

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC UNIVERSITY (IPU) BERLIN

MASTERARBEIT

„KREBS“ – EINE DIAGNOSE, DIE SPRACHLOS MACHT?!

EINE QUALITATIVE EINZELFALLUNTERSUCHUNG DES
KOMMUNIKATIVEN UMGANGS MIT EINER TUMORERKRANKUNG
AUS ANGEHÖRIGENPERSPEKTIVE

Verfasser

MARTIN WALZ

angestrebter akademischer Grad

MASTER OF ARTS (MA) PSYCHOLOGIE

Studienrichtung

PSYCHOLOGIE

Berlin, 31.07.2014

Gutachter

PROF. DR. HEINRICH DESERNO

PROF. DR. DR. HORST KÄCHELE

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
Ausgangslage	5
Herleitung der Problemstellung	6
Fragestellung und Erkenntnisziel	20
Vorgehensweise	20
HAUPTTEIL	21
Vorstellung des Datenerhebungsinstruments PZI	22
Vorstellung der Transkriptionsmethode GAT 2	24
Vorstellung der Interpretationsmethode GTM	25
Interpretation des erhobenen Datenmaterials	29
SCHLUSSTEIL	83
Zusammenfassung	84
Fazit und Ausblick	84
QUELLENVERZEICHNIS	86
ERKLÄRUNG	91
ANHANG	92
Erhebungsbogen	93
ungekürztes Interviewtranskript	95
Daten-CD	117

EINLEITUNG

AUSGANGSLAGE

ANLASS

Im Alltag tauchen Krebserkrankungen, sei es in Zeitungsmeldungen, in Buchveröffentlichungen von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen, in Diskussionsrunden in Fernsehtalkshows oder in persönlichen Erfahrungsberichten im Bekannten- oder sogar Familienkreis immer wieder auf. Die PRESSESTELLE STATISTISCHES BUNDESAMT vermeldet zum Beispiel in einer Pressemitteilung anlässlich des Weltkrebstages, dass *„rund 26% aller im Jahr 2011 verstorbenen Personen [...] einem Krebsleiden“* erlagen. Damit ist Krebs nach den so genannten Herz-Kreislaufkrankungen die *„zweithäufigste Todesursache“* in Deutschland überhaupt (PRESSESTELLE STATISTISCHES BUNDESAMT, 2013).

EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologische Daten über Krebserkrankungen werden regelmäßig im Auftrag des ROBERT KOCH-INSTITUTS (RKI) und der GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND E.V. (GEKID) erhoben und am ZENTRUM FÜR KREBSREGISTERDATEN (ZfKD) gelistet. Nach Schätzungen des ZfKD sind für das Jahr 2010 *„insgesamt rund 477.300 Krebserkrankungen erstmalig diagnostiziert“* worden. Diese Gesamtzahl verteilt sich auf 224.900 Neuerkrankungen bei der weiblichen und auf 252.400 Krankheitsfälle bei der männlichen Bevölkerung. Bei der Anzahl der Krebsneuerkrankungen ist im Datenvergleich für den Zeitraum zwischen 2000 und 2010 deutschlandweit bei den Frauen eine Zunahme *„um 14 %“* und bei den Männern *„um 21 %“* zu verzeichnen. In aktuellen Prognosen über die zu erwartenden Neuerkrankungen für das Jahr 2014 wird von einem weiteren Anstieg, schätzungsweise 236.200 bei den Frauen bzw. 264.700 bei den Männern, ausgegangen (ROBERT KOCH-INSTITUT UND DIE GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND E.V., 2013: 18).

DEFINITION

Krebs allgemein definiert ist als ein „*Sammelbegriff für eine Vielzahl von malignen Erkrankungen, die unterschiedliche Organe oder Systeme des Körpers betreffen können*“ zu verstehen und kann „*je nach Zeitpunkt der Entdeckung, Schweregrad sowie Lokalisation unterschiedliche Prognosen haben*“ (WEIS, SELLSCHOPP, 2012 in: SENF, BRODA: 598). Ausführungen über Ätiologien, phänomenologische Erscheinungsbilder, Verlaufsformen, Prognosen und Behandlungsmöglichkeiten von zu spezifizierenden Tumorerkrankungen, die vielgestaltig und oftmals nicht eindeutig zu bestimmen sind, werden an dieser Stelle vernachlässigt.

HERLEITUNG DER PROBLEMSTELLUNG

ÖFFENTLICHE WAHRNEHMUNG

Trotz der heutzutage zu konstatierenden „*beachtlichen Fortschritte in der onkologischen Behandlung*“ werden Krebserkrankungen noch immer häufig mit „*Bildern des Schreckens, mit Vorstellungen von Tod, Schmerzen und qualvollem Siechtum*“ in Verbindung gebracht (KELLER, 2008 in: RUDOLF, HENNINGSEN: 268).

Die US-amerikanische Intellektuelle Susan SONTAG wehrte sich bereits in den späten 1970er Jahren in ihrem Essay *'Krankheit als Metapher'* gegen vorurteilsbehaftete Verurteilungen einer vermeintlich selbst verschuldeten Erkrankung als Folge der individuellen Lebensführung. Ihr Kritikpunkt war, dass mit Krebs verbundene „*angst-erregende Vorstellungen [...] ein Stigma*“ erzeugen und zu „*irrigen Psychoätiologie-annahmen*“ führen (SCHWARZ, 2013: in WEIS, BRÄHLER: 97). Sie plädierte dafür, „*selbst die verhängnisvollsten Diagnosen nie zu dämonisieren, sondern den Kampf gegen Krebs so kenntnisreich, aufgeklärt und nüchtern wie möglich zu führen*“ (WITTSTOCK, 2008). Ende der 1980 Jahre sprach Horst-Eberhard RICHTER in Zusammenhang vom öffentlichen Umgang mit Krebserkrankungen noch von einer „*reine[n] Feindbildtheorie von Krankheit und Sterben*“, die in unserer Gesellschaft existiere (RICHTER, 1996 in: MÖHRING: 7).

Zwar gibt es heute eine *„weitaus aufgeklärtere Sichtweise im öffentlichen Bewusstsein [...] infolge verstärkter medialer Repräsentation und rückläufiger Stigmatisierung und Viktimisierung“*. Dennoch löst allein die Nennung des Wortes 'Krebs' noch immer Empfindungen von *„Bedrohung und Erschrecken“* aus und ist als *„Sinnbild des Heimtückischen, Böartigen und Unvorhersehbaren nicht nur individuell, sondern auch im kollektiven Bewusstsein tief verwurzelt“* (KELLER, 2008 in: RUDOLF, HENNINGSEN: 268). Der *„Assoziationsraum: Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Sterben, Tod, Alter, Siechtum [und] Endlichkeit“* scheint in einer *„Welt, die dem Tod keinen Sinn gibt, sondern ihn nur bekämpft“* weiterhin als das *„Schreckbild schlechthin“* zu gelten (MÖHRING, 1996 in MÖHRING: 31).

PERSPEKTIVE DER BETROFFENEN

Tumorerkrankungen werden *„von den meisten Betroffenen als eine existenzielle Bedrohung erlebt“* und *„mit Gedanken an Sterben und Tod assoziiert“* (WEIS, SELLSCHOPP, 2012 in: SENF, BRODA: 598). Die mit Krebs immer wieder in Verbindung gebrachte *„Sterbeangst [...] scheint] nur zu verständlich in einer Gesellschaft der Größe, Stärke, ewige Fitness und Jugendlichkeit“*, und bereits in ihrem Vorfeld existiert die Angst vor *„Schwäche, Kleinheit, Gebrechlichkeit“, „Blöße“* und *„bedrohlichem Ausgeliefertsein“* (RICHTER, 1996 in: MÖHRING: 24). Die viele Betroffene meist unerwartet und unvorbereitet treffende Mitteilung der Krebsdiagnose stellt daher oft einen *„starken Einschnitt in ihr Leben dar, der mit zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren einhergeht“* (REUTER, 2010: 486) und ist ein *„Schock mit Auswirkungen auf das seelische Gleichgewicht“* (WOLLERSCHEIN, ROHDE, 2013 in: BOOTHE, RIECHER-RÖSSLER: 403). Krebskranke sehen sich in ihrer *„unmittelbare[n] psychische[n] Realität“* mit *„einer ganzen Reihe von Belastungen konfrontiert“*, an deren *„erster Stelle [...] die Todesdrohung [...] und zwar zunächst unabhängig von den Behandlungsmöglichkeiten und der tatsächlichen Prognose“* steht (FALLER, 2009 in KOCH, WEIS: 190). Man könnte sagen, dass Krebs mit dem Selbsteingeständnis der eigenen Verwundbarkeit im doppelten Sinne betroffen macht und auch aus Gründen der Schamhaftigkeit zu einer Sprachlosigkeit führt.

PERSPEKTIVE DER ANGEHÖRIGEN

Die Eröffnung einer Krebsdiagnose betrifft jedoch *„nicht nur die Welt des Patienten, sondern auch die seiner Angehörigen in ihrem Wesenskern“* (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 985). Wird in grundlegenden Annahmen der systemischen Familientheorie davon ausgegangen, dass *„der Zustand eines Familienmitglieds die Verfassung der anderen Familienmitglieder“* maßgeblich mit beeinträchtigt und *„Faktoren wie Erkrankung oder traumatische Erlebnisse einen Einfluss auf die gesamte Familie“* haben, so trifft dies in besonderem Ausmaße bei einer Krebserkrankung zu (FLECHTER, SIMON, KRAUEL, 2013 in: WEIS, BRÄHLER: 234). Selbst, *„wenn sie eine günstige Prognose haben, werden [maligne Tumorerkrankungen] von den Kranken und ihrer familiären Umwelt immer als eine Krise erlebt“* (MÖHRING, 1996 in: MÖHRING: 4). Mit Ausnahme von Psychosen betrifft wohl *„kaum eine andere Krankheitsgruppe derart ein ganzes Familiengefüge [...] wie die malignen Erkrankungen“* (MEERWEIN, 1998 in: MEERWEIN, BRÄUTIGAM: 121). Schließlich ist die Familie *„nach wie vor der entscheidende Ort für die Sozialisation ihrer Mitglieder“* (MÖHRING, 1996 in: MÖHRING: 4). Wobei hier anzumerken ist, dass es sich durch den *„Anstieg nichtehelicher Lebensgemeinschaften“*, der *„Abnahme von Eheschließungen“*, der *„Entwicklungen der Geburtenzahlen“* und den *„Anstieg des durchschnittlichen Erstheiratsalters“* heutzutage um eine enorme *„Vielzahl unterschiedlicher Familienformen“* handelt und darum implizit von einem weiter gefassten Familienbegriff ausgegangen werden muss (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 188).

AUFGABEN VON ANGEHÖRIGEN IM FAMILIENSYSTEM

Im Familiensystem erfüllen Angehörige wichtige Aufgaben, zum Beispiel wenn sie in der *„Wahrnehmung ihrer Gesundheitsfunktion [...] anlaßabhängig [sic!] die Pflege des erkrankten Mitgliedes“* übernehmen und somit auch einen *„Risikopuffer gegen Beeinträchtigungen des Kranken“* darstellen (MÖHRING, 1996 in: MÖHRING: 4). An alle Familienangehörige werden oftmals Erwartungen gestellt, dass sie den Betroffenen *„Trost spenden und Hoffnung aufrechterhalten“*, wengleich hierfür *„Verlus-*

te im gesellschaftlichen Bereich“ hingenommen werden müssen. Sie sollen „dem kranken Familienmitglied doch vorrangig die notwendige Stabilität [...] und Unterstützung“ geben und sind „gefordert, wenn es darum geht, mit unbeherrschbar erscheinenden Schmerzzuständen oder zunehmender Pflegebedürftigkeit umzugehen“ (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 985). Weitere Merkmale der Anforderungen an Angehörigen sind ihre Beiträge zur „Harmonisierung“, das Zeigen von „Opferbereitschaft“, oft verbunden mit einer „fehlende[n] Differenzierung der Einzelpersonen“ und „Aggressionshemmung“, sowie einer deutlichen „Risiko-Expositionsbereitschaft“ (MÖHRING, 1996 in: MÖHRING: 5).

BELASTUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE

Speziell für die Lebenspartner von Krebspatienten, die oft als „wichtigste Bezugspersonen“ eine „ganz besondere Bedeutung“ erfahren, ist die sich psychosozial auswirkende Situation ausgesprochen belastend, was sich beispielsweise anhand entsprechender psychischer Erkrankungsraten, „besonders [durch] die Konkordanz von Depressivität und Ängstlichkeit“ belegen lässt (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 988). Für die gesamte Familie ist es mit Auftreten einer Tumorerkrankung eine Herausforderung, „mit dem veränderten inner- und außerfamiliären Verantwortungsgefüge“ fertig werden zu müssen (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 985). So ist der „plötzliche Ausfall väterlicher oder mütterlicher Funktionen“ oft begleitet von der „Trauer um deren Verlust“ und von „veränderten Bedürfnissen der Kranken selber“, die sich in der Suche „nach besonderer Nähe oder nach Rückzug“ äußern können, was den Angehörigen durchaus einige „Anpassungsleistungen“ abverlangt (MEERWEIN, 1998 in: MEERWEIN, BRÄUTIGAM: 121). Im Kontext der Krebsdiagnose ist also auch die Frage danach zu stellen, „wie Krankheit die Familienbeziehungen, die individuelle Entwicklung der Familienmitglieder und das Leben zu Hause beeinträchtigen“ wird (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 188). Zu weitreichenden Folgen einer Krebserkrankung im intrafamiliären System zählen eine „Isolation nach außen“, eine „Gefühlsunterdrückung“, eine „reduzierte Kommunikation“, eine „Konfliktvermeidung“ und eine „überangepasste 'Pseudo-Normalität'“, wobei nicht immer ganz eindeutig ist, ob „die

beschriebenen Phänomene als Ursachen und nicht vielmehr als Folgen der Erkrankung zu gelten haben“ (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 988). Zu den am „häufigsten, empirisch ermittelten Belastungen der Familienangehörigen“ gehören „Verlustängste“, „Berührungsängste“, „Störungen der Sexualität“, eine „Zunahme der Distanz bei emotionalem Rückzug“, „Kommunikationsprobleme durch Vermeidung und Verleugnung“, „zusätzliche Aufgaben“, eine „Unsicherheit im Verhalten den Patienten gegenüber“, sowie eine „Unsicherheit über den Krankheitsverlauf“, „nicht übereinstimmende Bedürfnisse und Erwartungen der Familienmitglieder“, eine „vermehrte Rücksichtnahme auf Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten“, „Einschränkungen in der Freizeit“ und die „Konfrontation mit Leiden und Sterben“ (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 188). Zu Beobachten sind „Versuche der Verleugnung des Geschehens, die aber mißlingen [sic!], weil die dahinterliegende Angst immer wieder durchbricht“. Eine Folgeerscheinung ist damit „häufig ein emotionaler Rückzug aller Beteiligten“, und „eine Chance zur Veränderung der Situation oder zur Aussprache wird nicht mehr gesehen“. Es kommt auf beiden Seiten zu Versuchen, die „Wahrnehmung der Erkrankung zu vermeiden“, wenn diese „dann bagatellisiert“ oder die „Begegnung mit dem Kranken [...] sogar gemieden [wird], um nicht immer wieder an das ungelöste Problem erinnert zu werden“ (MÖHRING, 1996 in: MÖHRING: 5).

Dem gegenüber steht, dass in Familien, die sich in Befragungen mit zutreffenden Selbstbeschreibungen wie „*stärker zusammenhaltend*“, „*mitteilsamer*“ und „*ohne die Belastung sonstiger schwerer Konflikte*“ identifizieren konnten, die einzelnen Mitglieder insgesamt eine „*gute seelische Gesundheit trotz Krebserkrankung*“ aufweisen (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 189).

VORÜBERLEGUNGEN ZU INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN

Einige Vorüberlegungen für die Entwicklung von Interventionen sind nach RAIT und LEDERBERG in „*vier praxisnahe[n], schulenunabhängige[n] Konzepte[n]*“ für die therapeutischen Arbeit mit Familien mit Krebskranken zusammengefasst, die nachfolgend kurz vorgestellt werden (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 192).

Zunächst sind Aspekte zu den in vier Stadien ablaufenden „Lebenszyklen einer Familie“ zu erwähnen, die „die wesentlichen Aufgaben und damit die Belastungen und Ressourcen der Familie zum Zeitpunkt von Diagnose und Behandlung des erkrankten Familienmitglieds“ prägen (ebd: 192).

Die „neugegründete Familie“ ist „gerade erst im Entstehen begriffen“ und besteht noch aus der Planung der Familienentwicklung. Fällt die Krebsdiagnose in diese Phase, „ist die Familiengründung insgesamt gefährdet“. Vorrangige Themen sind sich „Sorgen um einen möglichen oder wahrscheinlichen Verlust der Fertilität als Folge der Behandlung“ zu machen, in einen „Sog in Richtung auf die Ursprungsfamilie der Erkrankten“ bei Partnerschaften zu geraten, die noch nicht gefestigt und krisenerprobt sind, und das Respektieren von innerfamiliären Grenzen (ebd: 193).

Die nächste Phase, die „Familie der Kinder“, wird vor allem bestimmt durch die Verantwortungsübernahme der Eltern über ein oder mehrere Kinder, die durch Aufgaben wie die „Stabilisierung der Partnerschaft“, das „Wachstum der Familie“, die „Schaffung eines Familienzuhauses“, die „Förderung der Kinder“ und die „berufliche Weiterentwicklung“ gekennzeichnet ist. Erkrankt ein Elternteil in dieser Phase, ist das als ein „schwer zu verkraftender Einschnitt in alle Lebensbereiche der Familie“ zu werten. Neben dem häufig auftretenden Problem von „finanziellen Engpässen“ sind oft zusätzlich „Hilfen in der Betreuung und Versorgung der jüngeren Kinder“ von Nöten (ebd: 193).

In der Phase der „Familie der jugendlichen und jungen Erwachsenen“ steht der „Prozess der Autonomieentwicklung der Kinder“ und eine „gegenseitige Ablösung voneinander“ im Vordergrund, die von Themen wie „Aufbruch“, „Emotionalität“, „Verlustängste“ und „Abgrenzungswünsche“ begleitet werden. Die „Entwicklungsuhr der Familie“ wird im Fall der Krebserkrankung eines Elternteils vorübergehend angehalten, wenn Kinder „Versorgungs- und Betreuungspflichten“ übernehmen (ebd: 193).

Während der letzten Phase der „Familie im Alter“ haben die Kinder „das Haus verlassen“ und die Eltern leben „wieder unabhängiger miteinander“. Neben dem Akzeptieren der „mit dem Alter zunehmenden körperlichen, seelischen und geistigen Einschränkungen“ verändert sich auch die „Richtung der Versorgungsnotwendigkeiten von den Kindern (und Enkelkindern) auf die (Groß-)Eltern“. Bei einer malignen Diagnose wird „die ganze, oft verstreut lebende Familie“ alarmiert, „kurz- und länger-

fristige Konflikte“ werden reaktiviert, und es kommen Fragen nach der Entscheidungs-, Verantwortungs- und Pflegeübernahme auf (ebd: 194).

Universelle Anforderungen an geeignete Interventionsangebote für Familienangehörige von Krebspatienten können nach LEDERBERG unter den sieben nachfolgend genannten Gesichtspunkten zusammengefasst werden (LEDERBERG, 1998 in: HOLLAND ET AL.: 982).

Hierzu gehören ein Anbieten von emotionaler Unterstützung (*„provision of emotional support and containment“*), ein Vermitteln von Informationen und ein Eingehen auf das Bedürfnis, Verantwortung im Treffen von Entscheidungen zu teilen (*„informational needs and shared responsibility for decision-making“*). Des Weiteren zählen eine konkrete Unterstützung bei Pflegemaßnahmen (*„concrete care-giving“*) und im Umgang mit finanziellen und/ oder sozialrechtlichen Kosten (*„meeting financial costs [... and] social costs“*), Wege zu finden, Stabilität aufrechtzuerhalten (*„maintaining stability“*) und die Anpassungsleistung an bevorstehende Veränderungen (*„adapting to change“*) zu fördern dazu (ebd: 983).

Weiterhin benennt LEDERBERG drei grundsätzliche Prinzipien, wie geeignete Interventionsansätze für Familien konzipiert sein sollten (*„Three possible approaches to the family have emerged“*). Sie sollten aufeinander aufbauend sein, sich nicht gegenseitig ausschließen und als ein sorgfältiges Verstehen der Familiendynamik betrachtet werden (*„They are cumulative, not mutually exclusive, and all need to be considered for a thorough understanding of the family“*) (LEDERBERG, 1998 in: HOLLAND ET AL.: 981).

Wenn das Hauptanliegen der Intervention auf das Erreichen von Offenheit/ Klarheit (*„for purposes of clarity“*) im Kommunikationsverhalten abzielen soll, lassen sich nach LEDERBERG drei Kategorien aufzeigen.

Als erstes wird das Optimieren der augenblicklichen Situation und das Schaffen einer emotionalen Geborgenheit bietende Atmosphäre (*„optimization of the immediate situation and the provision of immediate emotional comfort“*) genannt. Familienmitglieder sollten von der ersten Begegnung an darin unterstützt werden, dass das offe-

ne Zeigen von Gefühle legitim ist. Des Weiteren sollten Angehörige in ihrer Besonderheit und ihren Stärken („*distinctiveness and strength*“) wertgeschätzt und unterstützt werden. Das Offenlegen unangemessener Negativität oder eine Selbstidentifikation als Sündenbock („*inappropriate negativity or scapegoating*“) kann dadurch zerstreut werden, dass ein Verständnis für die familiendynamischen Prozesse aufgebracht wird (LEDERBERG, 1998 in: HOLLAND ET AL.: 989).

Der nächste Aspekt ist die Schaffung eines ausgeweiteten, flexiblen und überdauernden Unterstützungssystems im Hinblick auf instrumentelle Beurteilung („*creation of an extended, flexible and long-lasting system of support in response to the instrumental assessment*“) (ebd: 989). Familien können hierbei in fünf Bereichen emotional und praktisch unterstützt werden: Bildung („*education*“), Verbesserung der Familienkommunikation („*improving family communication*“), Annäherung zwischen Familie und Behandlerteam („*smoothing the family/ treatment-team interface*“), bedürfnisorientierte Angebote („*provision of services*“) und Ermunterung zur Inanspruchnahme von nutzbaren sozialen Netzwerken („*mobilizing of social supports*“) (ebd: 989).

Der letzte Punkt ist das Wiederherstellen des Familiengleichgewichts und das Infragestellen des dysfunktionalen Familienmusters im Hinblick auf dessen dynamische Beurteilung („*resetting of family homeostats and challenging of dysfunctional family patterns in response to the dynamic assessment*“). Empfohlen wird eine kombinierte Anwendung von unterschiedlichen beratenden und psychotherapeutischen Interventionsformen (ebd: 989).

Meist sind die Bedürfnisse der so genannten „*Krebsfamilien*“ zunächst „*informativischer Art*“. Sie betreffen oft „*Fragen der Diagnose, der Prognose, der Art des Redens mit dem Kranken, der Erblichkeit, der Ansteckung, usw.*“ (MEERWEIN, 1998 in: MEERWEIN, BRÄUTIGAM: 122). Das heißt, „*nicht nur der Patient hat seine Vorstellungen und Wünsche [...], sondern auch die Angehörigen selbst haben das Bedürfnis nach Informationen, häufig auch nach Exklusivität*“ (HERSCHBACH, HEUßNER, 2008 in HERSCHBACH, HEUßNER: 156). Sie erwarten manchmal, im ärztlichen Gespräch einen Ort zu finden, in dem „*Aussprache*“, „*Hoffnung*“ oder die „*Äußerung von Zorn oder Auflehnung gegen den Kranken*“ stattfinden können und wo ihnen „*Einführung und Verständnis*“ entgegengebracht werden (MEERWEIN, 1998 in: MEER-

WEIN, BRÄUTIGAM: 122). Es wird zudem davon berichtet, dass Angehörige in guter Absicht oft ein „*Bedürfnis nach Schutz des Betroffenen durch Nichtwissen*“ äußern (HERSCHBACH, HEUßNER, 2008 in HERSCHBACH, HEUßNER: 156). Diese „*Tabuisierung der Bedrohung [kann zwar] einen Schutzraum öffnen*“, jedoch „*führt sie auf der anderen Seite zur Isolation der Gesprächspartner*“. Werden Informationen nur teilweise und unvollständig weitervermittelt, hat jeder Beteiligte „*im Familiensystem [...] einen unterschiedlichen Wissensstand*“ und letztlich weiß dann „*niemand mehr, mit wem er was besprechen darf, und jeder bleibt mit seiner Angst allein*“. Das kann im Extremfall bedeuten, dass in „*Familien, in denen jeder einen anderen Wissensstand hat, [...] nur über Belanglosigkeiten und das Wetter*“ gesprochen wird. Dem „*Wunsch nach Schonung [...] nachzugeben*“ kann demnach die Konsequenz haben, dass „*notwendige Anpassungsprozesse an die neue Lebenssituation und Krankheitsverarbeitung behindert*“ werden (ebd: 156).

PRAKTISCHE ASPEKTE VON INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN

Als Indikationen für die Notwendigkeit von Interventionen, die am Familiensystem ansetzen, werden Anzeichen der „*Vernachlässigung der Betreuung des Patienten durch die Familie*“, das Feststellen von „*Dekompensation, schwere[r] Angst, Depression oder Suizidabsichten eines Familienmitgliedes*“, „*Defizite in den drei für die Bewältigung wichtigsten Dimensionen Kommunikation, emotionaler Zusammenhalt und Konfliktlösung*“, sowie „*Spannungen zwischen Kranken, Familienmitgliedern und Behandlern*“ genannt (STRITTMATTER, 2013 in WEIS, BRÄHLER: 209).

Die Interventionen, die sich nach ihrer „*Dringlichkeit*“, den „*familiären Gegebenheiten*“ und den „*Aufgaben, die den Familien für die Zwischenzeit gestellt werden können*“, ausrichten, finden in der Regel in unterschiedlichen Zeitabständen „*von wöchentlich bis zu 6-wöchentlich*“ statt. Ihre Wirksamkeit beruht auf Prinzipien einer „*multiperspektivische[n] Sicht*“ und Ansätzen bei den einzelnen Familienmitgliedern, wodurch „*intensive dynamische Prozesse in Gang gesetzt*“ werden sollen (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 197).

Von grundsätzlicher Bedeutung sind eine „*emotionale Unterstützung der Angehörigen [...] ähnlich wie die der Patienten*“ und die Initiierung von Möglichkeiten, „*dass*

sich die Familienmitglieder über ihre Befindlichkeit untereinander austauschen und nicht ihre Emotionen voreinander verbergen“. Hierbei wird auf das Erleichtern einer „offene[n] Kommunikation über die Krankheit“, das gemeinsame „Abwägen der möglichen Behandlungsschritte“ und die „Vermeidung von bleibenden Scham- und Schuldgefühlen“ abgezielt. Darüber hinaus können der Aufbau und die „Erweiterung des Unterstützungssystems“ inner- wie außerhalb der Familie und das Verweisen auf bereitgestelltes Informationsmaterial zur Vermittlung eines besseren Verständnisses, etwa über ätiologische Aspekte der Erkrankung oder mögliche Behandlungsarten, sowie das Informieren über das „lokale unterstützende soziale und onkologische Netzwerk“ als Hinweis auf zusätzliche möglicherweise weiterführende Anlaufpunkte, sinnvoll sein. Vielerorts existieren Angebote wie „edukative Gruppen“, die „über die reine Information und Diskussion hinaus“ auch einen „supportiven Charakter“ haben, womit psychoonkologische Ambulanzen oder Selbsthilfeeinrichtungen wie Krebsberatungsstellen eine „wichtige Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsfunktion“ erfüllen (ebd: 198).

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen von Interventionsmaßnahmen ist die „Überwindung von Sprachlosigkeit und Missverständnissen“. Wie die Sprachlosigkeit zu verstehen ist, kann mit Hilfe direkter Fragen geklärt und dabei oft auch den Beteiligten das Bestehen einer „ungewöhnlichen Situation“ bewusst gemacht werden. Bei dem „Wunsch nach Schonung [wird] oft übersehen“, dass ein „Leben mit Unsicherheit [...] angstprovozierend“ und das Schweigen damit eine „besonders stark isolierend[e]“ Auswirkung haben (ebd: 198).

Familien von Krebspatienten in der „palliativen, der terminalen Phase und Zeit der Trauer“ zu unterstützen ist schließlich ein weiteres bedeutsames Thema innerhalb des psychoonkologischen Zuständigkeitsbereichs. Es kommt einem „Paradigmenwechsel“ innerhalb der (Palliativ-)Medizin gleich, wenn die Betrachtung „von der körperlichen Erkrankung weg und hin zur Person und ihren Beziehungen“ wechselt. Spätestens hier findet die „emotionale Betroffenheit der Familie“ ihre Anerkennung, weil nun mit Gewissheit „auch deren Leben [sich] unwiderruflich ändern“ wird. LEDERBERG bringt es daher prägnant auf den Punkt mit der Aussage: „Family members should be considered 'second order patients'“ (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 199; LEDERBERG, 1998 in: HOLLAND ET AL.: 981).

