) Am Wochenende will ich wieder zu Hause sein. Den Befund bekomme ich in einigen Tagen.“

Till: „Was ist das - ein Befund?“

Mutter: „So nennt man das Ergebnis einer Untersuchung.“

Kathrin: „Ergebnisse gibt's doch nur bei Rechenaufgaben.“

Mutter: „Wie bei einer Rechenaufgabe ist es hier auch, entweder positiv oder negativ.“

Kathrin: Positiv oder negativ- was?“

Zu Krebs

S.12 (Annette und Kathrin unterhalten sich)

Kathrin: „Und bei Mama, ist bei Mama etwa ein Organ krank?“

Annette: „Bei deiner Mama wächst ein kleiner Knoten an einer Stelle, wo er nicht hingehört. Deshalb muss man ihn entfernen.“

S.21 (Mutter ist zurück aus dem Krankenhaus, sitzt mit den Kindern auf der Couch)

Mutter: „Mama hat eine Krankheit, die zwar jetzt behandelt wird, die aber wiederkommen kann. Und Mama braucht jetzt Ruhe, jeder Mensch braucht Ruhe zum Gesundwerden.“

Till: „Was hast du denn für eine Krankheit?“

Mutter: „Ich habe Krebs.“

S.26 (Gedanken Katrins am Abend dazu)

An Mamas trauriges Gesicht heute Mittag und an das eine Wort, das sie Till gegenüber gebraucht hatte: Krebs. Ein Tiername und gleichzeitig ein Name für eine Krankheit. Es musste eine gefährliche Krankheit sein. Dunkel erinnerte sich Kathrin, dass die Mirabellen-Oma daran gestorben war. In ihrem Kopf versuchte sich ein großer, schwarzer Krebs mit hässlichen Beißzangen breitzumachen und mit engstehenden, bösen Augen.

S. 65 (Gespräch Kathrins mit ihrer Mutter)

Kathrin: „Und gestern? Weswegen hast du so geweint?“

Mutter: „Das hast du gehört? Ich dachte ihr schlaft fest. Ihr sollt ja auch nicht alles wissen, was wir für Sorgen haben.“

Kathrin: „Ich will's aber wissen.“

Mutter: „Es ist blöd, bei der Blutuntersuchung haben sie festgestellt, dass die Krankheit noch nicht ganz aus meinem Körper raus ist.“

Kathrin: „Ach so.“

Mutter: „In der Lunge ist jedenfalls nichts, das hat der Professor gesagt. Auf dem Röntgenbild ist nichts zu sehen.“

S.82 (Kathrin, ihre Mutter und deren Schwester sitzen in der Küche)

Mutter: „Kathrin weiß alles, über meine Krankheit gibt es keine Geheimnisse, nicht wahr, Kleines? Es ist eine schlimme Sache, Krebs zu haben, aber ich will dagegen kämpfen, und ich werde gesund werden!“

Tante: „Und jetzt?“

Mutter: Jetzt sind die Blutwerte doch nicht so gut, wie ich gehofft habe. Die Chemotherapie bleibt mir also nicht erspart.“

Kathrin: „Und du musst nicht operiert werden?“

Mutter: „Nein, nur alle drei Wochen für zwei Tage ins Krankenhaus.“
Kathrin überlegte. Das ging ja noch, wenn Mama sonst immer da war.

z.B. S.19, S.36, S.60 (mehrmalige Aussage bzw. Frage von Kathrin)

Kathrin: „Jetzt bist du doch wieder ganz gesund!?“

Mutter: „Ja, jetzt.“ / „Schon, aber noch ist nicht alles vorbei“ / „Ja, aber in zwei Wochen muss ich zur Kontrolle.“

Zu Röntgenstrahlen

S.33 (Kathrin, Till und die Mutter sind in der Küche)

Kathrin: „Mama, was ist das Komisches, was du da am Hals hast?“

Mutter: „Du meinst die Markierungen? „Man bekommt das von einer Schwester aufgemalt. Denn Röntgenstrahlen sind sehr stark und dürfen nur auf die kranke Stelle treffen, deshalb bekommt man diese Markierungen verpasst.“

Das beruhigte Katrin, sie hatte schon gedacht, Mama blutete. Strahlen waren ja nichts Schlimmes. Sonnenstrahlen zum Beispiel, die wärmten schön, taten so gut auf der Haut.

Zu Chemotherapie

S.104 (Mutter ist für zwei Tage im Krankenhaus, Vater spricht mit den Kindern)

Kathrin erfuhr, dass Mama alle drei Wochen durch dünne Plastikschläuche Medikamente in die Blutbahn gepumpt wurden, die so stark waren, dass sie Krebszellen töten konnten. Aber diese Medikamente machten auch gleichzeitig, dass es einem übel war, man sich schlapp und schwach fühlte, und, was das Schlimmste war: dass einem die Haare ausfielen.