Die Beurteilung, welche Familie „im Sinne psychotherapeutischer Hilfe“ nun einer Unterstützung bedarf, scheint „nicht leicht einzuschätzen“ zu sein. So kann es phasenspezifische Unterschiede, zum Beispiel bereits „bei der Diagnosestellung“, „beim Rezidiv“ oder erst „beim Eintritt in die palliative Phase“, geben, so dass ein „frühzeitiges Screening“ zur Abklärung, ob bzw. welche „Familienmitglieder sich gegenseitig unterstützen können“ oder ob Einzelne womöglich „besonders unterstützungsbedürftig“ sind, zu empfehlen ist. Vor allem in der Terminalphase zeigt sich eine größere „Abhängigkeit des Krebskranken“, wenn „frühe enge Bindungen an die Familie [an] die Oberfläche“ treten und die „wechselseitigen Beziehungen“ bestimmen. Damit der „spätere Trauerprozess für die Familienentwicklung“ keine zusätzliche Belastung erfährt, benötigen Angehörige in dieser Zeit „die Möglichkeit, sich individuell an der emotionalen Unterstützung des Kranken zu beteiligen und sich so zu verabschieden“ (HUSE-KLEINSTOLL, 2013 in: SCHULZ-KINDERMANN: 199).

INTERVENTIONSFORMEN FÜR FAMILIEN

In der psychoonkologischen Praxis gibt es einige Interventionsformen für Angehörige von Krebskranken, in denen vorrangig Gesprächstechniken der systemischen Paartherapie zum Einsatz kommen und die „im psychoonkologischen Paargespräch besonders wertvoll“ sein können (LANG, 2013 in SCHULZ-KINDERMANN: 211).

Hierzu gehört etwa „zirkuläres Fragen“, bei dem der Therapeut „Gefühle und Kognitionen nicht direkt vom Betroffenen, sondern [...] vom Partner einschätzen“ lässt. Die „Anregung einer offenen Kommunikation über das Innenleben“ und die „Schulung von Perspektivenübernahme“ sind Ziele des zirkulären Fragens (ebd: 211).

Das „Einordnen von Gemütszuständen auf einer Skala“ ist eine Technik, die „Skalierungstechnik“ genannt wird und dazu dienen soll, „diffuse, schwer in Worte zu fassende Gefühle für den Partner besser einschätzbar zu machen“ (ebd: 211).

Die Gesprächstechniken sollten „niemals isoliert“, sondern in einer „tragfähige[n] Arbeitsbeziehung“ zwischen Klienten und Therapeuten angewandt werden und in einer Behandlungsatmosphäre mit einer „einfühlenden und wertschätzenden therapeutischen Grundhaltung“ basieren (ebd: 212).

Zusätzlich gibt es manualgestützte Programme, die auf die Förderung von „*Kommunikationsverhalten und Problemlösefähigkeit*“ abzielen (ebd: 212).

Das von THURMAIER ET AL. erstmals 1995 eingeführte EPL („*Ein partnerschaftliches Lernprogramm*“) gilt als das „*bekannteste Programm*“ (ebd: 212).

Seit 2007 kommt die „*Bonner semistrukturierte Kurzzeitpsychotherapie bei Brustkrebs*“ (BSKP-ONK) von DORN ET AL. zum Einsatz, in der in einem kurzzeittherapeutischen Setting die gesamte Familie betreffende Aspekte wie „*Diagnoseverarbeitung*“, „*körperliche [... und] psychische Veränderungen*“, „*soziales Umfeld*“, „*Bewältigungsmechanismen*“ und „*Zukunftsperspektiven*“ Berücksichtigung finden (ebd: 212).

Von HEINRICHS und ZIMMERMANN wurde 2008 das Interventionsprogramm „*Seite an Seite*“ begründet, das für den Behandlungsprozess Elemente und Themenkomplexe wie „*Psychoedukation über Krebs*“, „*emotionale und praktische Unterstützung*“, „*Integration der Erkrankung in das gegenwärtige [... und] zukünftige Leben*“ und „*persönliche Reifung*“ beinhaltet (ebd: 212).

Ebenfalls von 2008 ist das Programm „*Beziehung im Dialog*“ von DOLAN und SCHULZ-KINDERMANN mit Ansatzpunkten in den „*Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten*“, im „*Äußern unangenehmer Gefühle*“, in den „*Erwartungen an die Partnerschaft*“, im „*Umgang mit der Erkrankung*“, in der „*Sexualität*“ und im „*Transfer in den Beziehungsalltag*“ (ebd: 212).

PERSPEKTIVE KINDER VON KREBSKRANKEN ELTERN

Einer „*besonderen Beachtung im Familiensystem bedürfen die Kinder schwer erkrankter Erwachsener*“ (HERSCHBACH, HEUßNER, 2008: 159). Bedingt durch die „*steigende Zahl jüngerer Krebspatienten sind immer häufiger Personen mit jungen Kindern betroffen*“ (REUTER, 2010: 490). Die „*innerfamiliären Beziehungen und die seelische Entwicklung der Kinder*“ können durch die „*Erschütterung infolge der Krebsdiagnose*“ unter Umständen „*nachhaltig beeinträchtigt*“ werden (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 988). Kinder „*leiden häufig im Schatten*“, „*reagieren besonders still und in der ihnen eigenen Zurückgezogenheit*“, da sie „*in Anbetracht großer spürbarer Not, Verängstigung und Bedrohung bemüht sind, wenig zur Destabilisierung beizutragen*“ (HERSCHBACH, HEUßNER, 2008: 159).

Zu beachten ist, dass die „*Form der Krisenbewältigung bei Kinder und Jugendlichen*“ auch von der „*Art der Erkrankung und [...] Krankheitsverarbeitung*“ abhängig ist. Entsprechend verschieden können „*je nach Entwicklungsstand, Geschlechtszugehörigkeit, Persönlichkeits- und Abwehrstruktur*“ die Reaktionen von Kindern betroffener Elternteile ausfallen (SCHWARZ, MEYER, 2011 in: ADLER, HERZOG ET AL.: 988).

Mögliche psychische Auswirkungen sind „*eng verknüpft mit dem erlebten Verlauf der elterlichen Krebserkrankung*“. Die „*Erfahrung eines belastenden Lebensereignisses, wie eine[r] schwere[n] Erkrankung eines Elternteils*“ kann bei Kindern „*psychische Probleme [...], wie erhöhte Depression und Ängstlichkeit*“, „*Verhaltensprobleme*“, „*ein vermindertes Selbstwertgefühl und eine verringerte soziale Kompetenz*“ auslösen, wie aus Untersuchungsergebnissen der Studie *Parental physical illness and child functioning* von ARMISTEAD ET AL. (1995) hervorgeht. Im „*Sinne eines erweiterten Traumakonzepts*“ kann sogar von einer „*traumatischen Erfahrung und Belastung*“, die unter Umständen zu der Entwicklung von einer „*posttraumatischen Belastungsstörung und ähnlichen Störungsbildern*“ führen kann, ausgegangen werden (FLECHTER, SIMON ET AL., 2013 in: WEIS, BRÄHLER: 235). Dem gegenüber steht jedoch auch, dass Kinder und Jugendliche „*je nach Altersstufe [über] unterschiedliche Voraussetzungen*“ zur Bewältigung der familiären Krisensituation verfügen. Teilweise „*reifen*“ sie sogar und entwickeln „*besondere soziale Kompetenzen*“, indem sie sich „*von ihrer stabilen Seite zeigen*“ und versuchen, „*eigene Ängste und Sorgen [...] von den Eltern fernzuhalten*“ (ROMER, MÖLLER ET AL, 2009 in: KOCH, WEIS: 45).

In puncto „*Kommunikation*“ stellen bereits die „*Diagnosemitteilung und die weitere Informationsvermittlung innerhalb der Familie*“ für viele Eltern ein erstes „*großes Problem*“ dar. Hierzu gehört „*insbesondere die Frage, wann und in welcher Ausführlichkeit*“ mit Kindern über die Krebserkrankung gesprochen werden soll. Es ergibt sich das „*Thema der altersgerechten Aufklärung*“ (FLECHTER, SIMON ET AL., 2013 in: WEIS, BRÄHLER: 232). Die Studie *Psychosocial consequences for children of a parent with cancer: a pilot study*. von HUIZINGA ET AL. (2003) kommt zu dem Ergebnis, dass „*Kinder [...] über die Erkrankung informiert sein und Bescheid wissen*“ möchten, da es ihnen „*erst adäquate Informationen ermöglichen [...], mit anderen über ihre Situation zu sprechen*“. Die „*Art und Weise wie Gefühle und Gedanken miteinander ausgetauscht werden*“ hat einen Einfluss darauf, „*als wie belastet die Situa-*

tion empfunden wird“. Die Studien *Adolescent's stress responses and psychological functioning when a parent has early breast cancer* von EDWARDS ET AL. (2008) und *Comparisons of distress in adolescents or cancer patients and controls* von HARRIS und ZAKOWSKI (2003) belegen, dass „die Beteiligten die Situation als belastender“ empfinden, wenn „wenig offen kommuniziert“ wird (FLECHTER, SIMON ET AL. 2013 in: WEIS, BRÄHLER: 23). Da sich Eltern und Kinder oft „unausgesprochen einig darüber [sind], nicht über Tod und Sterben zu sprechen“ und „sich manchmal zwanghaft verpflichtet [fühlen], auf diese Weise die Hoffnung aufrecht zu erhalten“, wird eine „offene Kommunikation und Zukunftsplanung innerhalb der Familie“ verhindert (ROMER, G., HAAGEN, 2007: 69). Als eine denkbare Ursache für solch ein Verhalten ist anzunehmen, dass „manche Erwachsene [...] die Erkenntnis, dass das Kind leidet oder die Bedeutung des Todes verstehen kann, aus Gründen ab[wehren], die sie selbst betreffen“, es sich also um den Abwehrvorgang des Projizierens handelt. Ein weiterer anzunehmender Grund könnte sein, dass „sie sich selbst in ihrer eigenen Kindheit in ihren Gefühlen nicht ernst genommen“ fühlten oder „die Gefühlsstärke des Kindes eine Bedrohung ihrer eigenen Abwehrmechanismen“ bedeuten könnte (ROMER, G., HAAGEN, 2007: 70).

INTERVENTIONEN FÜR KINDER VON KREBSKRANKEN ELTERN

In Deutschland existieren bereits erste Interventionsansätze, die sich im Rahmen einer „kindzentrierten medizinischen Familienberatung und -therapie“ an Bedürfnissen von Kindern krebskranker Eltern orientieren, sich jedoch weitestgehend noch in der Entwicklungsphase befinden (ROMER, MÖLLER ET. AL, 2009 in: KOCH, WEIS: 47).

Als ein Beispiel erwähnt sei das Hamburger COSIP (Children of somatic ill parents)-Beratungskonzept, das einen Pioniercharakter besitzt und sich derzeit noch in der praktischen Bewährung seiner Wirksamkeit befindet. Aspekte darin sind u. a. die Schaffung einer „angstfreie[n] Kommunikation unter den Familienmitglieder[n] über vorhandene Ängste und Sorgen“, die Förderung „elterlicher Kompetenzen“ und die Unterstützung der „möglichst aktive[n] Bewältigung auf Seiten der Kinder“ (ROMER, HAAGEN, 2007: 69; ROMER, MÖLLER ET. AL, 2009 in: KOCH, WEIS: 47).

FRAGESTELLUNG UND ERKENNTNISZIEL

Anhand der vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass aufgrund der Entwicklungszahlen jährlicher Krebsneuerkrankungen ein zunehmender Bedarf besteht, im Rahmen psychologischer Beratung und psychotherapeutischer Begleitung psychoonkologisch fokussierte Interventionen anzubieten.

Die Angehörigen von Krebspatienten erfüllen wichtige Rollen, sind jedoch bedingt durch die Krisensituation oft selbst Belastungen ausgesetzt und darin beeinträchtigt, Aufgaben bewältigen zu können, wie quantitative Studien dokumentieren.

Im Hinblick auf die Optimierung von bereits in der klinischen Praxis angewendeten Interventionsansätzen, die sich schwerpunktmäßig an Angehörige von Krebspatienten richten, ist es von einem Erkenntnisinteresse, die Umgangsformen mit einer Tumorerkrankung innerhalb eines familiären Bezugssystems zu untersuchen, um daraus ableitend ein grundlegendes Verständnis für die Bedürfnisse von Familienmitgliedern entwickeln zu können.

Ein gestörtes Kommunikationsverhalten unter den beteiligten Akteuren scheint ein besonders belastender Faktor zu sein und somit eine Relevanz der wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Erforschung zu haben.

In der Frage nach der Wahl eines adäquaten Forschungsdesigns erscheint darum ein tiefenhermeneutischer Ansatz sinnvoller als eine rein quantitative Datenerhebung zu sein, da eine qualitative Einzelfalluntersuchung einen Beitrag dazu leisten kann, Hintergründe und Umstände des zu untersuchenden Phänomens zu verstehen und zu erklären.

VORGEHENSWEISE

Im empirischen Teil dieser Masterarbeit werden zu Beginn das für die Untersuchung gewählte Erhebungsinstrument und die geeignete Interpretationsmethode vorgestellt.

Anschließend erfolgt ausführlich die interpretatorische Auswertung des erhobenen Datenmaterials und die Darstellung der Ergebnisse.

Eine Zusammenfassung und ein kurzes Fazit samt Ausblick markieren schließlich den Abschluss dieser Arbeit.

HAUPTTEIL

VORSTELLUNG DES DATENERHEBUNGSINSTRUMENTS PZI

In der qualitativen Forschung werden Interviews eingesetzt, um „*einen Zugang zum Forschungsfeld, zu den interessierenden Personen und ihren Konstruktionen von Sinn und Bedeutungen, die wiederum ihr Handeln steuern*“, zu erhalten. Ein praxisnahe Annäherung an die von Menschen „*entwickelten spezifischen Ansichten von der Welt, von sich selbst*“, sowie ihren „*Werten, Normen und Verhaltensweisen*“ kann nur erfolgen, „*indem wir mit ihnen reden*“ und „*uns ihre Lebensgeschichten und Lebensansichten erzählen lassen*“ (FRIEBERTSHÄUSER, LANGER, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 437).

Das für die empirische Datenerhebung dieser Masterarbeit als Instrument gewählte *Problemzentrierte Interview (PZI)* nach Andreas WITZEL wurde erstmals 1982 veröffentlicht und bezeichnet eine Interviewform, die sich durch eine „*sehr lockere Bindung an einen knappen, der thematischen Orientierung dienenden Leitfaden*“ auszeichnet. Dieser wird „*mit dem Versuch [...], den Befragten sehr weitgehende Artikulationschancen einzuräumen und sie zu freien Erzählungen anzuregen*“ verbunden. Es handelt sich somit um einen Kompromiss zwischen einer leitfadenorientierten und einer narrativen Gesprächsform und vereinigt deren jeweilige Vorzüge, sowohl eine Orientierung zu geben und zu strukturieren, als auch eine erzählgenerierenden Haltung einzunehmen (HOPF, 1995 in: FLICK, KARDORFF ET AL.: 178).

Das PZI zielt auf „*eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität*“ ab (WITZEL, 2000: Absatz [1]) und „*lehnt sich weitgehend an das theoriegenerierende Verfahren der Grounded Theory*“ an (WITZEL, 2000: Absatz [3]).

Als die drei Grundpositionen des PZI lassen sich die „*Problemzentrierung*“, die „*Gegenstandsorientierung*“ und die „*Prozessorientierung*“ aufführen.

Die Problemzentrierung ist gekennzeichnet durch den Anspruch der „*Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung*“.

Mit der Gegenstandsorientierung ist die „*Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstands*“ gemeint. Das be-

deutet, die Methode wird „am Gegenstand entwickelt und [muss] gegebenenfalls modifiziert werden“.

Die Prozessorientierung nimmt Bezug auf den „gesamten Forschungsablauf und insbesondere auf die Vorinterpretation“. Im Verlauf des Forschungsprozesses wird eine „schrittweise, wechselseitige Gewinnung und Prüfung von Daten“ vollzogen (WITZEL, 2000: Absatz [4]; FRIEBERTSHÄUSER, LANGER, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 442).

Das Problemzentrierte Interview lässt sich in seinem dreiteiligen Aufbau untergliedern in den Kurzfragebogen, den Leitfaden und das Postskriptum.

Der Kurzfragebogen erfasst zunächst die „bedeutsame[n] demographische[n] Daten der Befragten“, um „das spätere Interview von solchen Frage-Antwort-Schemata [zu] entlasten“. Die darin explorierten Informationen ermöglichen „insbesondere in Kombination mit einer offenen Frage [...] einen Gesprächseinstieg“ (WITZEL, 2000: Absatz [6]; FRIEBERTSHÄUSER, LANGER, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 442).

Der Leitfaden enthält die „Forschungsthemen als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen“. Seine Funktion ist die Überprüfung des Kommunikationsprozesses im Hinblick auf die bereits im Gesprächsverlauf behandelten Themen, so dass er „als eine Art Hintergrundfolie, die zur Kontrolle dient“, zu verstehen ist (WITZEL, 2000: Absatz [8]).

Das Postskriptum soll „unmittelbar nach dem Gespräch“ erstellt werden und enthält „Anmerkungen zur Interviewsituation, zum Verlauf des Interviews, zu Schwerpunktsetzungen des Befragten, zu nonverbalen Aspekten, sowie erste Interpretationsideen“ (WITZEL, 2000: Absatz [9]; FRIEBERTSHÄUSER, LANGER, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 442).

Eine „hohe Sensibilität für den Gesprächsprozess“ und ein Gespür für die „Fähigkeit, dort Detaillierungen zu erreichen, wo inhaltliche Problementwicklungen im Zusammenhang mit den zentralen Forschungsfragen angesprochen werden“, zu entwickeln, zählen bei der Anwendung des PZI zu den grundlegenden Ansprüchen, die an den Interviewer gestellt werden (ebd.: 442).

So zählen zu den „*erzählungsgenerierenden*“ und „*verständnisgenerierenden*“ Kommunikationstrategien das Beherrschen von einigen Gesprächstechniken wie „*Nachfragen*“, „*Spiegeln des Gesagten*“, „*Verständnisfragen*“, „*Interpretationen*“ oder „*Konfrontationen mit Widersprüchlichen und Ungereimtheiten*“ (FRIEBERTSHÄUSER, LANGER, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 443).

Als weitere die Qualität des Gesprächsverlaufs begünstigende Rahmenbedingungen sind eine „*gute Gesprächsatmosphäre*“, die „*prinzipielle Anerkennung der Befragten*“ und das „*legitimierte und von den Befragten anerkannte inhaltliche Interesse der Interviewenden*“ zu nennen (ebd: 443).

VORSTELLUNG DER TRANSKRIPTIONSMETHODE GAT 2

Das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem GAT 2 existiert seit 2009 in der revidierten Fassung seines 1998 erstmals erschienenen Vorläufersystems. Die Vorteile und Prinzipien des GAT 2 sind seine „*Ausbaufähigkeit und Verfeinerbarkeit der Notation*“ zu den drei verschiedenen Detaillierungsstufen, seine „*Lesbarkeit [...] auch für Nicht-Linguisten*“, seine „*Eindeutigkeit*“, dadurch dass jedem „*darzustellenden Phänomen [...] ein Transkriptionszeichen zugeordnet*“ werden kann, seine „*Ikonzität*“, seine „*Relevanz*“ der erfassbar und darstellbar zu machenden Phänomene und seine „*formbezogene Parametrisierung*“ (SELTING, AUER ET AL., 2009: 4f.).

Es sind drei verschiedene Feinheitsgrade näher definiert: das „*Minimaltranskript*“, die basale Ausbaustufe, die bereits „*für viele sozialwissenschaftliche Zwecke ausreichend*“ ist (ebd.: 7), darauf aufbauend das „*Basistranskript*“, das um einige Elemente erweitert ist (ebd.: 17), und schließlich das „*Feintranskript*“, das vor allem für linguistische Forschungszwecke geeignet ist, in dem der Fokus vornehmlich auf die Prosodie, den Tonhöhenverlauf und das Akzentuieren gelegt wird (ebd: 25).

Als ein wichtiger Bestandteil zu erwähnen ist der Transkriptionskopf, in dem das Datum und die Uhrzeit, die Dauer und der Ort der Aufnahme, sowie der Name des Interviewers und des Transkribierenden einzutragen sind.

Jede Zeile wird am linken Rand durchnummeriert und mit einer entsprechenden Sprecherkennung, zum Beispiel mit 'A' und 'B', versehen.

Auf weitere Einzelheiten des GAT 2 wird an dieser Stelle nicht mehr eingegangen.

VORSTELLUNG DER INTERPRETATIONSMETHODE GTM

Die 1967 von den Soziologen Barney GLASER und Anselm STRAUSS als „*umfassende Konzeption des sozialwissenschaftlichen Erkenntnis- und Forschungsprozesses*“ eingeführte Grounded Theory ist ein qualitativer Forschungsansatz, „*in dessen Zentrum die Ausdeutung von vorliegendem oder während seiner Anwendung nach bestimmten Richtlinien eigens empirisch erhobenem Material steht*“. Sie ist das „*Verfahren der Wahl, wenn psychologische Forschung um Alltag und Lebenswelt bemüht ist*“ (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 121; WIEDEMANN, 1995 in FLICK, KARDORFF ET AL.:444).

Die Grounded Theory verfolgt das Ziel, „*Theorien über die soziale Wirklichkeit zu entwickeln*“. Diese Theorien sollen dabei „*den Kontakt zur Datenbasis nicht verlieren*“ und „*einen sozialen Sachverhalt unter Bezug auf seine Bedingungen [...] und die aus ihm ergebenden Konsequenzen verständlich machen*“ (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 281). Charakteristisch für die Grounded Theory ist, dass sie sich durch ein Bestreben auszeichnet, „*Forschung als kreatives Konstruieren von Theorien zu betreiben, die gleichzeitig fortlaufend an den Daten kontrolliert werden*“ (WIEDEMANN, 1995 in FLICK, KARDORFF ET AL.: 440).

Die Grounded Theory ist sowohl als ein „*relativ freizügiger Forschungsstil*“, als auch unter dem näher präzisierenden Begriff der 'Grounded Theory Methodology' (GTM) als ein methodisches Verfahren zu verstehen (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 281). Auf der „*Basis von Forschung in einem bestimmten Gegenstandsbereich*“ aufbauend, kann schließlich eine Theorie formuliert werden, die sich dazu eignet, „*eine Beschreibung und Erklärung der untersuchten sozialen Phänomene zu geben*“ (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 121).

Die Haltung in der Anwendung der GTM ist es, „*eine Theorie zu entwickeln als sie nur zu überprüfen*“, dabei dem „*Forschungsprozeß [sic!] die notwendige methodische Strenge zu verleihen*“, dem Forschenden „*zu helfen, seine mitgebrachten und während des Forschungsprozesses entwickelten Verzerrungen und Vorannahmen zu durchbrechen*“ und „*Dichte, Sensibilität und Integration zu entwickeln, die benötigt werden, um eine dichte, eng geflochtene, erklärungsreiche Theorie zu generieren*“ (STRAUSS, CORBIN, 1996: 39).

Damit eignet sich die GTM als methodisches Instrument besonders für Falluntersuchungen, „wenn aus den Texten neue Überlegungen, Zusammenhänge, Konsequenzen und Handlungsempfehlungen für einen Gegenstandsbereich abgeleitet werden sollen“ (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 123). Ein frühes publiziertes Musterbeispiel aus dem Jahre 1965 stellt die medizinsoziologische Arbeit 'Awareness of Dying' (deutsch 'Interaktion mit Sterbenden') von STRAUSS dar (ebd.: 121).

Der Forschungsprozess beginnt zunächst mit einem „vorab umrissenen Forschungsziel“. Eine „undogmatisch-offene Fragestellung, die unterschiedlich stark konturiert“ werden kann, bildet den „Rahmen für erste Feldkontakte unter Anwendung ausgewählter Erhebungstechniken“, wobei es „relativ beliebig [ist,] an welchen Phänomenen der Analyseprozess ansetzt“ (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 284). Im Sinne einer unvoreingenommenen Herangehensweise ist es entscheidend, dass ein über das Forschungsgebiet vorliegendes theoretisches Vorwissen phasenweise möglichst ein- bzw. wieder ausgeklammert wird. Im Verlauf des analytischen Prozesses werden Codes gebildet und „im Fortgang der Auswertung sukzessive erweitert und verfeinert“ (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 124).

Die angewandten Techniken sind das permanente Vergleichen der Codes, wobei „weniger die Suche nach identischen Inhalten [...], sondern vielmehr die Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden“ gemeint ist (ebd.: 124), sowie das fortlaufende Stellen von „erkenntnisgenerierenden Fragen“ (STRAUSS, CORBIN, 1996: 41). Praktisch bewährt haben sich die so genannten „W-Fragen“, z. B. wer?, warum?, wo?, wann?, wie?, wozu?, etc. (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 125).

Die während der theoretischen Kodierung zum Einsatz kommenden drei Kodierungsarten zum „Verschlüsseln oder Übersetzen von Daten“ sind das offene, das axiale und das selektive Kodieren (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 125). Diese werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Beim Vorgang des offenen Kodierens, der sich auf das „Benennen und Kategorisieren der Phänomene mittels einer eingehenden Untersuchung der Daten bezieht“ und der „zumeist in frühen Stadien der Analyse“ eingesetzt wird, werden „kleine und kleinste Partikel wie Worte, Sätze, Textausschnitte, Beobachtungen usw. der Inter-

views [...] auf ihren jeweils zum Forschungsziel gehörigen Gehalt hin abgetastet“ (STRAUSS, CORBIN, 1996: 44; HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 284). Dabei werden die Daten *„in einzelne Teile aufgebrochen, gründlich untersucht“* und *„auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen“* (STRAUSS, CORBIN, 1996: 44). Geleitet durch das Stellen von Fragen und den wiederholten Vergleich der *„auf diese Weise identifizierten Sinneinheiten“*, wird die *„im Material enthaltene Information möglichst vollständig und facettenreich erfasst“* (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 285). Im *„erste[n] Schritt im Prozess der Theoriebildung“* ist vorgesehen, dass ähnliche Phänomene als Indikatoren zu Konzepten vereinigt werden. Konzepte sind somit wesentliche Elemente, weil sie *„durch den eigentlichen Akt des Benennens [...] die Aufmerksamkeit auf das Phänomen lenken“* (STRAUSS, CORBIN, 1996: 44). Aus den Konzepten, die häufiger identifizierbar, inhaltlich passend sind und die *„die inhaltlichen Beziehungen der Sinneinheiten repräsentieren“*, werden durch einen Prozess des Gruppierens übergeordnete Kategorien entwickelt. Diese stellen sozusagen eine Repräsentation von *„Eigenschaften, Kennzeichen oder Charakteristika“* der Phänomene auf einer abstrakteren Ebene dar. Zeichnen sich mehrere Stränge für einen Sachverhalt ab, lassen sich hiervon später Kernkategorien und gegebenenfalls zur weiteren Differenzierung zusätzlich noch Subkategorien bilden (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 286).

Bei der axialen Kodierung findet eine genauere Untersuchung der *„logischen und inhaltlichen Beziehungen zwischen den Kategorien“* statt. Die aus dem vorangegangenen offenen Kodierungsvorgang gebildeten Kategorien werden in diesem Analyseschritt *„stärker fokussiert und ausgearbeitet“* und hierarchisch angeordnet, um die Eigenschaften des Untersuchungsgegenstands genauer herauszuarbeiten (WIEDEMANN, 1995 in FLICK, KARDORFF ET AL.: 443). Über das *„Klassifizieren hinaus [rücken nun] die Interpretation und Erklärung“* in den Forschungsmittelpunkt, denn es handelt sich um eine *„Verfeinerung und Differenzierung schon vorhandener Konzepte“* (STRAUSS, CORBIN, 1996: 76; BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 130). Hier kann ein von STRAUSS und CORBIN entwickeltes Kodierparadigma eine Orientierungshilfe sein, *„systematisch über die Daten nachzudenken und komplexe Beziehungen herauszuarbeiten“* (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 130).

Die im Kodierparadigma enthaltenen Rubriken sind die *„genaue Bestimmung des Gegenstandes“*, die *„konstitutiven Ursachen des Phänomens in den Interaktionen der Akteur/-innen“*, die *„Kontextbedingungen des Handelns bzw. intervenierende Einflüsse“*, die *„Handlungsstrategien und Taktiken der Akteur/-innen“* und die *„Veränderungen der ursächlichen, kontextuellen Bedingungen und anschließender Handlungen“* (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL.: 287).

Beim selektiven Kodierprozess können aus den im *„Gegenstand verankerte[n], zugleich abstrahierende[n] Kategorien“* übergeordnete Hauptkategorien entworfen werden, wobei empfohlen wird, dass *„nicht mehr als zwei Basis-Konzepte [...] im Mittelpunkt der Untersuchung stehen“* sollten (WIEDEMANN, 1995 in FLICK, KARDORFF ET AL: 444). Meistens zeichnet sich eine Hauptkategorie durch seine *„vielfältigen Relationen zu allen anderen wichtigen Kategorien aus“*, und sie *„muß [sic!] gewissermaßen die Sonne sein, die in systematisch geordneten Beziehungen zu ihren Planeten steht“* (BÖHM, 1994 in BÖHM, MENGEL ET AL.: 135; STRAUSS, CORBIN, 1996: 101). Die möglichst plausibel erscheinenden, semantischen Eigenschaften der Hauptkategorie und deren detailliert aufgefächerten Beziehungen zu anderen Kategorien sollen nachfolgenden Ansprüchen entsprechen. So sollen sie *„zentral“* und ihre Indikatoren *„im Material häufig aufzufinden“* sein, sie sollen *„Bezüge zu anderen Schlüsselkategorien aufweisen“*, zur *„Produktion von theoretischen Annahmen/ Hypothesen und Verbindungen“* führen und die *„maximale Breite einer Thematik einschließlich möglicher Variationen erfassen“* (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL: 289). Mit dem abschließenden Formulieren einer das untersuchte Phänomen zu erklärenden Theorie wird der Forscher schließlich zum Autor.

Die vorangegangenen beschriebenen Kodierungsphasen folgen einer *„inneren Abfolge von Induktion, Deduktion und Verifikation“* und verhalten sich *„kreisförmig, sprunghaft, bisweilen rekursiv und immer beweglich“*. Dies bedeutet, dass sie nicht nach einem *„zwingend logischen Schema“* ablaufen müssen und daher anwendungsgeleitet gewisse pragmatische Freiheiten in der Handhabung der GTM erlaubt sind. Gedankliche Abläufe erfolgen parallel neben einander, und Die Grenzen zwischen den Kodierungsphasen sind oft fließend (HÜLST, 2010 in: FRIEBERTSHÄUSER, LANGER ET AL: 289).

INTERPRETATION DES ERHOBENEN DATENMATERIALS

Nach der freundlichen Anfrage in einer Berliner Beratungsstelle, die thematisch auf die psychosoziale Beratung und Begleitung von Krebspatienten, sowie speziell deren Angehörige, ausgerichtet ist und mit ihrem über 30-jährigen Bestehen auf eine lange psychoonkologische Beratungstradition zurückblicken kann, hat sich eine Angehörige bereitwillig zur Verfügung gestellt, sich zu Forschungszwecken im Rahmen einer Masterarbeit interviewen zu lassen.

Die Probandin ist dem Interviewer bis dato noch nicht persönlich begegnet. Das einzige Hintergrundwissen, das vor der Interviewführung als ein Eignungskriterium telefonisch in Erfahrung gebracht worden ist, sind die Informationen darüber gewesen, dass es sich bei ihr um eine deutschsprachige Frau mittleren Alters handelt, die Ehefrau eines Krebspatienten und Mutter eines gemeinsamen Kindes ist.

Das Interview ist nach dem Leitfaden dem eigens konzipierten Erhebungsbogens abgelaufen [siehe Anhang S.93] und hat am Mittwoch, den 21.05.2014, in den Räumen der *krebsberatung berlin* [sic! Nameskleinschreibung] – *Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe e.V.* in der Cranachstr. 59 in 12157 Berlin stattgefunden.

Zu Beginn des Interviews sind durch den Interviewer (A) demographische Angaben über die Gesprächspartnerin Frau M. (B) im Sinne des Kurzfragebogens exploriert worden. Nach ihrer Auskunft ist Frau M. verheiratet, hat einen siebzehnjährigen Sohn und geht freiberuflich einer Berufstätigkeit als Sozialarbeiterin mit dem Arbeitsschwerpunkt der Erwachsenenbildung nach.

Anschließend ist das Interview in den leitfadengestützten, narrativen Teil übergegangen. Auf die Frage nach dem Anlass, die psychosoziale Krebsberatungsstelle aufzusuchen, hat sie die Diagnosestellung einer Chronisch lymphatischen Leukämie (CLL) ihres Ehemannes im Jahr 2011 genannt. Weitere Eruiierungspunkte sind gewesen, wie Frau M. den Umgang mit der Krebserkrankung ihres Mannes Zuhause in der engeren und weiteren Familie erlebt, wie sie an ihrem Arbeitsplatz mit dem Thema umgeht und wie der Krebs im Freundes- und Bekanntenkreis thematisiert wird.

Nach Interviewabschluss ist im Postskriptum vermerkt worden, dass das Gespräch pünktlich, störungsfrei und ca. 42 Minuten lang verlaufen konnte. Alle Leitfadepunkte sind behandelt worden. Die beiden Interviewpartner haben sich gegenüber gesessen, zwischen ihnen hat ein Glastisch mit einer Kanne Tee und zwei Tassen darauf gestanden. Es ist eine offene, angenehme Gesprächsatmosphäre gewesen.

Der während dieses Gesprächs entstandene audiographische Mitschnitt [siehe mp3-Datei auf der Daten-CD im Anhang] ist in der Folgezeit nach dem Interview gemäß der Konventionen des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT 2) nach SELTING ET AL. in ein Basistranskript umgewandelt worden [siehe Anhang S.95].

Nun beginnt die Interpretation des erhobenen Datenmaterials anhand der Grounded Theory Method mit den Analyseschritten offenes, axiales und selektives Kodieren.

OFFENES KODIEREN

Das Interviewtranskript ist zunächst zu Zwecken der methodentechnisch besseren Handhabbarkeit in 26, nicht immer chronologische, sondern sich an der Struktur des Interviewleitfadens orientierende Interviewausschnitte zergliedert worden.

Den nachfolgenden Ausschnitten wird jeweils als einleitender Überblick eine kurze thematische Zusammenfassung vorangestellt. An die jeweiligen Interviewausschnitte anschließend befinden sich grau unterlegt knapp gefasste Memo-Notizen zum offenen Kodierungsprozess. Die gefundenen Konzepte sind mit Fettdruck dargestellt.

Frau M. beginnt damit, von dem Anlass, die Krebsberatungsstelle aufzusuchen und den Anfängen der Krankheitsgeschichte ihres Mannes zu erzählen.

1. Interviewausschnitt {03:20} – {03:24}:

01 B: [...] ich kann=ja vielleicht erst=mal vom_vom anfang an sagen
02 dass ich das gefühl hatte mein mann gings nich GUT hatte ich den
03 EINDRUCK °h/h° und dann hab=ich irgendwie ihn gebeten (.) und
04 ihn unterstützt dass er mal zum arzt geht=sich untersuchen lässt
05 [...]

Frau M. (WER?) hatte „vom Anfang an“ (WANN?) das „Gefühl“ und den „Eindruck“, dass es ihrem Mann „nich[t] gut“ geht (WAS?) und reagierte darauf mit der Bitte (WOMIT?), sich von einem Arzt (WEM?) untersuchen zu lassen und unterstützt ihn dabei (WIE?). Für diese Phänomene könnten die Bezeichnungen **argwöhnisch sein, jemanden um etwas bitten und andere unterstützen wollen** passen.

Frau M. berichtet davon, wie ihr Mann zunächst seine Hausärztin aufsucht.

2. Interviewausschnitt {03:26} – {03:40}:

01 B: [...] dann hat seine hausärztin irgendwie auch gesagt hmm das
02 kommt ihr KOMISCH VOR (.) [...] und=ähm dann hat SIE irgendwie
03 kontakt aufgenommen mit dem benjamin-franklin=u:nd mit einem
04 proff (.) also die ist so sehr rührich °h/h° [...]

Frau M. und ihr betroffener Mann (WER?) konsultieren (WAS?) „seine Hausärztin“ (WEN?), die ihnen „gesagt“ hat (WAS?), dass ihr das auch „komisch“ (WIE?) vorkommt. Sie lassen sich von ihr an einen in einer Klinik, dem Benjamin-Franklin-Krankenhaus der Charité Berlin, tätigen Professor (WOHIN?) überweisen (WAS?). Die vorliegenden Konzepte können als **sich etwas sagen lassen, sich bestätigt fühlen und Hilfe in Anspruch nehmen** bezeichnet werden.

Nachfolgend wird der Ablauf der Untersuchung in der Klinik geschildert.

3. Interviewausschnitt {03:42} – {04:45}:

01 B: [...] der [professor] hat dann das auch untersucht=sein blut und
02 der hat halt ERST=MAL gesacht (-) er hätte das gar nicht VERMUTET
03 und hat dann nochmal GENAUER auf ihr DRÄNGEN ähm=es untersucht
04 und dann hat er schon diese ze: ell ell FESTGESTELLT und
05 angeblich hatte er=ne °h/h° ATYPISCHE=das ham wir bis heute nich
06 so richtig VERSTANDEN (.) was das is [...] oder WAS das atypische
07 ist weil dieser professor ist jetzt auch nicht mehr DA
08 ((schmatzt)) ähmm (-) JA: u:nd DANN war mein mann bei=also am
09 anfang alleine da zur blutuntersuchung=also weil sie auch noch
10 nix GESACHT hatte (.) denke sie hatte den verdacht schon aber hat

11 B: dann auch nichts gesagt [...] u::nd ja dann hat er das kam nach
12 hause hat das ERZÄHLT=und dann war klar er muss noch (.) nochmal
13 untersucht werden=es sollten weitere untersuchungen stattfinden
14 und=ähm beziehungsweise ham=die ihn dann sehr ÜBERRASCHEND und
15 ZACKZACK ham=die da=ne HÜFTSTANZE gemacht °h/h° also das war pff
16 ziemlich also pff mit mir wär=das nicht gegangen also der
17 is=irgendwie VERTRAUENSWÜRDIGER bei ärzten ((lacht)) [...]

Frau M.s Mann (WER?) lässt „*sein Blut*“ (WEN?) „*alleine*“ (WIE?) untersuchen (WAS?) und unterzieht sich „*sehr überraschend*“ und „*vertrauenswürdiger*“ als seine Frau (WIE?) einer Hüftstanze (WEM?). Dieses Phänomen kann wieder als **Hilfe in Anspruch nehmen** kodiert werden. Der zuständige Arzt (WER?) hat ihnen gesagt (WAS?), dass er eine CLL zunächst gar nicht vermutet hatte (WAS?). Auch die Hausärztin (WER?) hatte zuvor (WANN?) darüber „*nichts gesagt*“ (WAS?), obwohl sie vielleicht den Verdacht hatte. Das lässt sich kodieren als **sich etwas sagen lassen** und **zu etwas schweigen**. Zudem haben Herr und Frau M. (WER?) die Diagnosestellung (WEN?) „*nich[t] so richtig verstanden*“ (WAS?). Dieses Konzept wird **unsicher sein** genannt. Sie hätten **noch einmal nachfragen** können, haben dies anscheinend aber, aus welchen Gründen auch immer, versäumt [Flip-Flop-Technik].

Als nächstes erzählt Frau M. von einem weiteren Termin im Krankenhaus.

4. Interviewausschnitt {04:51} – {06:59}:

01 B: [...] dann war eben pff der_der nächste termin ähm das ergebnis
02 dieser hüftstanze und der ganzen (-) untersuchung was sie da
03 alles untersuchen und da bin ich dann MIT °h/h° [...] und (.) das
04 war schon alleine dieses GESPRÄCH war schon ein <<lachtend>> ein
05 ANLASS auch sich (.) BERATUNG zu holen weil mir dann nochmal klar
06 wurde wie schwer es is sich in diesem (.) MEDIZIN (-) UNTERNEHMEN
07 zurecht zu finden=oder ja [...] DA für sich zu SORGEN und gute
08 antworten zu kriegen oder (.) nen weg zu finden und
09 ((unverständlich)) es schrecklich dieses GESPRÄCH °h/h° also dann
10 hat er halt gesagt dass das eben doch=ne (.) schon in=nem hohen
11 STADIUM=also die ze: ell ell verläuft in verschiedenen STADIEN=es
12 gibt verschiedene kategorien [...] wonach die diagnose also
13 eingeteilt wird es gibt da so bine:stadien und dann einmal einen

14 B: so nach rei? oder rai? °h/h° und er hat das also nach diesem
 15 BINE:STADIUM da war er eigentlich schon in der ZEE das ist also
 16 schon die STÄRKSTE form. [...] und=ähm das gespräch war für uns
 17 irgendwie dann ziemlich SCHRECKLICH also ich war dann ziemlich
 18 ENTSETZT und SCHOCKIERT gesessen und dann hat der °h/h° der
 19 PROFESSOR mein mann angesprochen=naja seine FRAU die wär ja wohl
 20 sehr KRITISCH ((lacht)) also ne? ich war total GESCHOCKT und
 21 statt dass er mich anspricht und fragt (.) was is=ne? so hat da
 22 ÜBER mich geredet [...] und das war alles so ziemlich pfff (.)
 23 SCHRECKLICH also ich denke der hat gut_gut diagnostiziert aber
 24 der UMGANG war se:hr SCHWIERIG und der sprach da zum beispiel
 25 auch nicht von SCHEMOTHERAPIE °h/h° sondern von infu_INFUSIONEN
 26 die man gibt also ((lacht)) [...] ((lacht)) also da hab ich
 27 gedacht für_für_für wie BLÖD? (.) hält der uns? also ähm °h/h°
 28 ja=gut so wa:r da:s u:nd dann war für mich direkt DANACH klar so
 29 in dem SCHOCK dass ich dachte wir brauchen auf jeden fall=ne
 30 zweite ne ZWEITMEINUNG BEVO:R (.) da irgendwas entschieden wird
 31 und=äh dann haben wir uns dann SELBER drum gekümmert °h/h°
 32 und=dann war aber klar das wird ein LANGER ein längerer prozess
 33 und da brauchen wir irgendwie=n ORT ähm um uns auszutauschen um
 34 (.) ja um uns AUSZUTAUSCHEN um uns HILFE zu ho:len um (.) um
 35 unsere sorgen einfach jemanden MITZUTEILEN [...]

Frau M. und ihr Mann (WER?) suchen gemeinsam (WIE?) den behandelnden Arzt (WEN?) im Krankenhaus (WO?) auf. Sie finden es „*schwer*“ (WIE?), sich in „*diesem Medizinunternehmen zurecht zu finden*“, „*für sich zu sorgen*“, „*gute Antworten zu kriegen*“ oder „*[ei]nen Weg zu finden*“ (WAS?). Dieses Phänomen beschreibt **nach Lösungen suchen**, entspricht aber auch den Konzepten **unsicher sein**, **schockiert sein** und **Erwartungen haben**. Frau M. (WER?) ist „*sehr kritisch*“ (WIE?) und fragt sich, „*für wie blöd?*“ (WIE?) der Arzt (WER?) sie wohl hält. Statt sie anzusprechen (WAS?), redet (WAS?) er „*über*“ (WIE?) sie. Hier sind die Konzepte **argwöhnisch sein**, sich **bestätigt fühlen**, **nicht miteinander reden** und **enttäuscht sein** vertreten. Sie und ihr Mann (WER?) brauchen eine „*Zweitmeinung*“, sowie einen Ort, um sich „*auszutauschen*“ und ihre „*Sorgen (...) jemanden mitzuteilen*“ (WAS?). Sie holen sich „*Hilfe*“ und kümmern sich „*selber drum*“ (WIE?). Die Konzepte sind **Hilfe in Anspruch nehmen** und **nach Lösungen suchen**.

Frau M. berichtet von ihren Gefühlsreaktionen und Handlungen in der Folgezeit nach den Arztgesprächen, in denen die Diagnose der CLL gestellt wurde.

5. Interviewausschnitt {08:16} – {10:00}:

01 B: [... da war] natürlich erst=mal totale (.) panik und=ähm ne? also
02 wird er daran STERBEN? wie IS das? ich hab unglaublich viel
03 GEGOOGELT (.) so mein mann gar nich der war ((unverständlich))
04 °h/h° ich hab viel recherchiert und=ähm für mich war=s auch
05 wichtig und gut also=ähm sehr HILFREICH wei:l ich hab so=n
06 ZE: ELL ELL FORUM gefunden u:nd °h/h° hab eigentlich nur
07 mitgelesen und das waren sehr KOMPETENTE leute sag=ich mal
08 und=ähm ((schmatzt)) dass ich relativ schnell=nen guten einblick
09 hatte zumindestens so gro:b [...] was KANN da so passieren? ähm
10 mit dieser krankheit oder wie kann man da KUCKEN wie kann man
11 drauf SEHN? das war zum beispiel für mich auch auch schon: ganz
12 hilfreich dass diese °h/h° eher kritisch diese °h/h° wenn man
13 dann auf diesen also es gibt da ganz BESTIMMTE seiten wo man dann
14 auf bestimmte krebserkrankungen kuckt dann gibts diese
15 ((schnaufen)) weiß ich nich LEBENSWAHRSCHEINLICHKEIT?
16 TODESWAHRSCHEINLICHKEIT? keine ahnung wie lange <<lachend>> man
17 lebt ((lacht))
18 A: statistische Daten
19 B: [ja ne es hat=nen bestimmten NAMEN ich kann ich weiß
20 den jetzt nich=und=äh [...] °h/h° die ham=das zum beispiel schon
21 sehr gut ERKLÄRT dass man da aufpassen muss also wie sich sowas
22 ZUSAMMENSETZT ? ne? °h/h° und das war für mich schon sehr sehr
23 hilfreich und für mich war das aller ALLERWICHTIGSTE <<lachend>>
24 da war wirklich dieses FORUM total klasse dass °h/h° es da einen
25 MANN gibt da lese ich auch immer noch so=n bisschen mit ähm der
26 is in dem gleichen stadium der hat KEINE schema gemacht und der
27 hat dann aber SOFORT irgendwie ist in frührente gegangen °h/h°
28 und der lebt IMMER noch ((lacht)) also_so der lebt da jetzt schon
29 seit °h/h° FÜNFZEHN jahren mit und es is=ne relativ LANGE ne
30 lebenszeit statistisch für dieses stadium [...] °h/h° u:nd=ähm
31 B: das war für mich erstmal so so=n HALT [...]

In Folge einer „totale[n] Panik“ (WARUM?) hat Frau M. (WER?) „gegooglet“ und „recherchiert“ (WAS?) und zwar „unglaublich viel“ (WIE?). Sie (WER?) findet im Internet

(WO?) ein CLL-„Forum“ (WAS?), was sie als „sehr sehr hilfreich“ und „total klasse“ (WIE?) erlebt. Sie hat dort aber „eigentlich nur mitgelesen“ (WAS?), bekam jedoch etwas „erklärt“ (WAS?). Für sie ist es das „aller allerwichtigste“ (WAS?), dort „einen Mann“ mit einer ähnlichen Krankengeschichte (WEN?) zu finden, der nach „fünfzehn Jahren“ noch lebt (WAS?) und „keine Chemo gemacht“ hat, was ihr „Halt“ gibt (WOZU?). Die hier genannten Konzepte sind **argwöhnisch sein, Angst haben, unsicher sein, etwas erklärt bekommen und nach Lösungen suchen**. Bei Letzterem geht es präziser darum, **sich Wissen anzueignen**.

Frau M. erzählt davon, dass die Familie trotz der für sie unvermittelt eingetretenen Situation der Diagnosestellung des Ehemanns beschließt, erst einmal zu verreisen.

6. Interviewausschnitt {10:01} – {11:16}:

01 B: [...] u:nd also wir ham=dann was glaub=ich auch sehr WICHTIG war
02 war w_wir warn dann wirklich so im VOLLSCHOCK da warn da hatten
03 wir glaub= ich noch keinen termin hier °h/h° und mussten noch
04 WARTEN auf diese ZWEITDIAGNOSE <<seufzt>> u:nd dann sind wir
05 aber doch in=nen urlaub gefahrn und ich hab erst paar tage
06 überhaupt gedacht ich PACK das nich also mein mann hat auf
07 einmal ein KÖRPERAUSSCHLAG gekriegt [...] den er sonst nie hatte
08 ja? vor lauter PANIK und ich KONNTE nicht mehr(.) also ? richtig
09 liegen weil ich mir irgendwie immer GEDACHT hab wie kriegen wir
10 das HIN? wie können wir das FINANZIERN? wie °h/h° wie kann ich
11 GELD verdienen? ne? also keine Ahnung alles ging so DURCHEINANDER
12 und °h/h° [...] da warn wirklich da warn dann aber DOCH auch
13 noch=mal zwei FREUNDINNEN von mir hilfreich die eine ist ähm
14 HEILPRAKTIKERIN die hat mir echt=n super MITTEL rausgesucht und
15 zuppzack danach konnt=ich wieder SCHLAFEN ((lacht)) da haste
16 echt=nen GLÜCKSGRIFF gemacht und=ähm °h/h° ja das war wirklich ne
17 sehr gute entscheidung dass wir in=nen URLAUB gefahrn sind wir
18 haben dann dort da auch ? teil meiner VERWANDSCHAFT getroffen und
19 °h/h° das war einfach einfach=ne sehr entlastende dass wir
20 unseren SOHN da ein bisschen (-) ähm der unterhaltung hatte so
21 also das war so der erste SCHOCK [...]

Die gesamte Familie M. (WER?) war „im Vollschock“ (WAS?), hatte in der Beratungsstelle (WO?) „noch keinen Termin“ (WAS?), musste aber „noch warten auf die Zweitdiagnose“ (WAS?) und fährt in den Urlaub (WOHIN?). Dieses Phänomen wird **wegfahren** genannt. Die Reise wird davon begleitet (WIE?), dass Herr M. einen „Körperrausschlag“ bekommt und Frau M. Gedanken wegen der unsicheren Finanzierung und Schlafprobleme hatte (WAS?). Frau M. hat „irgendwie immer gedacht“, das heißt die M.s haben (noch) **nicht miteinander geredet** (WAS?) [Flip-Flop-Technik]. „Zwei Freundinnen“, die ein heilpraktisches Mittel raussuchen (WER?), werden als „hilfreich“ (WIE?) erlebt, ebenso die „Verwandschaft“ (WEN?) als „entlastend“, die für die „Unterhaltung“ des Sohnes sorgt. Konzepte sind **nach Lösungen suchen, argwöhnisch sein, und Hilfe in Anspruch nehmen.**

Es folgt ein Bericht über die Behandlung in dem Berliner Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in der Zeit nach dem Urlaub.

7. Interviewausschnitt {17:42} – {19:20}:

01 B: [...] dann war aber warn wir eben in HAVELHÖHE ((stellt tasse
02 auf den glastisch)) da hatten wir eine zweitmeinung uns geholt
03 [...] ich glaub das war aber so=ist unser umgehen damit dass
04 mein mann und ich v_v_vie:l uns schon AUSGETAUSCHT haben
05 überlegt (.) haben was was könnte sinnvoll sein? (.) und ich
06 eben diese ganzen schemo das hat glaub=ich uns auch SEHR
07 verbunden die schemo war schon auch sehr anstrengend für IHN
08 und die hat er ambulant ja gemacht °h/h° und da war schon: VIEL
09 dass ich ihn halt begleitet hab ne? HINGEBRACHT ABGEO:LT
10 phasenweise DABEI GEBLIEBEN u:nd=ähm das war am anfang für ihn
11 ziemlich HEFTIG weil de:r eben nicht nur die SCHEMO gekriegt
12 hat sondern vorher so=n=ähm wie heißen die? (--) °h/h°
13 IMMUNGLOBULINE? keine ahnung [...] ich WEIß jetzt nicht genau
14 wie das heißt °h/h° also RITUXIMAB heißt das MEDIKAMENT und
15 irgendwelche (.) den ÜBERBEGRIFF weiß=ich grad nicht und °h/h°
16 das äh das macht sehr starke allergische REAKTIONEN das war
17 wirklich zum beispiel sehr sehr HEFTIG ne? da hat er wirklich
18 puuh ne stunde gez ähm so=n SCHÜTTELFROST und °h/h° ZITTER(.)
19 ZUSTAND war da. (.) äh (-) ja dass ich auch so=n gefühl hatte

20 B: ich muss DABEI bleiben <<lachend>> das hatte erstmal so_so das
21 war am anfang ne? das hat das sehr so GEPRÄGT so uah ich will
22 dabei sein und war ganz f_froh ich hab sonst immer sehr GELITTEN
23 dass ich beruflich so nicht so: fest im sattel BIN ((schmatzen))
24 und DA war ich sehr sehr FROH während der schemo dass ich (.)
25 viel zeit hatte [...]

Frau M. und ihr Mann (WER?) haben sich im Gemeinschaftskrankenhaus „Havelhöhe“ (WO?) eine „Zweitmeinung“ geholt und sich „viel [...] ausgetauscht“ und „überlegt“ (WAS?), was sie „auch sehr verbunden“ (WELCHE FOLGE?) hat. Frau M. (WER?) hat ihn (WEN?) während der Chemotherapie (WANN?) „begleitet“, „hingebracht [und] abgeholt“ und ist „dabei geblieben“ (WAS?). In ihrem Erleben war das „sehr sehr heftig“ (WIE?), und sie hatte das „Gefühl [...] dabei bleiben“ zu müssen (WELCHE FOLGE?). Es hat sie „geprägt“ (WELCHE FOLGE?), sie war aber auch „ganz froh“ (WAS?), für die Begleitung „viel Zeit“ gehabt zu haben (WARUM?). Die vorliegenden Konzepte sind **noch einmal nachfragen, sich beraten lassen, sich austauschen, Hilfe in Anspruch nehmen und andere Unterstützen wollen.**

Die Interviewpartnerin äußert sich dazu, was sie mit dem Wort *Krebs* assoziiert.

8. Interviewausschnitt {11:24} – {11:54}:

01 B: [...] dass natürlich ja diese KRANKHEIT einfach erstmal jede
02 MENGE EXISTENZÄNGSTE TODESÄNGSTE aus_auslöst VERLUSTÄNGSTE
03 A: °h/h° das wäre nämlich auch nochmal eine frage von mir [...] was
04 sie persönlich mit dem wort krebs VERBINDEN?
05 B: °h/h° ja ganz viel VERSCHIEDENE dinge weil ich schon ganz VIEL
06 begegnungen mit krebs hatte [...] und=ähm (.) da ((schmatzt))
07 schon schnell (--) STERBEN und TOD schon auch mit v AUCH mit
08 verbinde [...]

Durch „diese Krankheit“ (WODURCH?) werden „jede Menge Existenzängste [und] Todesängste“ ausgelöst (WAS?), weil sie „schon ganz viel Erfahrungen mit Krebs hatte“ (WARUM?), so dass sie bereits mit dem Wort Krebs „verschiedene Dinge“ und „schon schnell Sterben und Tod“ (WAS?) verbindet. Das Konzept ist **Angst haben.**

Frau M. schildert ihre erste Begegnung mit Krebs im Alter von dreizehn Jahren durch die Erfahrung der Betroffenheit ihres Vaters.

9. Interviewausschnitt {12:20} – {13:16}:

01 B: [...] mein vater hatte krebs. und=ähm °h/h° also damit bin
02 <<schnaufend>> weiß=ich nicht als ich dreizehn war hatte der=ne
03 große OPERATION und da war auch nicht KLAR (-) wird er das
04 überleben oder nich? u:nd=ähm das war so eine der ersten
05 künstlichen blasen (.) zu der ZEIT [...]

Als Frau M. (WER?) „dreizehn“ Jahre alt war (WANN?) erkrankte (WAS?) ihr Vater (WER?) an Krebs. Es gab eine „große Operation“ (WAS?), und es war „nicht klar [, ob] er das überleben [wird] oder nicht[t]“ (WIE?). Das Konzept ist **unsicher sein**.

Als nächstes berichtet Frau M. von einer weiteren Erfahrung aus ihrer Jugendzeit, als sie sechzehn Jahre alt war.

10. Interviewausschnitt {11:56} – {12:18}:

01 B: [...] als ich SECHZEHN war hatte ich ein freund der hatte (-) ähm
02 auch leukämie das WUSSTE ich aber gar nicht der hatte das nich
03 ERZÄHLT und °h/h°[...] der ist für MICH ganz PLÖTZLICH gestorben.
04 (.) seine geschichte habe ich nie richtig ERFAHREN. ja die hat
05 (.) e:r mir nie so: nicht richtig ERZÄHLT und wir kannten uns
06 jetzt nicht so: ENG irgendwie durch die jugendarbeit [...]

Frau M. (WER?) hatte als sie „sechzehn“ Jahre alt war (WANN?) einen „Freund“ (WEN?), der auch „Leukämie“ (WAS?) hatte. Das wusste sie „aber gar nicht“ (WIE?), weil er „das nich[t] erzählt“ hatte (WARUM?), daher ist dieser für sie „plötzlich“ (WIE?) „gestorben“ (WELCHE FOLGE?). Sie kannten sich „nicht so eng“ (WIE?), und es war ihre „erste“ (WIE?) Begegnung mit Krebs. Die umschriebene Phänomene sind **unsicher sein, zu etwas schweigen** und genauer **unvorbereitet sein**.