Zu Sterben/Seele

S.63 (Kathrin hatte ein Gespräch ihrer Eltern mitbekommen, in dem die Mutter weinte und fragte, ob ihr Mann glaube, dass sie noch eine Chance habe)

Fragen stiegen in Kathrin hoch, unheimliche, Angst machende Fragen: Sterben- was ist das eigentlich? (..) Und wie ist das, wenn ein Mensch stirbt? Tut das weh? Spürt man etwas davon, und wie ist es danach, wenn man gestorben ist? Ist man dann nicht mehr auf der Welt, kommt man wirklich in den Himmel? Nicht mehr auf der Welt zu sein, konnte Kathrin sich einfach nicht vorstellen, und im Himmel zu sein ebenso wenig. Wie sollte man denn von einem Grab in den Himmel kommen? Etwa mit einer Rakete, die ins All startet? (..) Sterben taten ja nur alte Leute, (...). Auf jeden Fall hatte das mit Mama nichts zu tun. Ihre Mama war nur krank, jeder wird mal krank- und dann aber wieder gesund.

S.101 (Annette und Kathrin sprechen über Tierbeerdigungen)

Annette: „Alle Lebewesen werden ja wieder zu Erde, nur ihre Seelen gehen auf eine Reise.“

Kathrin: „Und die Seelen, wohin reisen die?“

Annette: *Ganz unterschiedlich, manche ziehen mit den Wolken um die Erde. Andere wieder lassen sich auf hohen, alten Bäumen nieder. Es gibt auch welche, die am liebsten mit einem Schiff übers Meer fahren, bis sie eine Insel erreicht haben. Und auf entfernten Sternen können Seelen auch wohnen.“*

S.131 (der Pastor, auch Religionslehrer von Kathrin erzählt im Unterricht)

Und dann kam er darauf, dass Gott einen Menschen jederzeit abberufen könne. Er erzählte von der Seele, diesem unsichtbaren Ding tief im Innern des Menschen, das Kathrin sich wie einen kleinen silbernen Fisch vorstellte, ein Silberfischlein, das in jedem Menschen rumzappelte, sich später irgendwie aus dem Körper befreite und durch die Luft davon spazierte. (..) Pastor Glück sagte, Auferstehung müsste man sich so ähnlich vorstellen wie das Blätterabwerfen eines Baumes im Herbst. Der Baum sei dann zwar wie tot, all seine Blätter lägen abgestorben am Boden. Doch im nächsten Frühjahr bekomme er dann neue Blätter.

S.171 (Kathrin und ihr Vater unterhalten sich 2 Tage vor dem Tod)

Kathrin: „*Glaubst du das Mama stirbt?*“

Vater: „*Ich bete jeden Abend, Kleines, dass das nicht passiert, ich bete auch am Morgen. Es ist das einzige, was man noch tun kann. Du musst es auch tun!*“

S.176 (Einen Tag darauf, Kathrin ist bei einer Klassenkameradin)

Dann war Papa am Apparat. Seine Stimme klang wie ganz weit weg.

Vater: „*Kathrinchen*“, *sagte er leise, „ich glaube, Mama stirbt“.*

Dann hörte Kathrin Papa schluchzen. Es traf wie ein Schlag.

Kathrin: „*Nein!*“ *schrie Kathrin laut. „Sie darf nicht, lass sie nicht!“*

S.177 (etwas später, zu Hause, Familie, Freunde und der Pastor sind um das Sterbebett versammelt)

Pastor: „*Können Sie mich hören?*“

Mama gab keine Antwort. Wie auch, sie schlief ja. Hell und ruhig sah ihr Gesicht im Schlaf aus, sie lächelte sogar etwas, wie schon lange nicht mehr. Papa beugte sich über Mamas gefaltete Hände und küsste sie, verzweifelt lange.

S. 178 (Kathrin und Annette am Sterbebett der Mutter)

Kathrin: „*Wohin kommt Mama jetzt?*“

Annette: „*Ihr Körper wird bald begraben werden. Aber ihre Seele bleibt hier wohnen, hier bei euch, wo sie zu Hause ist.*“

Kathrin: „*Mama wacht wirklich nicht mehr auf?*“

Annette: „*Wo sie jetzt hingeht, ist es ruhig, hell und schön, und du brauchst dir um sie keine Sorgen zu machen. Hauptsache, jemand hat euch beide lieb.*“

S. 180 (Kathrin denk am Abend des Todes ihrer Mutter nach)

Jetzt, wo sie das Wort ausgesprochen hatte, zum ersten Mal, wurde ihr so bang. „Tot“ war so ein schlimmes Wort, das konnte man nicht einmal denken, das war wie ein schwarzer Kanal, ein fensterloses Zimmer oder eine Nacht ohne Ende. Und doch war Mama ja nicht ganz tot, ihre Seele war ja da, die man sich zwar auch nicht vorstellen konnte, oder doch: Mama würde unsichtbar werden wie eine Fee in den Märchen.

Universität Hildesheim
Institut für Psychologie

Eidesstattliche Erklärung

Thema der Bachelorarbeit: Das Kinderbuch zur Aufklärung über die elterliche
Krebserkrankung –
ein Beitrag zur Krankheitsverarbeitung für betroffene
Kinder?

Verfasser: Juliane Schirmann

Matrikelnummer: 196327

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Hildesheim, den 6. Oktober 2008
Ort, Datum

Juliane Schirmann