Als Frau M. 21 Jahre alt war, bekam ihr Vater ein Rezidiv, woran er schließlich starb.

11. Interviewausschnitt {12:39} – {13:16}:

01 B: [...] u:nd=dann hat er damit pff (.) ja ich glaube (.) weiß=ich
02 nicht der hat da sieben jahre gut mit GELEBT und dann kam dann
03 hatte er ein REZIDIV und=ähm ja und als ich EINUNDZWANZIG war
04 is=er halt GESTORBEN und ich hab ihn halt auch BEGLEITET die die
05 also das war gerade anfang meiner STUDIENZEIT und °h/h° ich hab
06 dann sozusagen die ersten beiden semester (.) meine MUTTER und
07 meinen VATER UNTERSTÜTZT mein vater ist zuhause gestorben und das
08 war schon irgendwie doch auch sehr VIEL. ja das verbinde ich
09 unter anderem mit krebs also (.) klar hat er auch PAAR jahre
10 GELEBT aber schon auch dieses der ABSCHIED und °h/h° dieses
11 STERBEN [...]

Als Frau M. (WER?) „*einundzwanzig*“ Jahre alt war und am Anfang ihrer „*Studienzeit*“ stand (WANN?), hatte der Vater (WER?) ein „*Rezidiv*“ (WAS?) und ist daran „*gestorben*“ (WELCHE FOLGE?), was für Frau M. „*doch auch sehr viel*“ (WAS?) gewesen ist. Zuvor hatte sie „*Mutter und [...] Vater*“ (WEN?) „*begleitet*“ und „*unterstützt*“ (WAS?). Die vorliegenden Konzepte sind **andere unterstützen wollen** und **zu etwas schweigen**.

Frau M. erwähnt, dass es noch weitere Krebsfälle in der Familie gegeben hat und nennt ihre Onkel.

12. Interviewausschnitt {13:18} – {13:35}:

01 B: [...] also ich denke ich komm=aus so=ner auch krebs BETROFFENEN
02 familie ich hab mit diesen brüdern meines vaters nicht so viel
03 zu tun aber da gab=s eben auch (.) noch onkels die (-) krebs
04 HATTEN (.) und verschiedene? (-) glaub=ich [...]

Frau M. (WER?) gehört zu einer von „*Krebs betroffenen Familie*“ (WEM?), hat jedoch mit den „*Brüdern*“ des Vaters (WEM?) „*nicht so viel zu tun*“ (WAS?). Das Phänomen könnte **eher unbeteiligt sein** oder auch **zu etwas schweigen** genannt werden.

Anschließend erzählt Frau M. von der Krebserkrankung einer engen Freundin.

13. Interviewausschnitt {13:38} – {16:33}:

01 B: [...] dann hab=ich eine sehr sehr gute freundin VERLOREN vo:r(.)
02 fünf jahren ähm °h/h° ja und was hat uns DA dieser krebs das war
03 immer also ((lacht)) meine freundin war=ne unglaublich STARKE
04 sehr lebens(-)lustige willige (.) KLARE person also ich bin eher
05 so ein sch_stimmungsmensch? der das auch immer so pffpff
06 hochrunter geht °h/h° und die war eher so sehr SEHR dem leben
07 zugewandt ((lacht)) ne? sehr °h/h° sehr KLAR sehr sehr STARK
08 °h/h° und die hatte einen unglaublichen lebenswillen die hatte
09 ein melanom. [...] u:nd naja und da hab ich natürlich das warn
10 ZEHN jahre (.) die wir mit diesem krankheit da also die ich da
11 auch sie mit der krankheit erlebt hab u:nd=ähm (-) ähm
12 ((schmatzt)) w_wo sie immer gesucht hat sie hats eigentlich erst
13 nach dem ZWEITEN mal richtig GESCHNALLT und der kam dann wieder
14 und da hat sie erst angefangen das ERNST zu nehmen (.) vorher hat
15 sie gesagt QUATSCH (.) operieren gut ist °h/h° und dann hat sie
16 irgendwie erstma ERNST genommen und naja dann war das wirklich
17 immer wieder JEDES ja:hr also wir hatten so ein RITUAL ähm ähm
18 seitdem ich in berlin=also sind die immer GEKOMMEN anfang des
19 JA:HRES also GENAU immer am ersten januar °h/h° und das war immer
20 NACH dem berlinbesuch ist sie nach münster gefahren zu:r
21 HAUTKLINIK. zum (.) CHECK sozusagen und das °h/h° ja das hat uns
22 schon sehr sehr VERBUNDEN dass wir jedes mal also immer=ne tolle
23 woche hatten miteinander also sie ist dann jedes mal mit der
24 ganzen familie angereist mit der wir sehr verbunden waren °h/h°
25 und ((räuspert sich)) dann immer doch diese ANGST kam so wie
26 wird=s? so und wie alle immer gesucht haben wird GUT <<lachend>>
27 so naja und das ist halt dann eben in etappen doch noch=ma:
28 WIEDER gekommen und hinterher so schlimm dass sie dran VERSTORBEN
29 ist. (--)) ((schmatzt)) das war ziemlich pfff HEFTIG für mich
30 also=so=ähm °h/h° das habe ich auch nochmal sch für mich
31 schwieriger erlebt als mit meinem vater weil da war ich DABEI
32 da_da war das irgendwie ähm °h/h° da hatt=ich ZEIT da musst=ich
33 mich nicht um ein kind kümmern oder ne? da ((stösst gegen den
34 tisch)) irgendwie von der rolle als tochter [...] nur_nur
35 <<lachend>> so und=ähm so als_als FREUNDIN und sie war weit WEG
36 das war_war ganz schön SCHWER. ja also die hat auch ist AUCH

37 B: zuhause gestorben hatte unglaubliches glück hatte=nen tollen
 38 °h/h° mann der sie und familie die sie gut begleitet haben aber
 39 °h/h° das hat mir schon SEHR TRAUIG gemacht. [...] und
 40 ((schmatzt)) so von daher löst=äh dieses wort KREBS als=ne
 41 krankheit erstmal bei mir auch so (.) ja scho:n ganz klar so=ne
 42 LEBENSBEGRENZUNG ANGST (-) aus [...] vor_vor TOD und (-) LEID
 43 auch wenn ich weiß die ham jeweils die die ich gut kannte ja auch
 44 noch EINIGE jahre mit GELEBT aber °h/h° ja hatte schon ANGST[...]

Vor fünf Jahren (WANN?) hat Frau M. (WER?) eine „*sehr sehr gute Freundin*“ (WEN?) an Krebs verloren (WAS?). Diese (WER?) sei im Vergleich zu Frau M. (WEM?) eine „*unglaublich starke lebenslustige*“ und „*klare*“ Person (WAS?) gewesen, die „*sehr dem Leben zugewandt*“ (WIE?) gewesen sei und einen „*unglaublichen Lebenswillen*“ (WODURCH?) besessen habe. Nach „*zehn Jahre[n]*“ (WIE LANGE?) ist die Freundin (WER?) an einem „*Melanom*“ (WORAN?) gestorben, nachdem sie es „*erst nach dem zweiten Mal richtig geschnallt*“ und „*angefangen [hatte,] das ernst*“ zu nehmen (WANN?). Frau M. (WER?) hat sich zwar mit der „*ganzen Familie*“ der Freundin (WEM?) „*verbunden*“ gefühlt (WAS?), hatte aber „*immer doch diese Angst [...,] wie wird's?*“ (WAS?), obwohl die Freundin es zunächst als „*Quatsch*“ bezeichnet und „*alle*“ (WER?) gesagt haben, es „*wird gut*“ (WIE?). Für Frau M. (WEN?) war das Ereignis „*schlimm*“, „*ziemlich heftig*“, „*schwieriger*“ als mit ihrem Vater, „*ganz schön schwer*“, „*sehr traurig*“ (WIE?) und sie hatte „*Angst*“ (WAS?) vor „*Lebensbegrenzung*“, „*Tod und Leid*“ (WOVOR?). Die hier auftauchenden Konzepte sind **andere unterstützen wollen, unsicher sein, Widersprüchen begegnen und Angst haben.**

Frau M. spricht nun über die gegenwärtige Erfahrung in der erneuten Begegnung mit einer Tumorerkrankung im Fall ihres Mannes.

14. Interviewausschnitt {16:35} – {17:40}:

01 A: [...] und jetzt ist ihr MANN betroffen [...] wie gehen sie denn
 02 ZUHAUSE damit um? (-) in der FAMILIE?
 03 B: ((seufzt)) tja wie gehen wir da jetzt mit UM? °h/h° also: ich
 04 denke erst=mal hat uns ga:nz STA:RK die: °h/h° wir ham=das ja

05 B: erst=mal ein HALBES jahr hat er das ja erstmal probiert mit (.)
 06 mit_mit allem möglichen was wir an zur v_v_verfügung hatten und
 07 ich hab erstmal sehr_sehr viel RECHERCHIERT das war MEIN umgehen
 08 damit (.) mir wissen zu verschaffen ((tasse auf dem glastisch))
 09 zu kucken was gibt=s? ähm °h/h° ich interessier=mich sehr
 10 für_für GESUNDHEIT und HEILUNG [...] und hab also so alles
 11 versucht was ich ((lacht)) auftreiben konnte dann hab ich alles
 12 so ein bisschen SORTIERT was könnte °h/h° was für meinen mann
 13 sein? und dann ham=wa GEMEINSAM überlegt oke: wir °h/h° lassen
 14 also wir haben jetzt ein jahr ZEIT bevor er sich entscheidet für
 15 die SCHEMO °h/h° und das war erst=mal schon=mal ein_eine sache
 16 wie wir damit umgegangen sind. das hat uns auch sehr VERBUNDEN
 17 also das wir das sehr gemeinsam entschieden haben wie (-) wie
 18 kann das GEHN? so (.) was wäre ein guter WEG? [...]

Die Familie von Frau M. (WER?) hat es im Umgang mit der Krankheit (WOMIT?) über „*ein halbes Jahr*“ (WIE LANGE?) mit „*allem Möglichen*“, was sie „*zur Verfügung hatten*“, (WOMIT?) probiert (WAS?). Frau M. (WER?) hat „*sehr viel recherchiert*“ und versucht, sich „*Wissen zu verschaffen*“ und hat es „*sortiert*“ (WAS?). „*Gemeinsam*“ (WIE?) hat die Familie (WER?) „*überlegt*“ und „*entschieden*“ (WAS?). Das hat sie sehr „*verbunden*“ (WELCHE FOLGE?). Die geschilderten Phänomene lassen sich mit **unsicher sein, nach Lösungen suchen, sich Wissen aneignen und eine Entscheidung besprechen** kodieren.

Die Gesprächspartnerin spricht nun ausführlicher von ihren Umgangsformen mit der Krebserkrankung ihres Mannes und der damit verbundenen persönlichen Belastung.

15. Interviewausschnitt {27:40} – {29:22}:

01 B: [...] da is=eher so MEIN problem das_das hat aber eher so mit
 02 meiner EIGENEN gesundheitszustand zu tun dass ich nicht so viel
 03 KRAFT habe dass und es mir oft NICH SO GUT geht ich würde gerne
 04 MEHR arbeiten und=ähm °h/h° und DAS merk=ich dann SCHON manchmal
 05 wie mich das auch bindet dass mich diese krankheit schon auch
 06 BINDET. also so=ähm ähm [...] °h/h° mit dem auge auf meim SOHN
 07 der ist auch nicht so LEICHT (.) ne? also der hat es immer sehr
 08 schwer in der SCHULE und °h/h° ähm ((schmatzt)) da da den hab ich

09 B: viel UNTERSTÜTZEN müssen da hab ich schon gemerkt dass dieses
10 °h/h° diese UNTERSTÜTZERINNENROLLE (-) also die ist so=n bisschen
11 auch MEINE aber ähm dass die mich auch sehr anstrengt dass das
12 auch immer wieder KRAFT KOSTET so den blick auf mich und auf
13 MEINE sachen (-) zu lenken (.) so aber °h/h° das denk=ich war
14 schon VORHER sag=ich mal meine=meine struktur ((lacht)) ist
15 natürlich jetzt nochma (.) nochma ANGESPRUNGEN durch ff äh durch
16 die krankheit und sicherlich auch zum teil GUT °h/h° also weil
17 ich glaube ich hab ganz gute impulse setzen können aber °h/h° ist
18 auch immer wieder=ne GEFAHR drin und=ähm (---) ja das_das bleibt
19 auch immer so=n bisschen THEMA (.) und von daher bin=ich auch f
20 zum beispiel FROH über die begleitung mit FRAU GRUß °h/h° dass
21 ich so=n gefühl hab (.) ich kann da auch mich immer wieder ein
22 stück KORRIGIERN oder kucken so: was ist MEINS? was BRAUCH=ICH?
23 ähm ja (.) °h/h° und=und was ich f auch wenn wir GAR nicht oft
24 darüber REDEN aber dass ich schon merke diese ANGST kommt immer
25 wieder (.) ne? und VERLUSTANGST und=ähm °h/h° ((schnauft)) (-)
26 ja(-) obwohl ich das dann wieder völlig VERGESSE und VERDRÄNGE
27 aber <<lachend>> °h/h° so letztendlich merk=ich schon das_das_das
28 läuft da immer mit. [...]

Frau M. (WER?) hat ein „*Problem*“ (WAS?) mit ihrem „*eigenen Gesundheitszustand*“ und dass sie „*nicht so viel Kraft*“ hat (WOMIT?). Zusätzlich „*bindet*“ (WAS?) die Erkrankung ihres Mannes sie, und auch den Sohn (WEN) hat sie „*viel unterstützen müssen*“ (WAS?) aufgrund ihrer „*Unterstützerinnenrolle*“ und „*Struktur*“ (WESWEGEN?), die „*immer wieder Kraft kostet*“ (WELCHE FOLGE?). Ausgelöst durch die „*Krankheit*“ (WODURCH?) ist ihre „*Struktur [...] angesprungen*“ (WAS?), worin jedoch auch eine „*Gefahr*“ (WAS?) für sie liegt. Sie ist „*froh*“ über die psychoonkologische Begleitung durch Frau Gruß, einer Mitarbeiterin der Krebsberatungsstelle, (WORÜBER?), weil es ihr hilft, sich zu „*korrigieren*“ und über ihre „*Verlustangst*“ zu sprechen (WARUM?), die sie sonst „*völlig vergesse[n] und verdränge[n]*“ (WELCHE FOLGE?) würde. Die hier beschriebenen Konzepte sind **andere unterstützen wollen, mit eigenen Schwächen umgehen, Angst haben, Hilfe in Anspruch nehmen, zu etwas schweigen und sich austauschen**. Neue Phänomene sind **vergessen und verdrängen**.

Frau M. kommt auf den kommunikativen Umgang mit ihrem Sohn zu sprechen.

16. Interviewausschnitt {23:04} – {23:55}:

01 B: [...] also der david war auch ein=zweimal mit HIER unser SOHN
02 [...] das war eben fand ich auch sehr SCHWIERIG zu überle:gen
03 wie_wie WANN sagen wir=s IHM? WIE sagen wirs IHM? [...] ähm
04 <<seufzend>> wir hattn=s ihm dann glaub ich auch schon gesacht
05 als wir HIER warn und ich hab viel auch mit der der ärztin von
06 meinem mann bisschen so ÜBERLEGT (.) also wir haben das irgendwie
07 so in ETAPPEN gemacht das war erstmal nur=ne BLUTKRANKHEIT
08 <<lachend>> das wurde so nach und nach zum KREBS ((schmatzt)) als
09 wir dann auch klarer waren und auch klarer wussten wie wie er=s
10 behandeln lässt. u:nd_ähm (--) ja und ich denke das war eben aber
11 AUCH wichtig dann so=nen ORT zu HABEN also damit ich für den
12 david gut da sein konnte äh dass ICH irgendwo (-) so=nen halt (-)
13 auch noch mal hatte so_so=ne AUSTAUSCHMÖGLICHKEIT ne? [...]

Frau M. (WER?) fand es „sehr schwierig“ (WIE?), zu überlegen, wann und wie sie mit ihrem „Sohn“ David (WEM?) spricht (WAS?). Sie überlegt gemeinsam (WIE?) mit der „Ärztin“ ihres Mannes (WEM?), „in Etappen“ (WIE?) zunächst von einer „Blutkrankheit“ und später von „Krebs“ zu sprechen (WAS?), als sie „klarer wussten“ (WANN?), wie der Mann seinen Tumor „behandeln“ lassen wird (WAS?). Es war „wichtig“ (WIE?), einen „Ort“ (WAS?), um für den Sohn „gut da sein“ zu können, sowie „Halt“ und eine „Austauschmöglichkeit“ zu haben (WOZU?). Die Konzepte lassen sich zu **im Unklaren sein, zu etwas schweigen, nach Lösungen suchen, andere unterstützen wollen, Hilfe in Anspruch nehmen und sich austauschen** zuordnen.

Im weiteren Interviewverlauf wird der Sohn nochmals thematisiert.

17. Interviewausschnitt {29:28} – {32:21}:

01 A: [...] sie haben gesagt (.) mit ihrem SOHN is=es manchmal auch
02 nich so EINFACH [...] auch über den KREBS zu sprechen
03 B: ((schmatzt)) ne: das GE:HT äh also_also das war am ANFANG sehr
04 SCHWER [...] °h/h° u:nd=ähm doch st äh ja und jetzt is=es so dass
05 E:R das manchmal von SICH (-) also sich auch SO:RGEN macht
06 wenn=er sieht dass mein mann sehr ERSCHÖPFT ist (.) ne? so. [...]

07 B: das ist sich scho:n das hat sich auch sehr VERÄNDERT dass er
08 auch schon nach der °h/h° also der war ja schon VO:OR der
09 DIAGNOSTIK erschöpft sonst hätt=ich (.) ja nicht auch gesagt geh
10 zum A:RZT ne? oder was [...] aber wir kenn=ihn ja auch noch paar
11 jahre VORHER wo der einfach UNGLAUBLICH viel power hatte und=ähm
12 für meinen sohn is das schon auch immer BESORGNISERREGEND ne?
13 wenn der so mitkriecht mein mann (-) dem gehts NICH so gut die
14 machen viel zusammen SPORT u:nd=ähm [...] RENNRADE: fahrn die
15 zusammen [...] und LAUFEN °h/h° u:nd=ähm naja da merk=ich schon
16 bei meim sohn so sag=ich ma diese äh JUNGE freude darin sch der
17 STÄRKERE zu werden also was ja norma:l ist zwischen vater und
18 [...] sohn °h/h°und TROTZDEM ist das auch=n komisches GEFÜHL weil
19 er dann OFT auch ANGST hat (-) ja gehts dem pappa jetzt wegen dem
20 (.) krankheit schlecht? [...] so ne? also da_da ist auch so ich
21 denk das ist für ihn schon auch=ne BELASTUNG und auch schwer
22 °h/h° also ich glaube er kann diesen jugendlichen TRIUMPH (-) uau
23 ne? <<lachend>> jetzt bin=ich schneller den kann er nich so
24 richtig GENIEßEN (-) also ich glaube das wird ihn auch
25 EINSCHRÄNKEN in seiner (.) oder das wird mit ihm was machen ne?
26 [...] in seiner entwicklung (.) also so das °h/h° das das tut mir
27 oft auch LEID also das kann ich ihm nicht ABNEHMEN ne? da wird er
28 DURCH MÜSSEN das wird was sein in SEINEM das ist sein ((tasse
29 auf dem glastisch)) seine LEBENSQUALITÄT oder seine VERTRAUEN
30 ins leben auch ein stück °h/h° einfach ähm (.) ja ins WANKEN
31 gekommen is dadurch ne? (.) also so: (.) der hatte schon keine
32 GESCHWISTER sag=ich mal ne? und dann FEHLT <<lachend>> da so ein
33 TRIUMPH [...] und dass ich so=n gefühl hab das ist für mein sohn
34 eben mit so=nem bisschen (.) mit so=ner UNSICHERHEIT verbunden
35 dass er ne? so dieses ((tasse auf dem glastisch)) äh wie find=ich
36 meine eigene KRAFT? und bin ich STARK? ähm dass er da eben nicht
37 so ff (.) sagen kann uau (--) u:nd=ähm (-) ja das wird mir jetzt
38 grad auch nochmal im SPRECHEN so deutlich dass ich glaub das ist
39 schon für ihn auch ne? °h/h° nicht so LEICHT is (.) also=so
40 damit umzugehn [...]

„Am Anfang“ (WANN?) war es für den Sohn (WEN?) „sehr schwer“ (WIE?) über die
Krebserkrankung des Vaters (WORÜBER?) zu sprechen (WAS?) und inzwischen
macht er „manchmal von sich“ aus (WIE?) „Sorgen“ (WAS?), wenn Herr. M. „er-

schöpft“ (WARUM?) ist. Er hat „*oft*“ (WIE?) „*Angst*“ (WAS?), und es ist eine „*Belastung*“ mit Einschränkungen auf „*seine Lebensqualität oder sein[...] Vertrauen ins Leben*“ (WAS?). Der „*Triumph*“, der Stärkere zu sein, fehlt (WAS?), und das ist mit „*Unsicherheit*“ (WOMIT?) verbunden“. Frau M. als Mutter (WEM?) tut das „*oft auch leid*“ (WELCHE FOLGE?), weil sie „*ihm [das] nicht abnehmen*“ kann (WARUM?). Die hier vertretenen Konzepte sind im Falle des Sohnes, **sich Sorgen um jemanden machen, unsicher sein, Widersprüchen begegnen, nicht miteinander reden und Angst haben** und im Fall von Frau M. **sich Sorgen um jemanden machen und andere Unterstützen wollen**.

Nochmals kommt Frau M. in späteren Ausführungen erneut auf den Sohn zurück.

18. Interviewausschnitt {32:22} – {33:54}:

01 B: [...] ansonsten is mein sohn im_im kontakt mit UNS se:hr recht
02 [...] OFFEN so also das is schon in der regel f_f_fragt der MICH
03 dann erstma (.) weil mein mann nicht so gerne ((lacht))
04 a_antwortet <<lachend>> ne? °h/h° u:nd=ähm ja aber EIGENTLICH
05 find ich unser verhältnis ganz gut.
06 A: ja °h/h° aber er spricht lieber mit IHNEN als mit seinem VATER?
07 B: der würde GE:RNE mit meinem mann sprechen aber mein mann is ähm
08 °h/h° pfff der brauch so=nen VORLAUF wie soll man das sagen?
09 oder also der brauch im gespräch so was äh wie_wie jemand der
10 ihm nen teppich dahin legt und ich glaub ich KANN das [...] das
11 kann mein sohn natürlich nicht so und=ähm (.) da kommt dann
12 nichts da_da is mein sohn dann schon oft FRUSTRIERT (.) oder
13 dass er dann auch oft MIR das sacht warum sacht mir der pappa
14 mir das nicht dass der und der TERMIN is? oder=äh sowas ähm also
15 da gibts schon bei ihm auch so ein UNMUT ne? da würde er gerne
16 ne andere form von KOMMUNIKATION haben aber die (.) ähm (-)
17 müsste noch GEÜBT werden <<lachend>> weiß=ich nich also die
18 gibt=s im moment so: noch nich ne? (-- ja (-- also da fühl=ich
19 mich dann oft wie so=n DOLMETSCHER (-) so ein bisschen zwischen
20 zwischen denen also die machen VIEL zusammen und verstehn sich
21 auch gut aber so: °h/h° DAS ist sowas wo ich denke da: schon mit
22 meinem sohn so ein bisschen da würde er gern mit seinem vater
23 ANDERS REDEN können (--)[...]

„Ansonsten“ (WANN?) ist der „Kontakt“ (WAS?) des Sohnes (WESSEN?) zu den Eltern (WEM?) „recht offen“ (WIE?). „In der Regel“ (WANN?) fragt (WAS?) er erstmal seine Mutter (WEN?), weil der Vater „nicht so gerne antwortet“ und einen „Vorlauf“ bzw. „Jemand[en,] der ihm nen Teppich dahin legt“, braucht (WARUM?). Für den Sohn David bedeutet es, dass er „schon oft frustriert“ ist, „Unmut“ zeigt und gerne eine „andere Form von Kommunikation“ hätte (WELCHE FOLGE?), die „noch geübt werden“ muss, um „mit seinem Vater anders reden“ zu können (WOZU?). Frau M. ist in dem Punkt wie ein „Dolmetscher“ [in-vivo-Kode]. Die Phänomene sind **unsicher sein, keine Antwort bekommen, nicht miteinander reden, nach Lösungen suchen und ein Dolmetscher sein.**

Frau M. kommt ins Erzählen über ihre Sorgen, die sie mit ihrem Sohn David teilt.

19. Interviewausschnitt {25:41} – {26:36}:

01 B: [...] ich glaube mein sohn und ich wir haben da IMMER (.) SORGE
02 °h/h° und das ist auch ga=is auch ganz schön schwer dass er da=ne
03 BALANCE zu finden weil ich dann oft denke mensch würd=ich jetzt
04 mal ich werd NIE so viel verdienen können wie mein mann ich
05 komm=auch nicht mehr so SUPER °h/h° ins GESCHÄFT also <<lachend>>
06 das IST einfach so h°/h° und dass ich immer denke °h/h° oft dann
07 gedacht hab mensch wenn ich jetzt soviel geld verdiene ne?
08 könnten wir das so besser VERTEILEN also das is find=ich auch
09 immer wieder schwer da nicht so: SCHULDGEFÜHLE zu kriegen so nach
10 dem motto äh wär=ich ein ANDERER ja? hätt=ich ANDERE chancen
11 [...] könnten wir das irgendwie besser verteilen? weil ich scho:n
12 denke diese ((schnauft)) unglaubliche ANSTRENGEND und diese
13 ÜBERLASTUNG im JOB: dass die scho:n auch was mit der GESUNDHEIT
14 eben (-) gemacht hat so (-) ((schmatzt)) und von daher is=das
15 immer wieder ((schnauft)) THEMA und dass wir immer wieder äh
16 weiß=ich nich die BREMSE ZIEHEN und nochmal kucken wo kann man
17 was VERÄNDERN? [...]

Frau M. und ihr Sohn (WER?) haben die Sorge, dass ihr Ehemann es „ganz schön schwer“ hat, die „Balance zu finden“ (WAS?). Auch Sie selbst (WER?) findet es „immer wieder schwer“ (WIE?), „nicht so Schuldgefühle zu kriegen“ (WAS?). Sie hat Be-

denken, dass die Berufstätigkeit ihres Mannes neben der Krankheitsbewältigung (WAS?) „*unglaublich anstrengend*“ und eine „*Überlastung*“ sein (WIE?) könnte, woraufhin sie gerne „*die Bremse ziehen*“ und „*nochmal gucken*“ würde, wo man was „*verändern*“ (WAS?) kann. Angesprochene Konzepte sind **sich Sorgen um jemanden machen, unsicher sein, Schuldgefühle haben und nach Lösungen suchen.**

Frau M. geht kurz auf die Gesprächsatmosphäre in der Familie ihres Ehemannes ein.

20. Interviewausschnitt {40:07} – {40:30}:

01 B: [...] die familie meines mannes ist etwas KOMMUNIKATIONSSCHWA:CH
02 [...] so. und_ähm war ich viel die (--) die KONSULTIERTE also
03 ((lacht)) ne? also die ham mehr mit MIR gesprochen also auch
04 seine MUTTER [...] und der BRUDER [...] als eher miteinander (-)
05 so also das war SCHWER (--) zwischen denen [...]

Die „*Familie*“ ihres Mannes (WER?) wird als „*etwas kommunikationsschwach*“ (WAS?) beschrieben. Die „*Mutter [...] und der Bruder*“ (WER?) haben „*mehr*“ (WIE?) mit Frau M. als der „*Konsultierte[n]*“ (WEM?), „*gesprochen*“ (WAS?), weil das „*miteinander*“ (WIE?) reden (WAS?) zwischen ihnen „*schwer*“ war (WARUM?). Die Konzepte sind **nicht miteinander reden und eine Vermittlerrolle einnehmen.**

Frau M. spricht nun über die Gesprächsatmosphäre innerhalb ihrer eigenen Familie.

21. Interviewausschnitt {40:34} – {41:44}:

01 B: [...] genau das hab=ich auch noch VERGESSEN meine schwester ist
02 WITWE die hat ihren mann AUCH verloren durch krebs °h/h° u:nd
03 ((räuspert sich)) die ist sonst immer SEHR anstrengend und es
04 geht ja viel um die SORGE um meine mutter (.) also die pflegt
05 meine mutter (-) mit und oder die leben zusammen und=ähm °h/h°
06 da hat sich zu mindestens bei UNS etwas verändert dass meine
07 schwester ((stößt leicht gegen den tisch)) obwohl die ist SONST
08 sehr wenig EINFÜHLEND (.) und durch diese dadurch dass sie
09 SELBER die krankheit kennt (.) DA kam dann auch mal so=was wie
10 (-) VERSTEHEN (.) so [...] ja also das fand=ich ganz IRRE meine

11 B: schwester ist sonst VOLLKOMMEN °h/h° die ist überhaupt nich=der
 12 typ EINFÜHLUNG (-) die (.) ist nur mit sich BESCHÄFTIGT °h/h° und
 13 da ist dann aber ECHT bei ihr was PASSIERT ja? so. [...] und mein
 14 BRU:DER zum beispiel °h/h° der ist ganz entz (.) der ist sehr zz
 15 der hat sehr ZU GEMACHT °h/h° weil der sich schon so BELASTET
 16 fühlte von (.) in andern (.) ne? mit der pflege pf ((lacht)) zu
 17 pf_pflegenden mutter und ich weiß nicht was ob °h/h° wir ham=ja
 18 ALLE unsere geschichte mit dem verstorbenen oder dem krebskranken
 19 vater °h/h° und der hat ZIEMLICH zu_zu gemacht also da is=er sehr
 20 UNTERSCHIEDLICH [...]

Die „Schwester“ von Frau M. (WER?) hat „*auch*“ (WIE?) ihren Mann (WEN?) durch Krebs (WODURCH?) verloren und ist „*Witwe*“ (WAS?). Sie ist „*sonst immer*“ (WANN?) „*sehr anstrengend*“, „*sehr wenig einführend*“ und „*nur mit sich beschäftigt*“ (WAS?), hat sich jedoch „*dadurch[,] dass sie selber die Krankheit kennt*“ (WODURCH?), „*verändert*“ und zeigt ein „*Verstehen*“ (WELCHE FOLGE?). Das kann man als von einer Veränderung **überrascht sein** kodieren.

Der „*Bruder*“ von Frau M. (WER?) ist „*da [...] sehr unterschiedlich*“ und hat „*sehr zu gemacht*“ (WIE?), weil er sich „*schon so belastet fühlte*“ mit der Pflege der Mutter (WARUM?). Zu diesem Phänomen passt **Erwartungen haben**.

Frau M. äußert sich nun zu möglichen Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag.

22. Interviewausschnitt {26:42} – {27:35}:

01 A: [...] wie ist das bei ihnen mit dem BERUFSLEBEN? [...]
 02 B: °h/h° also ich arbeite ja nicht so VIEL und arbeite ja bei
 03 verschiedenen TRÄGERN das ist da eigentlich KEIN THEMA das war
 04 nur thema als beispiel in dem JAHR wo er die schemo gemacht hat
 05 B: [...] da musst=ich dann zwei seminare VER_VERSCHIEBEN [...] und
 06 B: das ging GUT. (.) also das war KEIN PROBLEM also (-) das_das
 07 hab_hab ich denen ERZÄHLT und die ham=das netterweise dann mir
 08 VERSCHOBEN. das war KLASSE. also das ging GUT. ((schnieft))
 09 A: waren verständnisvoll
 10 B: ja_ja das war kein problem hm_hm (--) ja. [...]

Frau M. (WER?) arbeitet (WAS?) „*nicht so viel und [...] bei verschiedenen Trägern*“ (WIE?). Die Erkrankung ihres Mannes (WAS?) ist „*eigentlich kein Thema*“ (WAS?). In dem Jahr, in dem die Chemotherapie stattfand (WANN?) musste sie „*zwei Seminare*“ verschieben (WAS?). Sie hat die Hintergrundgeschichte „*erzählt*“ (WAS?), was „*kein Problem*“ (WELCHE FOLGE?), denn die Reaktionen waren „*nett*“ und „*verständnisvoll*“ (WIE?). Die Phänome lassen sich als **jemandem etwas erzählen** und **Hilfe in Anspruch nehmen** kodieren.

Nun spricht Frau M. über Ihren Freundes- und Bekanntenkreis in Berlin.

23. Interviewausschnitt {07:01} – {08:13}:

01 B: [...] das war sehr wahrscheinlich auch so UNSERE GESCHICHTE
02 nochmal=öhm (.) SPEZIELL ich bin keine BERLINERIN (.) mein mann
03 is BERLINER und mein mann ist eher so=n (-) der kommt eher aus
04 so=ner se:hr aus=ner familie wo wenig kontakt is (.) und ich bin
05 eher so=n KONTAKTMENSCH und °h/h° bin aber in berlin nicht so
06 richtig ZUHAUSE [...] und für mich ist es immer noch so ein
07 bisschen FREMD und obwohl ich schon so lange hier bin °h/h° äh
08 und ich aber schon eben das gefühl hatte wir haben nich=so=n
09 STABILEN freundeskreis vor ort zumindest MEINE engen freunde
10 sind alle nicht hier [...] und mein mann is=ja hat EINEN guten
11 freund pf °h/h° und=ähm ja da hatten=wa das gefühl wir brauchen
12 auf JEDEN fall so wir müssen unser NETZ erweitern wir brauchen ne
13 unterstützung das schaffen=wa (.) nich alleine °h/h° ähm und ich
14 war parallel noch sowieso sehr BELASTET weil meine MUTTER jetzt
15 in dem jahr im gleichen jahr=n schlaganfall hatte und °h/h° alles
16 zu klären war wie wird die WEITER VERSORGT? wie geht DAS weiter?
17 also das war war=ne sehr anstrengende zeit so PARALLEL [...] also
18 auch für MICH [...]

Frau und Herr M. (WER?) haben keinen „*stabilen Freundeskreis*“ (WAS?) „*vor Ort*“ (WO?). Zumindest Frau M. (WER?) fühlt sich „*fremd*“ (WIE?), obwohl sie sich als „*Kontaktmensch*“ (WAS?) bezeichnet. Sie (WER?) hat „*das Gefühl*“, dass sie das soziale „*Netz*“ erweitern müssen und eine „*Unterstützung*“ brauchen. Die beschriebenen Phänome sind **sich einsam fühlen** und **nach Lösungen suchen**.

Frau M. berichtet von den Reaktionen aus ihrem Bekannten- und Freundeskreis, insbesondere von dem engsten Freund ihres Mannes.

24. Interviewausschnitt {22:00} – {22:57}:

01 B: [...] ich merke dass ich in meim ALLTAG °h/h° öff (-) also wir
02 wenich freunde haben die mit denen wir über diese KRANKHEIT reden
03 ne? das ist wirklich wenich das war zum beispiel für uns was GANZ
04 äh HEFTIGES auch dass °h/h° da:ss wir schon das gefühl hatten
05 nach der diagnose wurde gab so im bekannten und freundeskreis
06 auch so: bei einigen auch so=ne WEGBEWEGUNG ne? [...] u:nd das
07 das war sehr SCHMERZHAFT für meinen mann ganz BESONDERS weil das
08 sein ENGSTER freund °h/h° war und=ähm (.) der irgendwie sehr
09 MERKWÜRDIG reagiert hat (.) und=ähm (.) ja das war das war
10 einfach schwer auch so zu TRAGEN und und gu:t war dass wir uns
11 ganz gut zusammen wir ham uns ANEINANDER festgehalten und
12 <<lachend>> das war war irgendwie sehr hilfreich für uns ne?
13 [...] und da war eben dann auch die idee BERATUNGSSTELLE hier zum
14 beispiel sehr wichtich eben um nich so ganz alleine in sich (.)
15 glucken (.) zu bleiben ne? so=ähm [...]

Das Ehepaar M. (WER?) hat in ihrem „Alltag“ (WANN?) wenig „Freunde“ (WEN?), mit denen sie „über diese Krankheit reden“ können (WOZU?). Sie haben „das Gefühl“ (WAS?), dass es „nach der Diagnose“ (WANN?) im „Bekanntens- und Freundeskreis“ (WO?) eine „Wegbewegung“ (WAS?) gegeben und der „engste Freund“ des Mannes (WER?) „merkwürdig“ (Wie?) „reagiert“ hat (WAS?). Das war für sie etwas „ganz Heftiges“ (WAS?) und „sehr schmerzhaft“ (WIE?), „besonders“ für den Mann (WEN?). Weil es „einfach schwer auch so zu tragen“ gewesen ist (WARUM?), war es „gut“ und „sehr hilfreich“ (WIE?) für die Beiden, „aneinander fest[zuh]alten“ (WAS?). Wichtig (WIE?) war die „Idee“, die Beratungsstelle aufzusuchen (WAS?), um nicht „ganz alleine [...] zu bleiben“ (WELCHE FOLGE?). Die hier festzustellenden Konzepte sind **enttäuscht sein, unsicher sein, Erwartungen haben und Hilfe in Anspruch** nehmen.

Die Interviewte spricht davon, wie sie nach zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten im weiteren Bekanntenkreis gesucht hat.

25. Interviewausschnitt {19:22} – {20:20}

01 B: [...] ich hatte auch ORGANISIERT weil wir dann überlegt hatten
02 wie geht=s finanziell? ((knacken des korbessels)) zum beispiel
03 hab ich °h/h° einen (.) freund das ist ähm so eine art NENNONKEL
04 von meinem mann [...] der ist schon ALT ein alter mann und den
05 hab=ich mit dem hab=ich mich UNTERHALTEN und DER hat dann °h/h°
06 mir netterweise auch angeboten dass er uns in der zeit HILFT und
07 der hat uns also auch finanziell unterstützt (.) und mein mann
08 hat hinterher auch nochmal sein bruder GEFragt so dass wir
09 wirklich so: auch FINANZIELL °h/h° nen RUHIGEN rahmen hatten in
10 der zeit (.) und das war wirklich SUPER also sonst wär=das ganz
11 schlimm sonst hätt=ich ganz schnell kucken müssen dass ich geld
12 reinhole weil das ist ja doch auch schon ein ganz schöner
13 UNTERSCHIED ist zwischen kranken und tagesgeld und (.) dem was wir
14 SONST zur verfügung hatten [...] und da jede MENGE <<seufzend>>
15 medizinische AUSGABEN auch so waren ne? in der zeit °h/h° ja
16 soso_so sind wir damit umgegangen dass wir viel=viel=ähm immer
17 GEKUCKT haben was ist gerade HILFREICH? und auch (.) gekuckt
18 haben wer hilft beim FINANZIERN? [...]

Das Ehepaar M. (WER?) hat geguckt, wer oder was „beim Finanzieren“ (WOBEI?) „hilfreich“ sein (WAS?) könnte. Frau M. (WER?) hat sich mit einem „Nennonkel“ (WEM?) „unterhalten“ (WAS?), der „netterweise“ (WIE?) „angeboten [hat,] dass er [...] hilft und [...] finanziell unterstützt“ (WAS?). Herr M. (WER?) hat seinen „Bruder“ (WEN?) „gefragt“ (WAS?), um „in der Zeit“ (WIE LANGE?) einen „ruhigen Rahmen“ zu haben (WOZU?). Zu diesen Phänomenen gehören **sich Sorgen machen, sich austauschen, jemanden um etwas bitten, nach Lösungen suchen und Hilfe in Anspruch nehmen.**

Es werden noch weitere Möglichkeiten zur Unterstützung außerhalb des Familien- und Bekanntenkreises in Anspruch genommen, wie Frau M. nun erzählt.

26. Interviewausschnitt {19:22} – {22:00}:

01 B: [...] dann hat mein mann °h/h° der war beim HEILER ((schmatzt))
02 u:nd=ähm hat sich auch hier in berlin bei=ner die kannte ich
03 über meine homöopathische ärztin bei ner frau die auch viel mit
04 so ENERGETISCHEN HEILWEISEN arbeitet ähm °h/h° bei da war er
05 AUCH in behandlung und das waren für ihn auch ganz WICHTIGE
06 schritte (.) also so (-) ähm (-) wo (-) wo für ihn sich immer
07 wieder was GEÖFFNET hat und parallel war halt wirklich dieses
08 °h/h° sag ich mal dieses HIER in die krebsberatungsstelle kommen
09 auch ein HA:LT und auch immer wieder so=ne möglichkeit zu
10 REFLEKTIERN ähm was ich auch ganz hilfreich fand war (-) dass
11 ich das gefühl hatte in den GEMEINSAMEN gesprächen ähm
12 ((schmatzt)) ähm dass mein mann dann zum beispiel auch dinge
13 erzählt hat die er mir so alleine so: NICHT erzählt hat also
14 [...] ne? wo auch KLAR war da will er mich sonst SCHÜTZEN? oder
15 dann nicht so mit BELASTEN? und das fand ich zum beispiel sehr
16 hilfreich also_so [...] auch auch mehr (-) ja nochmal dass er
17 auch nochmal mehr seine SICHTWEISE gesagt hat also das fand ich
18 sehr sehr gut °h/h° u:nd=ähm nachdem so dieser ganze ? ich glaub
19 diese (-) die SCHEMO und die A=HA=BE: und als das das so
20 irgendwann mal so alles HINTER ihm war dann ham=wir wenich
21 GEMEINSAME termine hier gehabt sondern er ((fuss stößt gegen
22 tischbein)) ja bei frau gebhard und ich bei frau gruß und das=ähm
23 f_für mich das eben auch se:hr (-) HILFREICH is [...]

Herr M. (WER?) war bei einem „Heiler“ (WO?) „in Behandlung“ (WOZU?), was „für ihn ganz wichtige Schritte“ (WIE?) und wo sich „immer wieder“ (WIE?) „was geöffnet hat“ (WAS?). Das Ehepaar M. (WER?) kommt nach seiner Chemotherapie und Anschlussheilbehandlung (WANN?) in die psychosoziale „Krebsberatungsstelle“ zu den Psychoonkologinnen „Frau Gebhard“ und „Frau Gruß“ (WOHIN?) für „gemeinsame Gespräche“ und eine „Möglichkeit zu[m] Reflektieren“ (WOZU?). Dort erzählt Herr M. „Dinge“ (WAS?), die er „alleine so nicht“ (WIE?) erzählt hat, und sagt „nochmal mehr seine Sichtweise“ (WELCHE FOLGE?), was „sehr hilfreich“ (WIE?) ist. Die Konzepte sind **nach Lösungen suchen, Hilfe in Anspruch und sich austauschen.**

Im Anschluss an den beendeten offenen Kodiervorgang ergibt sich eine Sammlung von insgesamt 35 Konzepten, die hier chronologisch noch einmal aufgeführt werden:

argwöhnlich sein, jemanden um etwas bitten, andere unterstützen wollen, sich etwas sagen lassen, sich bestätigt fühlen, Hilfe in Anspruch nehmen, zu etwas schweigen, unsicher sein, schockiert sein, noch einmal nachfragen, nach Lösungen suchen, Erwartungen haben, enttäuscht sein, etwas erklärt bekommen, sich Wissen aneignen, wegfahren, nicht miteinander reden, sich beraten lassen, Angst haben, unvorbereitet sein, eher unbeteiligt sein, Widersprüchen begegnen, mit eigenen Schwächen umgehen, vergessen, verdrängen, sich Sorgen um jemanden machen, keine Antwort bekommen, ein Dolmetscher sein, Schuldgefühle haben, eine Vermittlerrolle einnehmen, überrascht sein, eine Entscheidung besprechen, sich austauschen, sich einsam fühlen und jemanden etwas erzählen.

Diese Konzepte können auf Grund der Ähnlichkeiten der von ihnen markierten Phänomene nun übergeordneten Kategorien zugewiesen werden. Dies veranschaulicht die nachfolgende *'Tabelle 1: Übersicht der Konzepte und Kategorien'*:

Konzepte	Kategorie
<p>jemanden um etwas bitten, sich etwas sagen lassen, zu etwas schweigen, noch einmal nachfragen, etwas erklärt bekommen, nicht miteinander reden, sich beraten lassen, Widersprüchen begegnen, keine Antwort bekommen, ein Dolmetscher sein, eine Entscheidung besprechen, sich austauschen, jemanden etwas erzählen</p>	<p>KOMMUNIKATIONSVERHALTEN</p>

Konzepte	Kategorie
argwöhnisch sein, sich bestätigt fühlen, unsicher sein, schockiert sein, Erwartungen haben, enttäuscht sein, Angst haben, unvorbereitet sein, eher unbeteiligt sein, sich Sorgen um jemanden machen, Schuldgefühle haben, überrascht sein, sich einsam fühlen	EMOTIONALE REAKTIONSWEISEN
andere unterstützen wollen, Hilfe in Anspruch nehmen, nach Lösungen suchen, sich Wissen aneignen, wegfahren, mit eigenen Schwächen umgehen, vergessen, verdrängen, eine Vermittlerrolle einnehmen	BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN

Tabelle 1: Übersicht der Konzepte und Kategorien

Die Kategorie **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN** vereinigt 13 Konzepte, die Kategorie **EMOTIONALE REAKTIONSWEISEN** fasst ebenfalls 13 Konzepte zusammen und der Kategorie **BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN** können 9 Konzepte zugeordnet werden.

Die Kategorie **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN** wird mit Begründung des gedanklichen Rückbezugs auf die Zielsetzung dieser Masterarbeit, die kommunikativen Umgangsformen näher unterzusuchen zu wollen, von nun an als die neue Hauptkategorie **KOMMUNIKATIONVERHALTEN** definiert.

Während die anderen beiden Kategorien im weiteren Analyseschritt des axialen Kodierens keine Berücksichtigung mehr finden werden, wird die Hauptkategorie **KOMMUNIKATIONVERHALTEN** vorab hinsichtlich ihrer Eigenschaften und dimensionalen Ausprägungen in nachfolgender 'Tabelle 2: Eigenschaften und Dimensionen der Kategorie KOMMUNIKATIONSVERHALTEN') dargestellt.

Kategorie	Eigenschaften	Dimensionale Ausprägung
KOMMUNIKATIONS- VERHALTEN	Zahl beteiligter Akteure	alleine mehrere
	Dauer	kürzer länger
	Häufigkeit	öfter seltener
	Beteiligungsmodus	aktiver passiver
	Erreichbarkeit	näher weiter entfernt

Tabelle 2: Eigenschaften und Dimensionen der Kategorie KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Die erste Eigenschaft „Zahl der beteiligten Akteure“ verteilt sich auf einem Dimensionskontinuum von „alleine“ bis zu „mehrere“ beteiligten Gesprächspartner. Die nächste Eigenschaft ist die „Dauer“ der Kommunikation, die eine Spannweite von „kürzer“ bis „länger“ aufweist. „Häufigkeit“ ist eine Eigenschaft mit den dimensionalen Ausprägungen „öfter“ bis „seltener“. Die Eigenschaft „Beteiligungsmodus“ hat die Dimensionen „aktiver“ und „passiver“. „Erreichbarkeit“ äußert sich als Eigenschaft in den Ausprägungen von „näher“ bis „weiter entfernt“.

AXIALES KODIEREN

Die axiale Analyse der Hauptkategorie **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN** geschieht unter Anwendung des 'Paradigmatischen Modells' (nach STRAUSS, CORBIN, 1996), welches nach dem folgenden Ablaufschema funktioniert:

(A) Ursächliche Bedingungen → (B) Phänomen → (C) Kontext → (D) Intervenierende Bedingungen → (E) Handlungs- und interaktionale Strategien → (F) Konsequenzen

Die folgenden tabellarischen Schemata orientieren sich erneut an der Reihenfolge der einzelnen Interviewausschnitte, wie sie aus dem vorherigen Analyseschritt bereits bekannt sind. Aus Gründen der Platzersparnis können die insgesamt 26 Interviewausschnitte, auf die sich bezogen wird, jedoch nicht noch einmal jedesmal explizit aufgeführt werden wie noch zuvor während des offenen Kodiervorgangs geschehen ist. Stattdessen werden zum Vergleich vorab Seitenzahlen, auf die Bezug genommen wird, angegeben. Bei wörtlichen Zitaten sind in Klammern zudem die betreffenden Zeilennummern angeführt.

1. Interviewausschnitt (vgl. S. 30):

<i>(A) Ursächliche Bedingung</i>	→	<i>(B) Phänomen</i>
Frau M. hat eine Sorge.		KOMMUNIKATIONSVERHALTEN
<i>Eigenschaften</i>		<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M. und Herr M.
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	aktiver	Ein Gespräch findet statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliches Gespräch
<i>(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens</i>		
Das Gespräch hat sehr wahrscheinlich Zuhause stattgefunden.		
<i>(D) Intervenierende Bedingungen</i>		
Das Gespräch wird begleitet von einem „Gefühl“ (02) und einem „Eindruck“ (03).		

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. äußert ihrem Mann gegenüber die Bitte, dass er zum Arzt zu gehen soll und unterstützt ihn dabei.

(F) Konsequenzen

Herr M. beherzigt die Bitte seiner Frau.

2. Interviewausschnitt (vgl. S. 31):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Frau M. hat Herrn M. gebeten, sich vom Arzt untersuchen zu lassen.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Herr M. und seine Hausärztin

Dauer

k. A.

k. A.

Häufigkeit

seltener

einmaliges Ereignis

Beteiligungsmodus

passiver

Ein Gespräch findet statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliches Gespräch

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die Situation findet vermutlich in der Praxis der Hausärztin statt.

(D) Intervenierende Bedingungen

Der Hausärztin kommt etwas „komisch“ (02) vor. Sie ist „sehr rührig“ (04).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Herrn M. wird etwas gesagt.

(F) Konsequenzen

Die Hausärztin kontaktiert einen Professor des Benjamin-Franklin-Krankenhauses.

3. Interviewausschnitt (vgl. S. 31f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Die Hausärztin hat Herrn M. zuvor an die Klinik verwiesen.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Herr M. und der Professor.
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	passiver	Ein Gespräch findet statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliches Gespräch

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Das Gespräch findet im Benjamin-Franklin-Krankenhaus statt.

(D) Intervenierende Bedingungen

Die Mitteilung der Diagnose wird begleitet von einer „Blutuntersuchung“ (09) und einer „sehr überraschend und zackzack“ (14f.) vorgenommenen „Hüftstanze“ (15). Herr M. ist „alleine da“ (09) und „vertrauenswürdiger“ (17) als seine Frau. Die Untersuchung findet erst auf „Drängen“ (03) der Hausärztin statt. Herr und Frau M. haben „nich[t] so richtig verstanden“ (05f.), was eine „atypische“ (06) CLL ist. Die Hausärztin hat zuvor „nix“ (10) dazu gesagt, hatte aber vielleicht bereits den „Verdacht“ (10).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Die Diagnose der atypischen CLL wird Herrn M. offensichtlich ohne erläuternde Einzelheiten mitgeteilt. Es ist unklar, ob oder wie er darauf reagiert hat.

(F) Konsequenzen

Herr M. muss „nochmal untersucht“ (12f.) werden.

4. Interviewausschnitt (vgl. S. 32f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Herr M. hat eine Untersuchungen über sich ergehen lassen und erwartet das Ergebnis.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., Herr M., der Professor
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	aktiver	Ein Gespräch findet statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliches Gespräch

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses findet im Krankenhaus, einem „*Medizinunternehmen*“ (06) statt. Die CLL befindet sich in einem höheren Binet- bzw. Rai-Stadium, offenbar in der „*stärksten Form*“ (16).

(D) Intervenierende Bedingungen

Herr und Frau M. haben Schwierigkeiten sich im Krankenhaus „*zurecht zu finden*“ (07). Sie erwarten, „*Antworten zu kriegen*“ (07). Frau M. kommt „*mit*“ (03). Für sie ist es „*schrecklich*“ (09), sie ist „*entsetzt und schockiert*“ (18). Sie wird für „*sehr kritisch*“ (20) gehalten und kommt sich vor, als würde man für „*blöd*“ (27) halten.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Der Professor redet „*über*“ (21) Frau M. statt mit ihr. Der Umgang ist „*sehr schwierig*“ (24). Statt von einer Chemotherapie wird von Infusionen gesprochen.

(F) Konsequenzen

Frau M. hat einen „*Schock*“ (29). Sie möchte auf jeden Fall eine „*Zweitmeinung*“ (30) einholen, stellt sich auf einen „*längeren Prozess*“ (32) ein und will sich einen „*Ort*“ (33) suchen, um sich „*auszutauschen*“ (34) und „*mitzuteilen*“ (35).

5. Interviewausschnitt (vgl. S. 34):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Zuvor gab es das ärztliche Gespräch im Krankenhaus.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure	alleine	Frau M.
Dauer	länger	Sie hat „ <i>unglaublich viel</i> “ (02) googlet.
Häufigkeit	öfter	Sie hat „ <i>unglaublich viel</i> “ (02) googlet.
Beteiligungsmodus	passiver	Frau M. liest.
Erreichbarkeit	weiter entfernt	mittelbar (Krebsforum im Internet)

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die beschriebene Situation findet wahrscheinlich Zuhause statt.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. befindet sich in einer „*totale[n] Panik*“ (01).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Informationen werden über „*ganz bestimmte Seiten*“ (13) im Internet bezogen. Sie hat „*nur mitgelesen*“ (06f.) und anscheinend nicht selbst Beiträge geschrieben.

(F) Konsequenzen

Für Frau M. sind die Informationen aus dem Internet „*sehr hilfreich*“ (05), weil man dort „*schnell nen guten Einblick*“ (08) und etwas „*sehr gut erklärt*“ (21) bekommt. Sie macht in einem Forum einen Mann aus, der nach 15 Jahren mit ähnlicher Diagnose noch lebt. Das gibt ihr „*Halt*“ (31) und ist das „*aller allerwichtigste*“ (23).

6. Interviewausschnitt (vgl. S.35):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Das Ehepaar M. muss noch auf einen Beratungstermin und die Zweitdiagnose warten.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Die Familie M., zwei Freundinnen und die Verwandtschaft

Dauer

k. A.

Vermutlich mehrere Tage

Häufigkeit

seltener

einmaliges Ereignis

Beteiligungsmodus

passiver,
aktiver

gedachte, offenbleibende Fragen; Gespräche mit Freundinnen und Verwandten finden statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die Familie befindet sich im „*Urlaub*“ (05) nach dem „*Vollschock*“ (02).

(D) Intervenierende Bedingungen

Herr M. bekommt einen „*Körperausschlag*“ (07), Frau M. hat „*Panik*“ (08), kann nicht mehr, grübelt und kann nicht schlafen. Alles geht „*durcheinander*“ (11). Zwei Freundinnen sind „*hilfreich*“ (13) und suchen ein Mittel gegen Frau M.s Schlafprobleme raus. Sie treffen Verwandte, die „*entlastend*“ (19) sind, da sie den Sohn unterhalten.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. spricht nur von Gedanken und scheint Fragen wie im Selbstgespräch zu führen. Gespräche werden nicht explizit erwähnt. Die Freundinnen werden direkt um Hilfe gefragt.

(F) Konsequenzen

Rückblickend wird es als „*sehr gute Entscheidung*“ (17) gewertet, dass die Familie in den Urlaub gefahren ist.

7. Interviewausschnitt (vgl. S.36f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Das Ehepaar M. möchte eine Zweitmeinung einholen.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M. und Herr M.

Dauer

länger

längere Phase

Häufigkeit

öfter

mehrere ambulante Termine

Beteiligungsmodus

aktiver

Gespräche finden statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Nach dem Einholen einer Zweitmeinung, macht Herr M. ein Chemotherapie im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, zu deren Behandlungseinheiten Frau M. ihn hinbringt, abholt und phasenweise dabei bleibt.

(D) Intervenierende Bedingungen

Herr. M. bekommt „*sehr starke allergische Reaktionen*“ (16) und mit „*Schüttelfrost*“ (18) und „*Zitterzustand*“ (18f.) heftige Nebenwirkungen von dem Medikament „*Rituximab*“ (14).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Sie haben sich „*ausgetauscht*“ (04) und „*überlegt*“ (05).

(F) Konsequenzen

Die Zeit war „*sehr anstrengend*“ (07), die Erfahrung hat sie aber auch „*sehr verbunden*“ (06f.) und „*geprägt*“ (21). Frau M. ist „*froh*“ (24) über die Zeit für die Begleitung.

8. Interviewausschnitt (vgl. S.37):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Nachfrage im Rahmen der Interviewsituation über das generelle Krebsverständnis.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M. und der Interviewer
Dauer	kürzer	Antwort auf eine Frage
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	aktiver	Ein Gespräch findet statt.
Erreichbarkeit	nah	persönliches Gespräch

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Gezielte Nachfrage des Interviewers, Antwort aus dem Moment heraus gegeben.

(D) Intervenierende Bedingungen

Es besteht eine raumbietende, offene Interviewatmosphäre.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

In Reaktion auf eine Frage wird geantwortet.

(F) Konsequenzen

Auf Grund von vielen „Begegnungen“ (06) werden „jede Menge Existenzängste [und] Todesängste“ (01f.) ausgelöst. Mit der Krankheit werden „Sterben und Tod“ (07) in Verbindung gebracht.

9. Interviewausschnitt (vgl. S.38):

<i>(A) Ursächliche Bedingung</i>	→	<i>(B) Phänomen</i>
Der Vater ist operiert worden.		KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	alleine	Frau M.
Dauer	länger	längerer Zeitraum
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	passiver	nur Gedankensäußerungen
Erreichbarkeit	näher	eigene Gedankenwelt

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Im Elternhaus von Frau M. gibt es Umstände einer „große[n] Operation“ (03).

(D) Intervenierende Bedingungen

Vieles ist „nicht klar“ (03). Die „ersten künstlichen Blasen“ (04f.) sind zu der Zeit gerade aufgekommen. Vielleicht eine Hoffnung auf einen guten Ausgang gewesen.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Es werden nur eigene Gedanken, ob der Vater überlegen wird oder nicht geäußert. Ob diesbezüglich Gespräche mit anderen stattgefunden haben, wird nicht erwähnt.

(F) Konsequenzen

k. A.

10. Interviewausschnitt (vgl. S.38):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

k. A.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M. und ein Freund

Dauer

kürzer

„plötzlich“ (03)

Häufigkeit

seltener

einmaliges Ereignis

Beteiligungsmodus

passiver

Frau M. wird etwas nicht erzählt.

Erreichbarkeit

näher

keine persönlichen Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Der Freund ist plötzlich gestorben.

(D) Intervenierende Bedingungen

Sie kannten sich „nicht so eng“ (06), sondern nur durch die „Jugendarbeit“ (06).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Es wurde Frau M. nichts „erzählt“ (03). Sie hat aber offensichtlich auch nicht noch einmal nachgefragt und möglicherweise mit niemand anderem gesprochen.

(F) Konsequenzen

Frau M. hat die „Geschichte [...] nie erfahren“ (04).

11. Interviewausschnitt (vgl. S.39):

(A) *Ursächliche Bedingung* → (B) *Phänomen*

Der Vater von Frau M. lebt seit über sieben Jahren mit seiner Krebsdiagnose.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., ihr Vater und ihre Mutter
Dauer	länger	„die ersten beiden Semester“ (06)
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	k. A.	k. A.
Erreichbarkeit	k. A.	Gespräche bleiben unerwähnt.

(C) *Kontext der Kommunikationsverhaltens*

Der Vater lebte zuvor sieben Jahre lang mit seiner Krebserkrankung. Frau M. ist 21 Jahre alt und befindet sich am „Anfang ihrer Studienzeit“ (05).

(D) *Intervenierende Bedingungen*

Frau M. hat ihre Mutter und ihren Vater „begleitet“ (05) und (07) „unterstützt“.

(E) *Strategien des Kommunikationsverhaltens*

Es wird in keinerlei Weise darauf eingegangen, ob oder wie im Elternhaus über die Krebserkrankungsfolgen oder die Todesumstände gesprochen worden ist.

(F) *Konsequenzen*

Die Erfahrung war für Frau M. „*doch auch sehr viel*“ (08) und der Grund, weswegen sie mit Krebs „*Abschied*“ (10) nehmen und „*dieses Sterben*“ (10f.) verbindet.

12. Interviewausschnitt (vgl. S.39):

(A) *Ursächliche Bedingung* → (B) *Phänomen*

k. A.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Die Familie von Frau M.
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	öfter	häufiger, da mehrere Onkel
Beteiligungsmodus	k. A.	k. A.
Erreichbarkeit	k. A.	Gespräche bleiben unerwähnt.

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

k. A.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. hat mit ihren Onkeln „nicht so viel zu tun“ (02f.) gehabt.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Es wird nicht erwähnt, ob oder wie über die Krankheitsfälle gesprochen worden ist.

(F) Konsequenzen

Frau M. zieht den Schluss, dass sie aus einer von „Krebs betroffenen Familie“ (01f.) kommt.

13. Interviewausschnitt (vgl. S.40f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

k. A.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M., ihre sehr gute Freundin und deren Familie

Dauer

länger

über „zehn Jahre“ (10) hinweg

Häufigkeit

öfter

mindestens einmal jährlich zu den Januarbesuchen

Beteiligungsmodus

aktiver

Gespräche finden statt.

Erreichbarkeit

näher;
weiter entfernt

Gespräche finden statt;
unklar bleibt, wie die Verständigung über die Entfernung ablief

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es hat „jedes Jahr“ (17) „Berlinbesuch[e]“ (20) wie ein „Ritual“ (17) gegeben.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M.s Freundin erkrankt an Krebs, obwohl sie widersprüchlicher Weise als „unglaublich starke, sehr lebenslustige, willige [und] klare Person“ (03f.) beschrieben wird in Abgrenzung zu Frau M. selbst, die sich selbst eher als ein „Stimmungsmensch“ (05) mit Höhen und Tiefen charakterisiert. Die betroffene Freundin von hat ihre Erkrankung zunächst als „Quatsch“ (15) abgetan und ist erst „nach dem zweiten Mal“ (13) der möglichen Ernsthaftigkeit bewusst geworden. Frau M. hatte weniger Zeit als Jahre zuvor bei ihrem Vater, weil sie sich um „ein Kind kümmern“ (33)

musste und nicht „dabei“ (31) sein konnte. Mit der Familie der Freundin hat sie sich „schon sehr sehr verbunden“ (22) gefühlt, die die Betroffene „gut begleitet“ (37) hatte.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. und ihre Freundin haben während der Besuche persönlich miteinander gesprochen. Da sie als „sehr sehr gute Freundin“ (01) bezeichnet wird, ist anzunehmen, dass sie sich noch öfters gesehen oder wahrscheinlicher regelmäßig miteinander telefoniert oder sich geschrieben haben.

(F) Konsequenzen

Frau M. ist diese Todeserfahrung „ziemlich heftig“ (29) und „schwieriger“ (31) als damals noch im Fall ihres Vater vorgekommen. Es ist „ganz schön schwer“ (36) gewesen und hat sie „schon sehr traurig“ (39) gemacht. Es bestätigt ihre Vorstellung von Krebs als eine Form der „Lebensbegrenzung“ (42), der „Angst“ (42), des „Tod[es]“ (42) und des „Leid[es]“ (42).

14. Interviewausschnitt (vgl. S.41f.):

(A) Ursächliche Bedingung → *(B) Phänomen*

Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose. **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN**

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Familie M.
Dauer	länger	über ein „halbes Jahr“ (05)
Häufigkeit	k. A.	k. A.
Beteiligungsmodus	passiver; aktiver	Internetrecherchen alleine; Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es geht um den kommunikativen Umgang Zuhause in der Familie.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. interessiert sich nebenbei für Themen die „Gesundheit und Heilung“ (10) betreffend.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. hat „sehr viel recherchiert“ (07), sich Wissen verschafft (08) und „sortiert“ (12). Sie haben „gemeinsam überlegt“ (13) und eine Entscheidung besprochen (14).

(F) Konsequenzen

Das gemeinsame Überlegen und Treffen von Entscheidungen hat die Familie M. „sehr verbunden“ (16).

15. Interviewausschnitt (vgl. S.42f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M. und ihre Familie

Dauer

k. A.

k. A.

Häufigkeit

seltener

„gar nicht so oft“ (23)

Beteiligungsmodus

aktiver

Es finden Gespräche statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es geht um die kommunikativen Umgangsformen Zuhause.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. hat ein „Problem“ (01) mit dem „eigenen Gesundheitszustand“ (02). Sie merkt, dass die Krebserkrankung ihres Mannes sie „bindet“ (06) und sich in einer „Unterstützerinnenrolle“ (10) befindet, die sie „sehr anstrengt“ (11) und „auch immer wieder Kraft kostet“ (12). Außerdem bekommt sie „Verlustangst“ (25), die da immer mit läuft (28), die sie jedoch „wieder völlig vergesse[n] und verdränge[n]“ (27) kann.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Eine „Struktur“ (14) von Frau M. springt an. Sie kann damit „ganz gute Impulse setzen“ (17), sieht darin jedoch auch eine „Gefahr“ (18).

(F) Konsequenzen

Frau M. geht zur Beratungsstelle und lässt sich von Frau Gruß (20) psychoonkologisch begleiten. Sie lernt, sich zu „korrigieren“ (20) und zu gucken, was sie braucht.

16. Interviewausschnitt (vgl. S.44):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Anfangs weiß der Sohn noch nichts von der Diagnose.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M. und ihr Sohn David
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	öfter	„nach und nach“ (08)
Beteiligungsmodus	aktiver	Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die Gesprächsatmosphäre Zuhause ist das Thema.

(D) Intervenierende Bedingungen

Es ist „*schwierig*“ (02) gewesen, zu überlegen, wann und wie (03) Frau M. mit ihrem Sohn spricht. Erst mit der Zeit wird „*klarer*“ (09), wie der Vater sich behandeln lässt.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. redet „*in Etappen*“ (07) mit dem Sohn und nimmt ihn mit zur Beratung.

(F) Konsequenzen

Einen Ort wie die Krebsberatungsstelle zu haben, bedeutet für Frau M., für den Sohn „*gut da sein*“ (12) zu können, sowie einen „*Halt*“ (12) und auch eine „*Austauschmöglichkeit*“ (13) zu haben.

17. Interviewausschnitt (vgl. S.44f.):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Anfänglich ist es schwer, mit dem Sohn zu sprechen.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., ihr Sohn und Herr M.
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	öfter	„oft“ (19)
Beteiligungsmodus	aktiver	Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es geht um den kommunikativen Umgangsformen Zuhause in der Familie, speziell mit dem Sohn.

(D) Intervenierende Bedingungen

Herr M. und sein Sohn machen viel „Sport“ (14), fahren „Rennrad“ (14) und „laufen“ (15) zusammen. Der Sohn bekommt mit, dass sein Vater, der „früher einfach unglaublich viel Power“ (11) hatte, nun „sehr erschöpft“ (06) ist, was für ihn „schon auch immer besorgniserregend“ (12) ist.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Der Sohn unterhält sich mit seiner Mutter über seine „Sorgen“ (05), seine „Angst“ (19) und seine „Unsicherheit“ (34).

(F) Konsequenzen

Frau M. schätzt die Situation so ein, dass es den Sohn durch das Fehlen seines „jugendlichen Triumphs“ (22) in seiner „Entwicklung“ (26), seiner „Lebensqualität“ (29) und in seinem „Vertrauen ins Leben“ (29f.) einschränken könnte. Das würde Frau M. ihm gerne „abnehmen“ (29), und es tut ihr „oft auch leid“ (29), dass sie das nicht kann und er da wohl alleine durch müssen wird (27f.).

18. Interviewausschnitt (vgl. S.46):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Der Sohn würde gerne offener mit seinem Vater sprechen.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., ihr Sohn und Herr M.
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	öfter	„oft“ (12)
Beteiligungsmodus	aktiver	Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Thema ist der kommunikative Umgang Zuhause mit dem Sohn.

(D) Intervenierende Bedingungen

„Ansonsten“ (01) ist der Sohn im Kontakt zu seinen Eltern „recht offen“ (01f.). „In der Regel“ (02) fragt er aber „erstmal“ (03) die Mutter, weil der Vater auf Fragen „nicht so gerne antwortet“ (04). Obwohl Vater und Sohn „viel zusammen“ (20) machen und sich „auch gut“ (21) verstehen, reagiert der Sohn mit Frustration (12) und „Unmut“ (15), wenn er erfährt, dass ihm sein Vater nicht sagt, dass „der und der Termin“ (14) ist.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Die Mutter als „Dolmetscher“ (19) muss einen „Teppich dahin“ (10) legen, weil ihr Mann erst einen „Vorlauf“ (08) braucht, um ins Gespräch zu kommen.

(F) Konsequenzen

Der Sohn würde „gern mit seinem Vater anders reden können“ (22f.). Dazu bräuchten sie eine „andere Form der Kommunikation“ (16), die allerdings erst „noch geübt werden“ (17) müsste.

Da im 19. Interviewausschnitt während des offenen Kodierens keine Kommunikationsphänomene kodiert werden konnten, wird diese Passage hier ausgelassen.

20. Interviewausschnitt (vgl. S.48):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M., die Mutter und der Bruder ihres Ehemannes

Dauer

länger

„viel“ (02)

Häufigkeit

öfters

„viel“ (02)

Beteiligungsmodus

aktiver

Gespräche finden statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Thematisiert wird die Kommunikation mit der Familie von Herrn M..

(D) Intervenierende Bedingungen

Die Familie des Mannes ist „etwas kommunikationsschwach“ (01).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Die Frau M.s Schwiegermutter und der Schwager sprechen „mehr“ (03) mit ihr als „miteinander“ (04). Frau M. ist die „Konsultierte“ (02). Gründe bleiben ungenannt.

(F) Konsequenzen

Die Kommunikation mit der angeheirateten Familie wird als „schwer“ (05) beurteilt.

21. Interviewausschnitt (vgl. S.48f.):

<i>(A) Ursächliche Bedingung</i>	→	<i>(B) Phänomen</i>
Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose.		<u>KOMMUNIKATIONSVERHALTEN</u>

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., Schwester und Bruder
Dauer	länger	„sonst immer“ (03), „sonst“ (07)
Häufigkeit	öfters	„sonst immer“ (03), „sonst“ (07)
Beteiligungsmodus	aktiver	Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es geht um den Kontext kommunikative Verständigung in Frau M.s eigener Familie.

(D) Intervenierende Bedingungen

Die Schwester von Frau M. ist „sonst immer sehr anstrengend“ (03), „sehr wenig einführend“ (08), „überhaupt nicht der Typ Einfühlung“ (11f.) und „nur mit sich beschäftigt“ (12). Sie und auch der gemeinsame Bruder teilen ihre „Geschichte mit dem verstorbenen oder dem krebserkrankten Vater“ (18f.). Die Schwester ist „Witwe“ (02) und „hat ihren Mann auch verloren durch Krebs“ (02). „Dadurch, dass sie selber die Krankheit kennt“ (08), ist bei ihr „was passiert“ (13), und sie zeigt ein „Verstehen“ (10). Die Schwester lebt mit der Mutter zusammen. Sie und ihr gemeinsamer Bruder kümmern sich um die Mutter, die „im gleichen Jahr einen Schlaganfall“ (15) hatte, und pflegen sie, was zumindest den Bruder „schon so belastet“ (15) hat.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

k. A.

(F) Konsequenzen

Die Geschwister verhalten sich „sehr unterschiedlich“ (19f.). Frau M. findet die Reaktionen von ihrer Schwester im positiven Sinne „ganz irre“ (10), und zumindest zwischen ihnen beiden hat sich „etwas verändert“ (06). Der Bruder hingegen hat „ziemlich zu gemacht“ (19).

22. Interviewausschnitt (vgl. S.49):

<i>(A) Ursächliche Bedingung</i>	→	<i>(B) Phänomen</i>
Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose.		<u>KOMMUNIKATIONSVERHALTEN</u>

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	mehrere	Frau M. und vermutlich Vorgesetzte, Kollegen und Kunden
Dauer	k. A.	k. A.
Häufigkeit	seltener	einmaliges Ereignis
Beteiligungsmodus	aktiver	Ein Gespräch findet statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliches Gespräch

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Thematisiert werden Auswirkungen auf den Umgang an Frau M.s Arbeitsplatz.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. arbeitet „ja nicht so viel“ (02) und „bei verschiedenen Trägern“ (02f.). „Eigentlich“ (03) ist die Krebserkrankung ihres Mannes am Arbeitsplatz „kein Thema“ (03). Der Mann von Frau M. muss jedoch seine Chemotherapie machen, während Frau M. an zwei Seminaren teilnehmen müsste.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. hat es „denen erzählt“ (07). Es bleibt offen, wem genau.

(F) Konsequenzen

Es gibt eine „verständnisvoll[e]“ (09) Reaktion, und es ist „kein Problem“ (06). Die Seminartermine können „netterweise“ (07) verschoben werden.

23. Interviewausschnitt (vgl. S.50):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Familie M. lebt seit einiger Zeit mit Herrn M.s Krebsdiagnose.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

<i>Eigenschaften</i>	<i>Dimensionen des Kommunikationsverhaltens</i>	
Zahl der Akteure	alleine	Frau M.
Dauer	länger	es ist „immer noch so“ (06)
Häufigkeit	k. A.	k. A.
Beteiligungsmodus	k. A.	Es finden keine Gespräche statt.
Erreichbarkeit	k. A.	k. A.

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Frau M. ist „keine Berlinerin“ (02) und lebt nur wegen ihres Mannes in der Stadt.

(D) Intervenierende Bedingungen

Frau M. ist generell „eher so [ei]n Kontaktmensch“ (05), ist aber „in Berlin nicht so richtig Zuhause“ (05f.) und „immer noch so ein bisschen fremd“ (06f.), obwohl sie „schon so lange hier“ ist (07). Sie haben keinen „stabilen Freundeskreis vor Ort“ (09). Frau M. hat das Gefühl, ihr „Netz erweitern“ (12) zu müssen, weil sie es ohne Unterstützung „nicht alleine“ (13) schafft, mit den Belastungen umzugehen. „Parallel“ (14) dazu hatte die Mutter „im gleichen Jahr [eine]n Schlaganfall“ (15).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Es gibt niemanden zum Reden. Frau M. bleibt anscheinend mit vielen Gedanken und Frage alleine auf sich gestellt.

(F) Konsequenzen

Frau M. stellt sich Fragen, wie es weiter gehen soll und stellt fest, dass sie Unterstützung braucht.

24. Interviewausschnitt (vgl. S.51):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Es gibt das Bedürfnis, „über die Krankheit [zu] reden“ (02).

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M., Herr M. und dessen „engster Freund“ (08)

Dauer

k. A.

k. A.

Häufigkeit

öfters

im „Alltag“ (01)

Beteiligungsmodus

aktiver

Gespräche finden statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Es geht um Austauschmöglichkeiten im Freundes- und Bekanntenkreis.

(D) Intervenierende Bedingungen

„Nach der Diagnose“ (05) gibt es „bei einigen“ (06) eine „Wegbewegung“ (06).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Über die Art und Weise, wie mit dem Freund gesprochen wurde, gibt es keine Auskünfte.

(F) Konsequenzen

Die Wegbewegung ist „irgendwie sehr merkwürdig“ (08f.) und „sehr schmerzhaft“ (07), für den Mann von Frau M. sogar „ganz besonders“ (07). Es ist „einfach schwer auch so zu tragen“ (10). „Gut“ (10) und „sehr hilfreich“ (12) ist, dass die Familie M. „aneinander festgehalten“ (11) hat. Die „Idee Beratungsstelle“ (13) ist sehr wichtig, weil sie so nicht „ganz alleine“ (14) bleiben.

25. Interviewausschnitt (vgl. S.52):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Die M.s überlegen, wie es finanziell weitergehen kann.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure	mehrere	Frau M., ein befreundeter „Nennonkel“ (03); Herr M. und dessen Bruder
Dauer	länger	„in der Zeit“ (09f.)
Häufigkeit	seltener	Vermutlich hat es mehrere Gespräche gegeben.
Beteiligungsmodus	aktiver	Gespräche finden statt.
Erreichbarkeit	näher	persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Die M.s stellen einen „ganz schönen Unterschied [...] zwischen Kranken- und Tagegeld“ (12f.) fest, haben „jede Menge medizinische Ausgaben“ (14f.) und machen sich Sorgen.

(D) Intervenierende Bedingungen

Sie überlegen und gucken, wie sie mit der finanziellen Situation umgehen.

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Frau M. wendet sich an ihren Freund, den Nennonkel. Sie „unterhalten“ (05) sich. Herr M. fragt zusätzlich „hinterher auch nochmal sei[nen] Bruder“ (08).

(F) Konsequenzen

Der Freund hat „netterweise [...] angeboten“ (06), zu helfen und sie in dieser Zeit zu finanzieren. Auch dank der Hilfe des Bruders gibt es finanziell „[ei]nen ruhigen Rahmen“ (09).

26. Interviewausschnitt (vgl. S.53):

(A) Ursächliche Bedingung

→

(B) Phänomen

Familie M. verfügt nicht über viele Kontakte in Berlin.

KOMMUNIKATIONSVERHALTEN

Eigenschaften

Dimensionen des Kommunikationsverhaltens

Zahl der Akteure

mehrere

Frau M. und Frau Gruß; Herr M. und Frau Gebhard

Dauer

k. A.

k. A.

Häufigkeit

öfters

„immer wieder“ (09)

Beteiligungsmodus

aktiver

Gespräche finden statt.

Erreichbarkeit

näher

persönliche Gespräche

(C) Kontext der Kommunikationsverhaltens

Frau und Herr M. befinden sich „hier in Berlin“ (02) auf der Suche nach Unterstützungs- und Austauschmöglichkeiten.

(D) Intervenierende Bedingungen

Neben der Behandlung bei einem „Heiler“ (01) mit „so energetischen Heilweisen“ (04), kommen die M.s auch in die „Krebsberatungsstelle“ (08).

(E) Strategien des Kommunikationsverhaltens

Es gibt Einzel- und Paargespräche bei Psychoonkologinnen der Beratungsstelle.

(F) Konsequenzen

Es gibt einen „Halt“ (09) in die Beratungsstelle zu kommen, denn es ist „auch ganz hilfreich“ (10), eine „Möglichkeit zu[m] Reflektieren“ (09f.) zu haben. In den gemeinsamen Paargesprächen erzählt Herr M. Dinge, die er seiner Frau „alleine so nicht erzählt“ (13) hätte, möglicherweise, um sie „sonst [zu] schützen“ (14) und „dann nicht so mit [zu] belasten“ (15). Gerade im Kontext der Chemotherapie und der Anschlussheilbehandlung ist es für Frau M. „sehr hilfreich“ (15fl), dass ihr Mann „nochmal mehr seine Sichtweise“ (17) gesagt hat.

SELEKTIVES KODIEREN

Nachdem im Zuge des initialen offenen Kodierungsprozesses verschiedene Phänomene zu Konzepten kodiert und dann drei Kategorien **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN**, **EMOTIONALE REAKTIONSWEISEN** und **BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN** zugeordnet werden konnten und danach während des vorangegangenen axialen Kodiervorgangs die Hauptkategorie **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN** näher spezifiziert werden konnte, soll nun im Rahmen der selektiven Kodierung der Versuch unternommen werden, eine gegenstandsverankerte Theorie zu formulieren.

Zur hinreichenden Validierung dieser Theoriebildung wären im Sinne einer theoretischen Sättigung weitere Erhebungen erforderlich. Dieses Forschungsbestreben kann im Rahmen dieser Masterarbeit jedoch nicht mehr realisiert werden, und entsprechend unvollkommen muss daher der nun folgende Theorieentwurf bleiben. Wie für qualitative Forschungsansätze charakteristisch, unterliegen die Interpretationen einer gewissen Subjektivität, d. h. es besteht kein Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

Frau M. zeigt zunächst ein intuitionsgeleitetes und ihrem Ehemann gegenüber sehr bestimmendes Kommunikationsverhalten, wenn sie ihn aufgrund eines Gefühls darum bittet, ärztliche Hilfe zu konsultieren.

Nach der ersten Verdachtsdiagnose und den eingeleiteten Laboruntersuchungen zur genaueren Abklärung im Krankenhaus, erhofft sie sich in einer Erwartungshaltung, von einem für ihren Behandlungsfall zuständigen Professor Klarheit bringende Antworten zu bekommen. Diesem werden zwar durchaus Kompetenzen in seiner Fähigkeit, gut zu diagnostizieren zugestanden, der kommunikative Umgang gestaltet sich jedoch insofern als schwierig, als dass sich Frau M. zumindest in ihrem persönlichen Erleben als Angehörige so empfindet, dass sie nicht anerkennend genug in das Gespräch zwischen Arzt und Patient miteinbezogen wird. Sogar für blöd gehalten fühlt sie sich, wenn der Arzt den medizinischen Terminus einer Chemotherapie aus unbekanntem Gründen vermeidet und stattdessen von Infusionen spricht. Aus ihrer Erzählung geht nicht hervor, ob sie den Arzt mit ihrem sie unbefriedigenden Befinden konfrontiert. Eher wird der Eindruck erweckt, sie würde das Prozedere einfach über sich ergehen lassen und aufkommende Frustration und Empörung unterdrücken.

Auf das Bedürfnis nach näheren Informationen über die Verlaufsformen und Prognose der diagnostizierten Chronisch lymphatischen Leukämie reagiert Frau M. damit, über das Internet Wissen in Erfahrung zu bringen. Sie liest Beiträge in Internetforen, insbesondere von einem Forenteilnehmer, der über seine eigene Krankengeschichte schreibt. Es findet keine Erwähnung, ob sie diesen anschreibt oder möglicherweise in Eigeninitiative selber einen Beitrag im Forum postet, um eine Resonanz auf die sie beschäftigenden Fragen zu bekommen. Auch bleibt unklar, inwieweit sie das, was sie im Internet in Erfahrung bringt, mit ihrem Mann oder jemand anderem bespricht.

Von einem beinahe fluchtähnlich anmutenden Urlaub schildert Frau M. ebenso zwar ihre Gedankengänge, Sorgen und um sie kreisende Fragen, jedoch nicht, ob und wie sie mit ihrem Mann oder den Sohn darüber ins Reden kommt.

Nachdem das Ehepaar M. in einem anderen Krankenhaus eine zweite Meinung ersucht hat, kommt es zu einem verbalen Austausch und einem gemeinsamen Überlegen. Dass nun ein offenes Gespräch erfolgt, könnte damit zusammenhängen, dass zu diesem Zeitpunkt die erste lähmende Phase eines Vollschocks bereits vorüber und die Atmosphäre im zweiten Arztgespräch eine gänzlich andere gewesen ist oder auch, dass der Urlaub eine entspannungsbringende Wirkung gehabt hat. Außerdem mag die intensive Zeit der Begleitung zu den adjuvanten Therapien im späteren Verlauf für eine intimere Gesprächsstimmung zwischen dem Ehepaar M. gesorgt haben.

Für Frau M. ist Krebs sehr deutlich mit einer Angst vor Verlust und Sterblichkeit besetzt, was vor dem Hintergrund früherer Erlebnisse heraus verständlich erscheint.

Als Jugendliche im Alter von dreizehn Jahren bekommt sie mit, dass ihr Vater operiert werden muss. Über die Qualität etwaiger Gespräche damals kann nur spekuliert werden. Eventuell haben bereits von der Krebserkrankung des Vaters familiäre Konflikte vorgelegen oder die Familie ist aus anderen Gründen im Allgemeinen tendenziell eher wenig gesprächig und mitteilksam gewesen.

Als drei Jahre später ein Schulfreund von ihr unerwartet an den Folgen einer Leukämie verstirbt, bleiben Frau M. nähere Umstände verschlossen, weil ihr nichts genaueres erzählt wird. Es wird nicht deutlich, weswegen Frau M. nicht von sich aus das Gespräch zum Beispiel mit der Familie des Jungen gesucht oder sich ihr nahe stehenden Personen anvertraut hat. Ein Todesfall im sozialen Umfeld, noch dazu im Kindesalter, ist ein äußerst ungewöhnliches Ereignis, so dass man meinen möchte,

dass sie das in der damaligen Zeit beschäftigt hat. Ein Erklärungsversuch könnte sein, dass Frau M. früher, wie für das Alter von sechzehn Jahren nicht unüblich, ein eher schüchternes Kind gewesen ist, was aber eine subjektive Interpretation bleibt.

Im jungen Erwachsenenalter, als Frau M. gerade ein Studium aufnimmt, stirbt ihr Vater schließlich, nachdem er sieben Jahre lang mit seiner Krebserkrankung gelebt hat. Es erscheint auffällig, dass Frau M. nichts davon erzählt, mit wem, wie oder ob überhaupt das ein Gesprächsthema in ihrer Familie gewesen ist. Ihren Äußerungen ist nur zu entnehmen, dass dieses Ereignis sehr viel für sie gewesen sei. Möglicherweise hat hier sogar eine Traumatisierung stattgefunden, was eine Verslossenheit im Ansatz erklären könnte.

Zu weiteren Erfahrungen der Vergangenheit zählen gleich mehrere Krebsfälle in der Verwandtschaft bei ihren Onkeln. Frau M. gibt an, mit denen nicht so viel zu tun gehabt zu haben. Anscheinend ist das Beziehungsverhältnis zu ihnen nicht so eng oder Frau M. ist zu der Zeit mit anderen Angelegenheiten befasst und abgelenkt gewesen.

Sehr gravierend scheint schließlich eine Erfahrung aus der jüngeren Vergangenheit von vor fünf Jahren gewesen zu sein, als eine sehr gute Freundin von Frau M. an den Folgen eines Hauttumors stirbt. Zu dieser hat sie während der fast zehnjährigen Krankheitsdauer offenbar ein inniges Verhältnis gehabt. Man könnte auf Grundlage dieser kurzen Schilderung den Eindruck bekommen, dass sie fast bewundernd über deren durchsetzungsfähigen und lebensbejahenden Charakter spricht. Während die Freundin nach dem ersten Befund der Hautkrebserkrankung offenbar eher leichtfertig und sehr zuversichtlich dem weiteren Verlauf gegenüber steht, scheint Frau M. bereits hier eine tendenziell verhaltenere und vorsichtigere Einstellung zu haben. Dies könnte plausibel mit Frau M.s früheren eindrücklichen Erfahrungen begründet werden. Denkbar wäre, dass sich Frau M. in ihrer argwöhnischen Haltung von der Freundin zuerst nicht ernst genommen gefühlt hat und dann später im Widerspruch dazu stehend doch eine Bestätigung bekommen hat. Eine weitere Verunsicherung wäre da nachvollziehbar. Als die Freundin stirbt, bedauert Frau M., bedingt durch die räumliche Entfernung und ihrer pflichtbewussten Aufgabenerfüllung als Mutter, nicht mehr für sie da sein zu können und zeigt sich sehr traurig hierüber. Inwieweit zuvor Kommunikationsformen wie Telefonate oder email-Wechsel zwischen

den Beiden stattgefunden haben, ist auf Grundlage der Textpassage nicht zu beantworten. Auch bleibt offen, ob es zu Verständigungen zwischen der hinterbliebenen Familie der Freundin, zu der es eine Verbundenheit gibt, und Frau M. gekommen ist.

Die zuvor beleuchteten Lebensepisoden von Frau M. scheinen somit einen Einfluss auf ihr Umgehen mit der gegenwärtigen, erneuten Konfrontation mit einer Tumorerkrankung, dieses Mal im Fall ihres Ehemannes, zu haben. Sie wirkt sehr gewissenhaft und eifrig darin, möglichst viel Wissen über die Krebsart ihres Mannes in Erfahrung zu bringen, wenn sie von ihren Recherchen berichtet. Die Ergebnisse ihrer alleine unternehmenden Suche bespricht sie erst hinterher mit ihrem Mann, und auf deren Grundlage treffen sie zusammen Entscheidungen.

Auch ihrem gemeinsamen Sohn gegenüber nimmt sie eine Unterstützerinnenrolle ein. Wenn sie davon spricht, dass in dieser mit einer Bedrohung in Verbindung stehenden Situation eine Struktur anspringt, stellt sich die Frage, worin diese Form der Abwehr begründet ist. In den Sohn scheint sich Frau M. besonders gut hineinversetzen zu können, und gerade das Thema Angst wird mehrmals explizit benannt. Unter Umständen kann das als eine Reaktivierung eigener, womöglich sehr schmerzhafter gewesener, Kindheitserfahrungen im Ausdruck einer Projektion interpretiert werden.

Diese Annahme könnte auch darin eine Bestätigung finden, dass Frau M. anfängliche Schwierigkeiten damit hat, mit ihrem immerhin fast volljährigen Sohn über die genaue Diagnose seines Vater zu sprechen. Sie muss sich mit der behandelnden Hautärztin erst eine entsprechende Taktik überlegen und lässt daraufhin nur in Etappen aus einer Blutkrankheit schließlich Krebs werden. Einen unterstützenden Rückhalt sucht und findet Frau M. nebenher durch Gespräche in der Krebsberatungsstelle, zu denen sie den Sohn zuweilen mitnimmt.

Wiederholt wird Frau M.s hohes Verantwortungsgefühl und ihre Besorgtheit dem Sohn gegenüber deutlich. Gerne würde sie ihm seiner Bekümmertheit über die Erschöpfungszustände und Leistungseinbußen, die er beim Vater in letzter Zeit zunehmend beobachtet und über die er im Stillen mit der Mutter redet, abnehmen.

Obwohl das Kommunikationsverhalten in der Familie zwischen Frau M., Herrn M. und den Sohn als sonst recht offen dargestellt wird, wendet sich der Sohn vorzugsweise an seine Mutter statt an den Vater, auch wenn die Fragen ihn betreffen. Es könnte angenommen werden, dass dies einer generellen familiendynamischen Rol-

lenverteilung im Kommunikationsmuster der M.s entspricht, die sich in dieser für alle Beteiligten sehr belastenden Situation nun deutlicher ausprägt. Vielleicht fällt es dem Sohn auch deshalb einfacher, nicht den direkt Betroffenen anzusprechen, um seinen sich selbst schützenden Abstand zu bewahren. Immerhin geht es um Themen der Verunsicherung, der Angst und vermutlich auch unterdrückten Wut, die ein Heranwachsender nur ungern seinem Vater offenlegen möchte, besonders in einer Entwicklungsphase, die sich für gewöhnlich von einer allmählichen Loslösung vom Elternhaus auszeichnet. Rivalisierendes Verhalten zwischen Sohn und Vater im Sinne einer odipalen Situation wird an gemeinsamen sportlichen Unternehmungen deutlich. Dazu im Konflikt zu stehen scheint der Wunsch des Sohnes, anders mit dem Vater reden zu können. Hier erfüllt Frau M. wieder eine vermittelnde Funktion. Unklar bleibt außerdem, weshalb Herr M. nur ungerne auf Fragen antwortet und sich distanziert.

Aus Frau M.s Ausführungen geht wiederholt hervor, dass sie sich selber fortlaufend viele Fragen stellt. Sie scheint damit zwar eine sehr reflektierende Persönlichkeit zu sein. Aus dem Umstand, dass sie immer wieder nach Antworten sucht, geht jedoch hervor, dass ihr viele Fragen anscheinend nicht von einem Gegenüber beantwortet werden (können), möglich wäre aber auch, dass sie diese niemandem stellt.

Die über den Ehemann angeheiratete Familie wird als kommunikationsschwach beschrieben. Rückschlüsse auf die Ursachen lassen sich nur erahnen. Eventuell lebt die Familie räumlich weit voneinander getrennt oder es spielen weitere konflikthafte Faktoren mit hinein. Zumindest scheint die Position von Frau M. als Vermittlerin eine Bestätigung zu erfahren und dem Kommunikationsprozess dienlich zu sein.

Innerhalb der eigenen weiteren Familie von Frau M. ist es ebenfalls nicht einfach, sich über die Krebserkrankung des Mannes zu verständigen. Bei der Schwester ist eine Veränderung als Nachwirkung des eigenen Verlustes ihres Mannes durch Krebs eingetreten. Frau M. versteht sich dadurch anscheinend besser mit ihr als noch zu früherer Zeit und kann offener in den Austausch mit ihr gehen. Von dem Bruder ist dagegen nur bekannt, dass er sich verschließt. Es werden von Frau M. selbst eigene Interpretationsideen geäußert, wenn sie sein Verhalten auf die gemeinsame Erfahrung mit dem an Krebs erkrankten und verstorbenen Vater zurückführt.

Im beruflichen Alltag scheint die Krebserkrankung ihres Mannes kein größeres Thema zu sein. An ihrem Arbeitsplatz kann Frau M. offen davon erzählen und erfährt

im Gegenzug Verständnis und ein ihre Arbeit erleichterndes Entgegenkommen.

Zum wiederholten Male thematisiert wird die manchmal beinahe isoliert erscheinende Stellung der Familie M. in ihrem sozialen Umfeld. Der Freundes- und Bekanntenkreis scheint zumindest vor Ort eher begrenzt zu sein, weswegen Frau M. um eine Erweiterung des Kontaktnetzes bemüht ist. Sie macht mehrmals Äußerungen, die auf Einsamkeit schließen lassen. Ob und wie rege sie sich mit Freunden andernorts im Austausch befindet, bleibt unbeantwortet. Recht bitter scheint gewesen zu sein, dass sich der vormals engste Freund von Herrn M. in Reaktion auf die Verkündung der Krebsdiagnose von ihnen distanziert hat. Sich innerhalb des Familienverbundes zu schützen, damit einen stärkeren Zusammenhalt zu bekommen und sich an die Krebsberatungsstelle zu wenden, sind ihre Strategien, damit umzugehen.

Wohl eine Ausnahme stellt eine Art väterlicher Freund dar, der als Nennonkel bezeichnet wird. Dieser ist schon älter und lebenserfahrener und bietet in einer Unterhaltung vorübergehend nicht nur seine finanzielle Unterstützung an. Unter Umständen kann spekuliert werden, dass sich Frau M. mit diesem deswegen so verbunden fühlt, da sie ihren eigenen Vater in jungen Jahren verloren hat und diesen in Kummersituationen wie der aktuellen schmerzlich vermisst.

Eine wichtige Stütze scheint die Krebsberatungsstelle zu sein, in der das Ehepaar M. sowohl separate als auch gemeinsame Gesprächstermine wahrnimmt. In der Folge reflektiert Frau M. nicht nur alleine für sich, sondern bekommt auch konstruktive Rückmeldung von der sie beratenden Psychoonkologin. Die gemeinsamen Termine bringen zudem Gesprächsthemen hervor, die Herr M. Zuhause von sich aus so nicht anspricht. Frau M. äußert als Begründung eigene Vermutungen, dass ihr M. vielleicht das Ansinnen hat, die Familie schützen und nicht belasten zu wollen.

Insgesamt ist eine progressive Entwicklung im Kommunikationsverhalten von Frau M. festzustellen. Während sie in früheren Situationen, in denen sie mit Krebs konfrontiert worden ist, sich noch eher zurückhaltend und passiv zeigt, scheint sie inzwischen offensiver das Gespräch zu suchen und vergleicht sich sogar mit einer Dolmetscherin. Erklärt werden kann dieser Entwicklungsprozess durch wiederholte lebensprägende Erfahrungen, aus denen sie zunehmend etwas gelernt hat, einer darin begründeten Sensibilisierung ihrer Wachsamkeit und durch eine, sie in ihrem Selbstwert bestätigenden Rollenidentifikation als Ehefrau und Mutter.

SCHLUSSTEIL

ZUSAMMENFASSUNG

Im einleitenden theoretischen Teil dieser Masterarbeit wird beginnend mit einer Skizzierung der Ausgangslage durch die Unterpunkte Anlass, Epidemiologie und Definition die Problemstellung hergeleitet. Diese ist untergliedert in die Unterpunkte öffentliche Wahrnehmung, Perspektive der Betroffenen, Perspektive der Angehörigen, Aufgaben von Angehörigen im Familiensystem, Belastungen für Angehörige, Vorüberlegungen zu Interventionen für Familien, praktische Aspekte von Interventionen für Familien, Interventionsformen für Familien, Perspektive Kinder von krebserkrankten Eltern und Interventionen für Kinder von krebserkrankten Eltern. Darauf aufbauend wird die Fragestellung und das Erkenntnisziel dieser wissenschaftlichen Arbeit formuliert und schließlich die Vorgehensweise dargelegt.

Im Hauptteil liegt die empirische Schwerpunktsetzung. Vorbereitend werden zunächst das Datenerhebungsinstrument PZI, die Transkriptionsmethode GAT 2 und die Interpretationsmethode GTM vorgestellt. Danach erfolgt die Interpretation des erhobenen Datenmaterials anhand der GTM in den Analyseschritten des offenen, axialen und selektiven Kodierens, was in der Entwicklung einer gegenstandsverankerten Theoriebildung einen Abschluss findet.

FAZIT UND AUSBLICK

Als ein Ergebnis dieser qualitativen Einzelfalluntersuchung kann festgehalten werden, dass sich die Grounded Theory Method als geeignete Forschungsmethode erwiesen hat. Durch ein fortlaufendes Vergleichen und Hinterfragen von Situationen, die das Kommunikationsverhalten der Familie M. thematisieren, können Konzepte erhoben, dann Kategorien zugeordnet, als Hauptkategorie definiert und axial analysiert und dann der Versuch einer Theoriegenerierung unternommen werden.

Im konkreten Fall der Familie von Frau M. lässt sich exemplarisch zeigen, wie Familienangehörige mit der Krebserkrankung eines Mitglieds im Alltag umgehen und welche Auswirkungen diese Situation auf ihre kommunikativen Umgangsformen hat.

Begrenzungen dieser Untersuchung sind in der noch unzureichenden theoretischen Sättigung zu finden, weswegen die aufgestellte Theorie nur mit Vorbehalt und sehr eingeschränkt eine Geltung haben kann.

Ein Ansatzpunkt für ein mögliches Fortsetzen dieser Einzelfalluntersuchung wäre daher, neben der mit dieser vorliegenden Arbeit bereits vollzogenen vertiefenden Analyse der Hauptkategorie **KOMMUNIKATIONSVERHALTEN** auch eine axiale und selektive Kodierung bei den verbleibenden Kategorien **EMOTIONALE REAKTIONSWEISEN** und **BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN** durchzuführen. Eine Untersuchung der vernetzenden Relationen zwischen den einzelnen Kategorien würde dazu führen, auch deren Zusammenhänge erklären und begründen zu können.

Darüber hinaus würde ein wiederholtes Interview (oder sogar mehrere) mit Frau M. dazu beitragen, die hier aufgestellte Theorie nochmals sorgfältig überprüfen, relativieren und validieren zu können.

Weiterhin wäre es interessant, die Perspektive des betroffenen Ehemanns und die des Sohnes in den weiteren Forschungsprozess komparativ mit einzubeziehen. Diese müssten dazu ebenfalls befragt werden, um das Phänomen der kommunikativen Umgangsformen innerhalb dieser Familie multiperspektivisch erfassen zu können.

Sollten auf Grundlage dieser Untersuchung Rückschlüsse auf die weitere psychologische Begleitung von Familie M. gezogen werden, so würden sich bereits in der klinischen Praxis bewährte und vorwiegend der systemischen Familientherapie zuzuordnende Interventionsprogramme, die auf Kommunikationstraining und die Förderung bestehender Ressourcen abzielen, sicherlich als hilfreich empfehlen lassen.

Mit einem vorsichtig zu formulierenden Verdacht auf eventuell vorliegende frühere Beziehungskonflikte, könnte darüber hinaus eine psychodynamische Intervention als indiziert betrachtet werden. Es wäre beispielsweise vorstellbar, den von Peter FONAGY entwickelten Ansatz einer *Mentalisierungsbasierten Psychotherapie* anteilig zu integrieren. Dessen Konzept, eigenes Verhalten anhand der mentalen Zustände eines Gegenübers zu interpretieren und hieraus mögliche Reaktionsweisen zu antizipieren, könnte als Anwendung in der psychoonkologischen Arbeit mit Familienangehörigen, bei denen eine beeinträchtigte Kommunikation vorliegt, wie hier im Falle der Familie M., zusätzliche Impulse setzen.

QUELLENVERZEICHNIS

- ADLER, R., HERZOG, W., JORASCHKY, P., KÖHLE, K., LANGEWITZ, W., SÖLLNER, W., WESIACK, W. (Hg) (2011). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Auflage. München: Urban & Fischer
- BÖHM, A., MENGEL, A., MUHR, T. (Hg) (1994). *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Univ.-Verl. Konstanz
- BÖHM, A. (1994). *Grounded Theory – Wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden*. In: BÖHM, A., MENGEL, A., MUHR, T. (Hg) (1994). *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Univ.-Verl. Konstanz (121-140)
- BOOTHE, B., RIECHER-RÖSSLER, A. (Hg) (2013). *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Stuttgart: Schattauer
- FALLER, H. (2009). *Erfolg psychischer Interventionen*. In: KOCH, U., WEIS, J. (Hg) (2009). *Psychoonkologie – Eine Disziplin in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG (190-198)
- FLECHTNER, H., SIMON, A., KRAUEL, K. (2013). *Kinder krebskranker Eltern – eine vernachlässigte Zielgruppe in der Psychoonkologie*. In: WEIS, J., BRÄHLER, E. (Hg) (2013). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer (229-241)
- FLICK, U., KARDORFF, E., KEUPP, H., ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hg) (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A., PRENGEL, A. (Hg) (2010). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa
- FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A. (2010). *Interviewformen und Interviewpraxis*. In: FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A., PRENGEL, A. (Hg) (2010). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollständig

überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa (437-455)

HERSCHBACH, P., HEUßNER, P. (Hg) (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta

HERSCHBACH, P., HEUßNER, P. (2008). *Problemschwerpunkt Familie und Kinder*. In: HERSCHBACH, P., HEUßNER, P. (Hg) (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta (155-163)

HOLLAND, J., BREITBART, W., LEDERBERG, M., LOSCALZO, M., MASSIE, M., MCCORKLE, R. (Hg) (1998). *Psycho-oncology*. New York, Oxford: Oxford University Press

HOPF, C. (1995). *Qualitative Interviews in der Sozialforschung*. Ein Überblick. In: FLICK, U., KARDORFF, E., KEUPP, H., ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hg) (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union (177-182)

HÜLST, D. (2010). *Grounded Theory*. In FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A., PRENGEL, A. (Hg) (2010). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa (281-301)

HUSE-KLEINSTOLL, G. (2013). *Psychoonkologische Arbeit mit Familien*. In: SCHULZ-KINDERMANN, F. (Hg) (2013). *Psychoonkologie – Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz (188-199)

KELLER, M (2008). *Psychosomatische Onkologie*. In: RUDOLF, G., HENNINGSEN, P. (Hg) (2008). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme (268-275)

KOCH, U., WEIS, J. (Hg) (2009). *Psychoonkologie – Eine Disziplin in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

- LANG, K. (2013). *Psychoonkologische Arbeit mit Paaren*. In: SCHULZ-KINDERMANN, F. (Hg) (2013). *Psychoonkologie – Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz (200-214)
- LEDERBERG, M. (1998). *The family of the cancer patient*. In: HOLLAND, J., BREITBART, W., LEDERBERG, M., LOSCALZO, M., MASSIE, M., MCCORKLE, R. (Hg) (1998). *Psycho-oncology*. New York, Oxford: Oxford University Press (981-993)
- MEERWEIN, F., BRÄUTIGAM, W. (Hg) (1998). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern: Verlag Hans Huber
- MEERWEIN, F. (1998). *Die Arzt-Patienten-Beziehung des Krebskranken*. In: MEERWEIN, F., BRÄUTIGAM, W. (Hg) (1998). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern: Verlag Hans Huber (63-131)
- MÖHRING, P. (Hg) (1996). *Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive*. 2. Auflage. Giessen: Psychosozial
- MÖHRING, P. (1996). *Krebserkrankung als Krise von Identität und Familie*. In: MÖHRING, P. (Hg) (1996). *Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive*. 2. Auflage. Giessen: Psychosozial (4-6)
- REUTER, K. (2010). *Psychoonkologie: Stellenwert, Prinzipien und Behandlungsansätze*. In: *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie (PPMP)*. Ausgabe 12-2010. Stuttgart: Thieme (273-284)
- RICHTER, H.-E. (1996). *Wie gehen wir mit unserer Angst um?* In: MÖHRING, P. (Hg) (1996). *Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive*. 2. Auflage. Giessen: Psychosozial (21-29)
- ROMER, G., HAAGEN, M. (Hg) (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- ROMER, G., MÖLLER, B., HAAGEN, M., QUITMANN, J., RIEDESSER, P. (2009). *Psychische Belastungen und ihre Bewältigung bei Kindern krebskranker Eltern*. In: KOCH, U., WEIS, J. (Hg) (2009). *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe (44-62)

- RUDOLF, G., HENNINGSEN, P. (Hg) (2008). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme
- SCHULZ-KINDERMANN, F. (Hg) (2013). *Psychoonkologie – Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz
- SCHWARZ, R. (2013). *Psychoanalytische Psychotherapie in der Lebens-Endzeit*. In: WEIS, J., BRÄHLER, E. (Hg) (2013). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer (91-104)
- SCHWARZ, R., MEYER, A. (2011). *Krebserkrankungen und Familie*. In: ADLER, R., HERZOG, W., JORASCHKY, P., KÖHLE, K., LANGEWITZ, W., SÖLLNER, W., WESIACK, W. (Hg) (2011). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Auflage. München: Urban & Fischer (985-989)
- STRAUSS, A., CORBIN, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- STRITTMATTER, G. (2013). *Besonderheiten einzelner Zielgruppen*. In: WEIS, J., BRÄHLER, E. (Hg) (2013). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer (202-212)
- WEIS, J., BRÄHLER, E. (Hg) (2013). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer
- WEIS, J., SELLSCHOPP, A. (2012). *Psychotherapie mit Krebspatienten*. In: SENF, W., BRODA, M. (Hg) (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme (598-605)
- WIEDEMANN, P. (1995). *Gegenstandsnahe Theoriebildung*. In: FLICK, U., KARDORFF, E., KEUPP, H., ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hg) (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union (440-446)
- WOLLENSCHEIN, M., ROHDE, A. (2013). *Psychotherapeutische Begleitung bei onkologischen Erkrankungen am Beispiel des Mammakarzinoms*. In: BOOTHE, B.,

RIECHER-RÖSSLER, A. (Hg) (2013). *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Stuttgart: Schattauer (403-409)

INTERNETQUELLEN

PRESSESTELLE STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg) (2013). *Krebs immer häufiger Todesursache*. (Pressemitteilung vom 4. Februar 2013 – 43/13)

Abruf 20.07.14 unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/02/PD13_042_232pdf.pdf?__blob=publicationFile

ROBERT KOCH-INSTITUT (Hg), GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND E.V. (Hg) (2013). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krebs in Deutschland 2009/ 2010*. Berlin.

Abruf 20.07.14 unter: http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2013/krebs_in_deutschland_2013.pdf?__blob=publicationFile

SELTING, M., AUER, P., BARTH-WEINGARTEN, D., BERGMANN, J., BERGMANN, P., BIRKNER, K., COUPER-KUHLEN, E., DEPPERMAN, A., GILLES, P., GÜNTNER, S., HARTUNG, M., KERN, F., MERTZLUFFT, C., MEYER, C., MOREK, M., OBERZAUCHER, F., PETERS, J., QUASTHOFF, U., SCHÜTTE, W., STUKENBROCK, A., UHMANN, S. (2009). *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2)*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Ausgabe 10 (2009), Seite 353-402.

Abruf 20.07.2014 unter: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>

WITTSTOCK, U. (2008). *Das öffentliche Sterben der Susan Sontag*.

Abruf 20.07.14 unter: <http://www.welt.de/kultur/article1631248/Das-oeffentliche-Sterben-der-Susan-Sontag.html>

WITZEL, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1 (1), Art. 22,

Abruf 20.07.14 unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>

ERKLÄRUNG

Alle verwendeten Hilfsmittel wurden angegeben; die Arbeit wurde ohne fremde Hilfe verfasst; sie ist bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Berlin, den 31.07.2014

.....

Martin Walz

ANHANG

ERHEBUNGSBOGEN

Ort des Interviews	Datum	Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende	Name Interviewer

I. Kurzfragebogen (vom Interviewer anzukreuzen bzw. auszufüllen)

Wie ist Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet

in anderer Beziehungsform lebend

Haben Sie Kinder?

ja falls ja, wie viele? _____ in welchem Alter? _____

nein

Sind Sie berufstätig?

ja falls ja, in welcher Branche? _____

nein

Engagieren Sie sich neben dem Beruf in einem Verein, gehen Sie einem Ehrenamt nach oder gibt es sonstige regelmäßige Aktivitäten oder Anlässe, zu denen Sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben?

ja falls ja, in welchem Bereich? _____

nein

II. Leitfaden

Wir befinden uns hier in der Räumlichkeiten der krebsberatung berlin. Ich möchte Sie bitten, mir einmal zu erzählen, was für Sie der Anlass gewesen ist, diese psychosoziale Beratungsstelle aufzusuchen.

Was verbinden Sie persönlich mit der Diagnose Krebs?

Bitte schildern Sie mir, wie Sie Zuhause den Umgang mit der Krebserkrankung Ihres Angehörigen erleben?

Wie gehen Sie am Arbeitsplatz mit dem Thema um?

Wie ist der Umgang im Freundes- und Bekanntenkreis oder bei sonstigen gesellschaftlichen Anlässen?

III. Postskriptum (vom Interviewer auszufüllen)

Anmerkungen...

... zur Interviewsituation:

... zum Interviewverlauf:

... zu Schwerpunktsetzungen des/r Befragten:

... zu nonverbalen Aspekten:

... zu ersten Interpretationsideen:

UNGEKÜRZTES INTERVIEWTRANSKRIPT

Basistranskript gemäß GAT 2-Konvention (nach SELTING, AUER ET AL., 2009)

Datum und Uhrzeit der Aufnahme: Mittwoch, den 21.05.2014; 17:02h - 17:44h

Dauer der Aufnahme: 00:42:01

Ort der Aufnahme: Krebsberatung Berlin - Psychosoziale Beratungsstelle für
Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe e.V., Cranachstr. 59, 12157 Berlin

Name des Interviewers: Martin Walz

Name des Transkribierenden: Martin Walz

- - - - -

001 A: °h/h° ja wir haben uns ja gerade schon: im FLU:R kurz
002 miteinander BEKANNT gemacht=haben uns einander vorgestellt °h/h°
003 wir werden jetzt ein INTERVIEW zusammen führen ((schmatzt))
004 ungefähr eine dreiviertelstunde °h/h°
005 B: [hm
006 A: ich habe sie darauf HINGEWIESEN dass dieses interview
007 B: ((hustet))
008 A: AUFGEZEICHNET werden wird (.) das wird aber nicht VERÖFFENTLICHT
009 werden also das dient reinen forschungszwecken °h/h° und sie
010 sind auch damit EINVERSTANDEN dass das aufgenommen wird
011 B: hm_hm das ist oke: ((knacken des korbessels))
012 A: [hm_hm ähm zum ABLAUF des INTERVIEWS also
013 ungefähr eine dreiviertelstunde °h/h° ich werd ihnen zunächst
014 ein paar FRAGEN stellen (.) anschließend werd=ich sie bitten
015 FREI von sich zu erzählen und=ähm wenn sie noch fragen haben
016 können wir zum ABSCHLUSS des gesprächs dann nochmal drauf
017 zurückkommen °h/h° ich werd ihnen auch noch einmal vorher
018 BESCHEID geben (.) etwa fünf minuten (.) bevor wir schluss
019 machen °h/h° ja. (.) dann würd=ich sie als erstes mal
020 fragen=ähm wie ist ihr FAMILIENSTAND?
021 B: bin VERHEIRATET.
022 A: sie sind VERHEIRATET. °h/h° und haben sie KINDER?
023 B: [((hustet)) ja einen sohn.
024 A: einen sohn. °h/h° in welchem alter?

025 B: siebzehn ist der.

026 A: hm_hm (.) gehen sie einer BERUFSTÄTIGKEIT nach?

027 B: hmm=also ((seufzt)) ich bin freiberuflich aber relativ mini

028 ((nimmt tasse vom glastisch))

029 A: hm_hm

030 B: [minimäßig mit relativ geringen stunden(.)umfang (.) ansonsten

031 bin ich familienfrau.

032 A: ja °h/h° was ist das für ne BRANCHE?

033 B: ((schmatzt)) äh ich bin SOZIALARBEITERIN und arbeite in der

034 FORTBILDUNG. ERWACHSENENFORTBILDUNG.

035 A: hm_hm okee. °h/h° ähm engagieren sie sich NEBEN dem beruf

036 vielleicht noch in einem VEREIN? gehen sie einem EHRENAMT nach?

037 oder gibt es sonstige regelmäßige AKTIVITÄTEN oder ANLÄSSE °h/h°

038 zu denen sie am gesellschaftlichen leben teilnehmen?

039 B: (--)((schmatzt)) also KEIN ehrenamt °h/h° äh WAS war das? (-)

040 noch?

041 A: °h/h° ja=äh VEREINSMÄSSIG oder=äh SPORTLICHE aktivitäten (.)

042 MANNSCHAFTSSPORT vielleicht?

043 B: mh ne: °h/h° ((tasse auf dem glastisch)) also ich bin in einem

044 VEREIN das ist der SURFVEREIN unseres SOHNES ((knacken des

045 korbessels))

046 A: [hm_hm

047 B: und ähm da sind wir ABER quasi MEHR oder MINDER BEGLEITENDE

048 mitglieder.

049 A: hm-hm (.) oke: ((blättern)) °h/h° gut wir befinden uns jetzt

050 hier in den RÄUMLICHKEITEN der krebsberatung berlin und ich

051 möchte sie bitten (.) mir einmal zu ERZÄHLEN was für sie der

052 ANLASS gewesen ist diese beratungsstelle aufzusuchen.

053 B: hm_hm das war=ähm: °h/h° di:e DIAGNOSE meines mannes (.) der hat

054 im jahr zweitausendelf °h/h° ZE: ELL ELL diagnostiziert bekommen

055 und

056 A: [das bedeutet?

057 B: CHRONISCH LYMPHATISCHE LEUKÄMIE.

058 A: aha oke:

059 B: u::nd ja das war einfach=ne absolute KRISEN- und (-)

060 PANIKSITUATION. ähm °h/h° ja und dann haben wir uns an die

061 KREBSBERATUNGSSTELLE gewandt.

062 A: hm_hm °h/h° erzählen sie einfach die GESCHICHTE (.) was sich

063 seitdem ereignet hat seit der DIAGNOSE?

064 B: (---) bufff was sich (unverständlich) natürlich mittlerweile
065 schon find=ich=ne LANGE geschichte.

066 A: [hm_hm

067 B: hm also ich kann=ja vielleicht erst=mal vom_vom anfang an sagen
068 dass ich das gefühl hatte mein mann gings nich GUT hatte ich den
069 EINDRUCK °h/h° und dann hab=ich irgendwie ihn gebeten (.) und
070 ihn unterstützt dass er mal zum arzt geht=sich untersuchen lässt
071 u:nd=ähm °h/h° dann hat seine hausärztin irgendwie auch gesagt
072 hmm das kommt ihr KOMISCH VOR (.) ich dachte irgendwie erst an
073 ein BURNOUT.

074 A: hm_hm

075 B: und=ähm dann hat SIE irgendwie kontakt aufgenommen mit dem
076 benjamin-franklin =u:nd mit einem proff (.) also die ist so sehr
077 rührich °h/h° und der hat dann das auch untersucht=sein blut und
078 der hat halt ERST=MAL gesacht (-) er hätte das gar nicht
079 VERMUTET und hat dann nochmal GENAUER auf ihr DRÄNGEN ähm=es
080 untersucht und dann hat er schon diese ze: ell ell FESTGESTELLT
081 und angeblich hatte er=ne °h/h° ATYPISCHE=das ham wir bis heute
082 nich so richtig VERSTANDEN (.) was das is

083 A: [hm

084 B: oder WAS das atypische ist weil dieser professor ist jetzt auch
085 nicht mehr DA ((schmatzt)) ähmm (-) JA: u:nd DANN war mein mann
086 bei=also am anfang alleine da zur blutuntersuchung=also weil sie
087 auch noch nix GESACHT hatte (.) denke sie hatte den verdacht
088 schon aber hat dann auch nichts gesacht

089 A: hm_hm

090 B: u::nd ja dann hat er das kam nach hause hat das ERZÄHLT=und dann
091 war klar er muss noch (.) nochmal untersucht werden=es sollten
092 weitere untersuchungen stattfinden und=ähm beziehungsweise
093 ham=die ihn dann sehr ÜBERRASCHEND und ZACKZACK ham=die da=ne
094 HÜFTSTANZE gemacht °h/h° also das war pff ziemlich also pff mit
095 mir wär=das nicht gegangen also der is=irgendwie
096 VERTRAUENSWÜRDIGER bei ärzten ((lacht)) °h/h°

097 A: [hm

098 B: ähmm=also das war schon auch ein ganz SCHÖNER EINGRIFF für IHN
099 so direkt zack °h/h° und dann war eben pff der_der nächste
100 termin ähm das ergebnis dieser hüftstanze und der ganzen (-)
101 untersuchung was sie da alles untersuchen und da bin ich dann

102 A: [hm_hm

103 B: MIT °h/h° und (.) das war schon alleine dieses GESPRÄCH war
104 schon ein <<lachtend>> ein ANLASS auch sich (.) BERATUNG zu
105 holen weil mir dann mal wieder klar wurde wie schwer es ist sich
106 in diesem (.) MEDIZIN (-) UNTERNEHMEN zurecht zu finden=oder ja
107 A: hm
108 B: DA für sich zu SORGEN und gute antworten zu kriegen oder (.) nen
109 weg zu finden und (unverständlich) es schrecklich dieses
110 GESPRÄCH °h/h° also dann hat er halt gesucht dass das eben
111 doch=ne (.) schon in=nem hohen STADIUM=also die ze: ell ell
112 verläuft in verschiedenen STADIEN=es gibt verschiedene
113 kategorien
114 A: aha
115 B: wonach die diagnose also eingeteilt wird es gibt da so
116 bine:stadien und dann einmal einen so nach rei? oder rai? °h/h°
117 und er hat das also nach diesem BINE:STADIUM da war er
118 eigentlich schon in der ZEE das ist also schon die STÄRKSTE
119 form.
120 A: hm
121 B: und=ähm das gespräch war für uns irgendwie dann ziemlich
122 SCHRECKLICH also ich war dann ziemlich ENTSETZT und SCHOCKIERT
123 gesessen und dann hat der °h/h° der PROFESSOR mein mann
124 angesprochen=naja seine FRAU die wär ja wohl sehr KRITISCH
125 ((lacht)) also ne? ich war total GESCHOCKT und statt dass er
126 mich anspricht und fragt (.) was is=ne? so hat da ÜBER mich
127 geredet
128 A: hm
129 B: und das war alles so ziemlich pfff (.) SCHRECKLICH also ich
130 denke der hat gut_gut diagnostiziert aber der UMGANG war se:hr
131 SCHWIERIG und der sprach da zum beispiel auch nicht von
132 SCHEMOTHERAPIE °h/h° sondern von infu_INFUSIONEN die man gibt
133 also ((lacht))
134 A: [hm_hm
135 B: ((lacht)) also da hab ich gedacht für_für_für wie BLÖD? (.) hält
136 der uns? also ähm °h/h° ja=gut so wa:r da:s u:nd dann war für
137 mich direkt DANACH klar so in dem SCHOCK dass ich dachte wir
138 brauchen auf jeden fall=ne zweite ne ZWEITMEINUNG BEVOR (.) da
139 irgendwas entschieden wird und=äh dann haben wir uns dann SELBER
140 drum gekümmert °h/h° und=dann war aber klar das wird ein LANGER
141 ein längerer prozess und da brauchen wir irgendwie=n ORT ähm um

142 B: uns auszutauschen um (.) ja um uns AUSZUTAUSCHEN um uns HILFE zu
143 ho:len um (.) um unsere sorgen einfach jemanden MITZUTEILEN.

144 A: hm

145 B: ((schmatzt)) weil das war sehr wahrscheinlich auch so UNSERE
146 GESCHICHTE nochmal=öhm (.) SPEZIELL ich bin keine BERLINERIN (.)
147 mein mann is BERLINER und mein mann ist eher so=n (-) der kommt
148 eher aus so=ner se:hr aus=ner familie wo wenig kontakt is (.)
149 und ich bin eher so=n KONTAKTMENSCH und °h/h° bin aber in berlin
150 nicht so richtig ZUHAUSE (.) also ne? der grund nach berlin zu
151 kommen war mein MANN und nicht diese STADT und für mich ist es
152 immer noch so ein bisschen FREMD und obwohl ich schon so lange
153 hier bin °h/h° äh und ich aber schon eben das gefühl hatte wir
154 haben nich=so=n STABILEN freundeskreis vor ort zumindest MEINE
155 engen freunde sind alle nicht hier

156 A: hm

157 B: und mein mann is=ja hat EINEN guten freund pf °h/h° und=ähm ja
158 da hatten=wa das gefühl wir brauchen auf JEDEN fall so wir müs
159 sen unser NETZ erweitern wir brauchen ne unterstützung das
160 schaffen=wa (.) nich alleine °h/h° ähm und ich war parallel noch
161 sowieso sehr BELASTET weil meine MUTTER jetzt in dem jahr im
162 gleichen jahr=n schlaganfall hatte und °h/h° alles zu klären war
163 wie wird die WEITER VERSORGT? wie geht DAS weiter? also das war
164 war=ne sehr anstrengende zeit so PARALLEL

165 A: hm_hm

166 B: also auch für MICH

167 A: hm_hm

168 B: und natürlich erst=mal totale (.) panik und=ähm ne also wird er
169 daran daran STERBEN? wie IS das? ich hab unglaublich viel
170 GEGOOGELT (.) so mein mann gar nich der war ((unverständlich))
171 °h/h° ich hab viel recherchiert und=ähm für mich war=s auch
172 wichtig und gut also=ähm sehr HILFREICH wei:l ich hab so=n ZE:
173 ELL ELL FORUM gefunden u:nd °h/h° hab eigentlich nur mitgelesen
174 und das waren sehr KOMPETENTE leute sag=ich mal und=ähm
175 ((schmatzt)) dass ich relativ schnell=nen guten einblick hatte
176 zumindestens so gro:b

177 A: hm_hm

178 B: was KANN da so passieren? ähm mit dieser krankheit oder wie kann
179 man da KUCKEN wie kann man drauf SEHN? das war zum beispiel für
180 mich auch auch schon: ganz hilfreich dass diese °h/h° eher

181 B: kritisch diese °h/h° wenn man dann auf diesen also es gibt da
182 ganz BESTIMMTE seiten wo man dann auf bestimmte
183 krebserkrankungen kuckt dann gibts diese ((schnaufen)) weiß ich
184 nich LEBENSWAHRSCHEINLICHKEIT? TODESWAHRSCHEINLICHKEIT? keine
185 ahnung wie lange <<lachend>> man lebt ((lacht))
186 A: statistische Daten
187 B: [ja ne es hat=nen bestimmten NAMEN ich kann ich weiß
188 den jetzt nich=und=äh
189 A: hm_hm
190 B: °h/h° die ham=das zum beispiel schon sehr gut ERKLÄRT dass man
191 da aufpassen muss also wie sich sowas ZUSAMMENSETZT ? Ne? °h/h°
192 und das war für mich schon sehr sehr hilfreich und für mich war
193 das aller ALLERWICHTIGSTE <<lachend>> da war wirklich dieses
194 FORUM total klasse dass °h/h° es da einen MANN gibt da lese ich
195 auch immer noch so=n bisschen mit ähm der is in dem gleichen
196 stadium der hat KEINE schemo gemacht und der hat dann aber
197 SOFORT irgendwie ist in frührente gegangen °h/h° und der lebt
198 IMMER noch ((lacht)) also_so der lebt da jetzt schon seit °h/h°
199 FÜNFZEHN jahren mit und es is=ne relativ LANGE ne lebenszeit
200 statistisch für dieses stadium
201 A: [hm_hm hm_hm
202 B: °h/h° u:nd=ähm das war für mich erstmal so so=n HALT
203 A: ja
204 B: °h/h° u:nd also wir ham=dann was glaub=ich auch sehr WICHTIG war
205 war w_wir warn dann wirklich so im VOLLSCHOCK da warn da hatten
206 wir glaub=ich noch keinen termin hier °h/h° und mussten noch
207 WARTEN auf diese ZWEITDIAGNOSE <<seufzt>> u:nd dann sind wir
208 aber doch in=n urlaub gefahrn und ich hab erst paar tage
209 überhaupt gedacht ich PACK das nich also mein mann hat auf
210 einmal ein KÖRPERAUSSCHLAG gekriegt
211 A: hm
212 B: den er sonst nie hatte ja? vor lauter PANIK und ich KONNTE nicht
213 mehr (.) also ? richtig liegen weil ich mir irgendwie immer
214 GEDACHT hab wie kriegen wir das HIN? wie können wir das
215 FINANZIERN? wie °h/h° wie kann ich GELD verdienen? Ne? also keine
216 Ahnung alles ging so DURCHEINANDER und °h/h°
217 A: hm
218 B: da warn wirklich da warn dann aber DOCH auch noch=mal zwei
219 FREUNDINNEN von mir hilfreich die eine ist ähm HEILPRAKTIKERIN

220 B: die hat mir echt=n super MITTEL rausgesucht und zuppzack danach
221 konnt=ich wieder SCHLAFEN ((lacht)) da haste echt=nen
222 GLÜCKSGRIFF gemacht und=ähm °h/h° ja das war wirklich ne sehr
223 gute entscheidung dass wir in=nen URLAUB gefahrn sind wir haben
224 dann dort da auch ? teil meiner VERWANDSCHAFT getroffen und
225 °h/h° das war einfach einfach=ne sehr entlastende dass wir
226 unseren SOHN da ein bisschen (-) ähm der unterhaltung hatte so
227 also das war so der erste SCHOCK ham=wir irgendwie in den
228 letzten TAGEN nochmal drüber GEREDET dass wir wirklich °h/h° da
229 ziemlich STOLZ drauf sind dass wir das so GUT hingekriegt haben.

230 A: hm

231 B: °h/h° das natürlich ja diese KRANKHEIT einfach erstmal jede
232 MENGE EXISTENZÄNGSTE TODESÄNGSTE aus_auslöst VERLUSTÄNGSTE

233 A: °h/h° das wäre nämlich auch nochmal eine frage von mir

234 B: [hm

235 A: ähm was sie persönlich mit dem wort krebs VERBINDEN?

236 B: °h/h° ja ganz viel VERSCHIEDENE dinge weil ich schon ganz VIEL
237 begegnungen mit krebs hatte

238 A: hm_hm

239 B: [und=ähm (.) da ((schmatzt)) schon schnell (--)) STERBEN und TOD
240 schon auch mit v AUCH mit verbinde also mein VATER hatte also
241 °h/h° erstmal war als ich SECHZEHN war hatte ich ein freund der
242 hatte (-) ähm auch leukämie das WUSSTE ich aber gar nicht der

243 A: [hm

244 B: hatte das nich ERZÄHLT und der ist für MICH ganz PLÖTZLICH
245 gestorben. (.) seine geschichte habe ich nie richtig ERFAHREN.
246 ja die hat (.) e:r mir nie so: nicht richtig ERZÄHLT und wir
247 kannten uns jetzt nicht so: ENG irgendwie durch die jugendarbeit
248 °h/h° so das war das ERSTE und DANN mein vater hatte krebs.
249 und=ähm °h/h° also damit bin <<schnaufend>> weiß=ich nicht als
250 ich dreizehn war hatte der ne große OPERATION und da war auch
251 nicht KLAR (-) wird er das überleben oder nich? u:nd=ähm das war
252 so eine der ersten künstlichen blasen (.) zu der ZEIT °h/h°
253 u:nd=dann hat er damit pff (.) ja ich glaube (.) weiß=ich nicht
254 der hat da sieben jahre gut mit GELEBT und dann kam dann hatte
255 er ein REZIDIV und=ähm ja und als ich EINUNDZWANZIG war is=er
256 halt GESTORBEN und ich hab ihn halt auch BEGLEITET die die also
257 das war gerade anfang meiner STUDIENZEIT und °h/h° ich hab dann
258 sozusagen die ersten beiden semester (.) meine MUTTER und meinen

259 B: VATER UNTERSTÜTZT mein vater ist zuhause gestorben und das war
260 schon irgendwie doch auch sehr VIEL. ja das verbinde ich unter
261 anderem mit krebs also (.) klar hat er auch PAAR jahre GELEBT
262 aber schon auch dieses der ABSCHIED und °h/h° dieses STERBEN und
263 dann=ähm ((schmatzt)) vor (.) also ich denke ich komm=aus so=ner
264 auch krebs BETROFFENEN familie ich hab mit diesen brüdern meines
265 vaters nicht so viel zu tun aber da gab=s eben auch (.) noch
266 onkels die (-) krebs HATTEN (.) und verschiedene? (-) glaub=ich
267 A: hm_hm
268 B: u:nd ähm dann hab=ich eine sehr sehr gute freundin VERLOREN vo:r
269 (.) fünf jahren ähm °h/h° ja und was hat uns DA dieser krebs das
270 war immer also ((lacht)) meine freundin war=ne unglaublich
271 STARKE sehr lebens(-)lustige willige (.) KLARE person also ich
272 bin eher so ein sch_stimmungsmensch? der das auch immer so
273 pffpff hochrunter geht °h/h° und die war eher so sehr SEHR dem
274 leben zugewandt ((lacht)) ne? sehr °h/h° sehr KLAR sehr sehr
275 STARK °h/h° und die hatte einen unglaublichen lebenswillen die
276 hatte ein melanom.
277 A: hm_hm
278 B: u:nd naja und da hab ich natürlich das warn ZEHN jahre (.) die
279 wir mit diesem krankheit da also die ich da auch sie mit der
280 krankheit erlebt hab u:nd=ähm (-) ähm ((schmatzt)) w_wo sie
281 immer gesucht hat sie hats eigentlich erst nach dem ZWEITEN mal
282 richtig GESCHNALLT und der kam dann wieder und da hat sie erst
283 angefangen das ERNST zu nehmen (.) vorher hat sie gesagt QUATSCH
284 (.) operieren gut ist °h/h° und dann hat sie irgendwie erstma
285 ERNST genommen und naja dann war das wirklich immer wieder JEDES
286 ja:hr also wir hatten so ein RITUAL ähm ähm seitdem ich in
287 berlin=also sind die immer GEKOMMEN anfang des JA:HRES also
288 GENAU immer am ersten januar °h/h° und das war immer NACH dem
289 berlinbesuch ist sie nach münster gefahren zu:r HAUTKLINIK. zum
290 (.) CHECK sozusagen und das °h/h° ja das hat uns schon sehr sehr
291 VERBUNDEN dass wir jedes mal also immer=ne tolle woche hatten
292 miteinander also sie ist dann jedes mal mit der ganzen familie
293 angereist mit der wir sehr verbunden waren °h/h° und ((räuspert
294 sich)) dann immer doch diese ANGST kam so wie wird=s? so und wie
295 alle immer gesucht haben wird GUT <<lachend>> so naja und das
296 ist halt dann eben in etappen doch noch=ma: WIEDER gekommen und
297 hinterher so schlimm dass sie dran VERSTORBEN ist. (--)

298 B: ((schmatzt)) das war ziemlich pfff HEFTIG für mich also=so=ähm
299 °h/h° das habe ich auch nochmal sch für mich schwieriger erlebt
300 als mit meinem vater weil da war ich DABEI da_da war das
301 irgendwie ähm °h/h° da hatt=ich ZEIT da musst=ich mich nicht um
302 ein kind kümmern oder ne? da ((stösst gegen den tisch))
303 irgendwie von der rolle als tochter
304 A: hm
305 B: nur_nur <<lachend>> so und=ähm so als_als FREUNDIN und sie war
306 weit WEG das war war ganz schön SCHWER. ja also die hat auch ist
307 AUCH zuhause gestorben hatte unglaubliches glück hatte=nen
308 tollen °h/h° mann der sie und familie die sie gut begleitet
309 haben aber °h/h° das hat mir schon SEHR TRAUIG gemacht.
310 A: ja
311 B: und ((schmatzt)) so von daher löst=äh dieses wort KREBS als=ne
312 krankheit erstmal bei mir auch so (.) ja scho:n ganz klar so=ne
313 LEBENSBEGRENZUNG ANGST (-) aus
314 A: hm
315 B: vor_vor TOD und (-) LEID auch wenn ich weiß die ham jeweils die
316 die ich gut kannte ja auch noch EINIGE jahre damit GELEBT aber
317 °h/h° ja hatte schon ANGST.
318 A: hm °h/h° und jetzt ist ihr MANN betroffen
319 B: ja
320 A: wie gehen sie denn ZUHAUSE damit um? (-) in der FAMILIE?
321 B: ((seufzt)) tja wie gehen wir da jetzt mit UM? °h/h° also: ich
322 denke erst=mal hat uns ga:nz STA:RK die: °h/h° wir ham=das ja
323 erst=mal ein HALBES jahr hat er das ja erstmal probiert mit (.)
324 mit_mit allem möglichen was wir an zur v_v_verfügung hatten und
325 ich hab erstmal sehr_sehr viel RECHERCHIERT das war MEIN umgehen
326 damit (.) mir wissen zu verschaffen ((tasse auf dem glastisch))
327 zu kucken was gibt=s? ähm °h/h° ich interessier=mich sehr
328 für_für GESUNDHEIT und HEILUNG
329 A: hm_hm
330 B: und hab also so alles versucht was ich ((lacht)) auftreiben
331 konnte dann hab ich alles so ein bisschen SORTIERT was könnte
332 °h/h° was für meinen mann sein? und dann ham=wa GEMEINSAM
333 überlegt oke: wir °h/h° lassen also wir haben jetzt ein jahr
334 ZEIT bevor er sich entscheidet für die SCHEMO °h/h° und das war
335 erst=mal schon=mal ein_eine sache wie wir damit umgegangen sind.
336 das hat uns auch sehr VERBUNDEN also das wir das sehr gemeinsam

337 B: entschieden haben wie (-) wie kann das GEHN? So (.) was wäre ein
338 guter WEG? ((schmatzt)) und dann war aber nachdem dann warn wir
339 eben in HAVELHÖHE ((stellt tasse auf den glastisch)) da hatten
340 wir eine zweitmeinung uns geholt und der hat uns dann auch
341 erstmal gesagt OKE: das kann man machen mit dem halben JAHR so
342 richtig begeistert war er da NICHT von ((lacht)) u:nd ja und ich
343 glaub das war aber so=ist unser umgehen damit dass mein mann und
344 ich v_v_vie:l uns schon AUSGETAUSCHT haben überlegt (.) haben
345 was was könnte sinnvoll sein? (.) und ich eben diese ganzen
346 schemo das hat glaub=ich uns auch SEHR verbunden die schemo war
347 schon auch sehr anstrengend für IHN und die hat er ambulant ja
348 gemacht °h/h° und da war schon: VIEL dass ich ihn halt begleitet
349 hab ne? HINGEBRACHT ABGEO:LT phasenweise DABEI GEBLIEBEN
350 u:nd=ähm das war am anfang für ihn ziemlich HEFTIG weil de:r
351 eben nicht nur die SCHEMO gekriegt hat sondern vorher so=n=ähm
352 wie heißen die? (--) °h/h° IMMUNGLOBULINE? keine ahnung
353 A: ja
354 B: [irgendwie sowas
355 A: [das kann sein ja
356 B: ich WEIß jetzt nicht genau wie das heißt °h/h° also RITUXIMAB
357 heißt das MEDIKAMENT und irgendwelche (.) den ÜBERBEGRIFF
358 weiß=ich grad nicht und °h/h° das äh das macht sehr starke
359 allergische REAKTIONEN das war wirklich zum beispiel sehr sehr
360 HEFTIG ne? da hat er wirklich puuh ne stunde gez ähm so=n
361 SCHÜTTELFROST und °h/h° ZITTER(.)ZUSTAND war da. (.) äh (-) ja
362 dass ich auch so=n gefühl hatte ich muss DABEI bleiben
363 <<lachend>> das hatte erstmal so_so das war am anfang ne? das
364 hat das sehr so GEPRÄGT so uah ich will dabei sein und war ganz
365 f_froh ich hab sonst immer sehr GELITTEN dass ich beruflich so
366 nicht so: fest im sattel BIN ((schmatzen)) und DA war ich sehr
367 sehr FROH während der schemo dass ich (.) viel zeit hatte °h/h°
368 und ich hatte auch ORGANISIERT weil wir dann überlebt hatten wir
369 geht=s finanziell? ((knacken des korbsessels)) zum beispiel hab
370 ich °h/h° einen (.) freund das ist ähm so eine art NENNONKEL von
371 meinem mann
372 A: hm_hm
373 B: der ist schon ALT ein alter mann und den hab=ich mit dem hab=ich
374 mich UNTERHALTEN und DER hat dann °h/h° mir netterweise auch
375 angeboten dass er mir in der zeit HILFT und der hat uns also

376 B: auch finanziell unterstützt (.) und mein mann hat hinterher auch
377 nochmal sein bruder GEFRAGT so dass wir wirklich so: auch
378 FINANZIELL °h/h° nen RUHIGEN rahmen hatten in der zeit (.) und
379 das war wirklich SUPER also sonst wär=das ganz schlimm sonst
380 hätt=ich ganz schnell kucken müssen dass ich geld reinhole weil
381 das ist ja doch auch schon ein ganz schöner UNTERSCHIED ist
382 zwischen kranken und tagesgeld und (.) dem was wir SONST so zur
383 verfügung hatten

384 A: ja

385 B: und da jede MENGE <<seufzend>> medizinische AUSGABEN auch so
386 waren ne? in der zeit °h/h° ja soso_SO sind wir damit umgegangen
387 dass wir viel=viel=ähm immer GEKUCKT haben was ist gerade
388 HILFREICH? und auch (.) gekuckt haben wer hilft beim FINANZIERN?
389 und dann hat mein mann °h/h° der war beim HEILER ((schmatzt))
390 u:nd=ähm hat sich auch hier in berlin bei=ner die kannte ich
391 über meine homöopathische ärztin bei ner frau die auch viel mit
392 so ENERGETISCHEN HEILWEISEN arbeitet ähm °h/h° bei der war er
393 AUCH in behandlung und das waren für ihn auch ganz WICHTIGE
394 schritte (.) also so (-) ähm (-) wo (-) wo für ihn sich immer
395 wieder was GEÖFFNET hat und parallel war halt wirklich dieses
396 °h/h° sag ich mal dieses HIER in die krebsberatungsstelle kommen
397 auch ein HA:LT und auch immer wieder so=ne möglichkeit zu
398 REFLEKTIERN ähm was ich auch ganz hilfreich fand war (-) dass
399 ich das gefühl hatte in den GEMEINSAMEN gesprächen ühm
400 ((schmatzt)) ähm dass mein mann dann zum beispiel auch dinge
401 erzählt hat die er mir so alleine so: NICHT erzählt hat also

402 A: [hm_hm

403 B: ne? wo auch KLAR war da will er mich sonst SCHÜTZEN? oder dann
404 nicht so mit BELASTEN? und das fand ich zum beispiel sehr
405 hilfreich also_so

406 A: [hm

407 B: auch auch mehr (-) ja nochmal dass er auch nochmal mehr seine
408 SICHTWEISE gesagt hat also das fand ich sehr sehr gut °h/h°
409 u:nd=ähm nachdem so dieser ganze ? ich glaub diese (-) die
410 SCHEMO und die A=HA=BE: und als das das so irgendwann mal so
411 alles HINTER ihm war dann ham=wir wenich GEMEINSAME termine hier
412 gehabt sondern er ((fuss stößt gegen tischbein)) ja bei frau
413 gebhard und ich bei frau gruß und das=ähm f_für mich das eben
414 auch se:hr (-) HILFREICH is weil ich merke dass ich in meim

415 B: ALLTAG °h/h° öff (-) also wir wenich freunde haben die mit denen
416 wir über diese KRANKHEIT reden ne? das ist wirklich wenich das
417 war zum beispiel für uns was GANZ äh HEFTIGES auch dass °h/h°
418 da:ss wir schon das gefühl hatten nach der diagnose wurde gab so
419 im bekannten und freundeskreis auch so: bei einigen auch so=ne
420 WEGBEWEGUNG ne?

421 A: hm_hm

422 B: u:nd das das war sehr SCHMERZHAFT für meinen mann ganz BESONDERS
423 weil das sein ENGSTER freund °h/h° war und=ähm (.) der irgendwie
424 sehr MERKWÜRDIG reagiert hat (.) und=ähm (.) ja das war das war
425 einfach schwer auch so zu TRAGEN und und gu:t war dass wir uns
426 ganz gut zusammen wir ham uns ANEINANDER festgehalten und
427 <<lachend>> das war war irgendwie sehr hilfreich für uns ne?

428 A: ja

429 B: und da war eben dann auch die idee BERATUNGSSTELLE hier zum
430 beispiel sehr wichtich eben um nich so ganz alleine in sich (.)
431 glucken (.) zu bleiben ne so=ähm

432 A: [hm

433 B: ähm °h/h° ja und so gehn wir da irgendwie IMMER noch so mit um
434 dass dass jetzt äh das war ähm ((schmalzt)) also der david war
435 auch ein=zweimal mit HIER unser SOHN

436 A: °h/h° genau

437 B: das war eben fand ich auch sehr SCHWIERIG zu überle:gen wie_wie
438 WANN sagen wir=s IHM? WIE sagen wirs IHM?

439 A: hm

440 B: ähm <<seufzend>> wir hattn=s ihm dann glaub ich auch schon
441 gesacht als wir HIER warn und ich hab viel auch mit der der
442 ärztin von meinem mann bisschen so ÜBERLEGT (.) also wir haben
443 das irgendwie so in ETAPPEN gemacht das war erstmal nur=ne
444 BLUTKRANKHEIT <<lachend>> das wurde so nach und nach zum KREBS
445 ((schmatzt)) als wir dann auch klarer waren und auch klarer
446 wussten wie er=s behandeln lässt. u:nd_ähm (--) ja und ich denke
447 das war eben aber AUCH wichtig dann so=nen ORT zu HABEN also
448 damit ich für den david gut da sein konnte äh dass ICH irgendwo
449 (-) so=nen halt (-) auch noch mal hatte so_so=ne
450 AUSTAUSCHMÖGLICHKEIT ne?

451 A: ja

452 B: also das war sehr WICHTICH (---) ja und jetzt ist das irgendwie
453 so: pff also jetzt is mein mann wieder im normalen ARBEITSPROZESS

454 B: diese °h/h° ähm ze: ell ell kommt WIEDER also zumindest sagt DAS
455 die SCHULMEDIZIN die kommt auf jeden fall wieder

456 A: hm_hm

457 B: ähm und keiner weiß was dann is? also wenn man GLÜCK hat und die
458 nochmal ausbricht kann das eventuell noch=mal mit SCHEMO
459 behandelt werden °h/h° aber wie GUT oder wie SCHLECHT es ihm
460 dann geht (-) das WEIß keiner und_ähm das heißt da ist immer
461 so=ne ANGST (-) im NACKEN ne? (-) u:nd_ähm ((schnauft)) mein
462 mann hat viel auf der ARBEIT v_verändern MÜSSEN also de:r
463 hatte=ne technische leitung da °h/h° musste er °h/h° RUNTER und
464 das war denk=ich auch GUT also er hatte glück dass zu de:r zeit
465 wenigstens ein halbwegs ((knacken des korbessels)) VERNÜNFTIGER
466 chef da war der hat ihm da das dann sozusagen so ein bisschen
467 ABGENOMMEN

468 A: ja

469 B: das war ganz HILFREICH ähm aber das war natürlich trotzdem
470 SCHWER für ihn (.) ne? zu sehen boa mit dieser KRANKHEIT kann er
471 das was er mal (-) KONNTE nicht mehr MACHEN ähm so: und das ist
472 glaub=ich immer noch ein THEMA (.) dass es für ihn nicht LEICHT
473 ist oder da mein mann ist TRIATLETH gewesen und=ähm °h/h° der
474 würde sagen er IS noch einer aber (-) ich denke er KANN (.) so:
475 jetzt kein TRIATHLON machen weil °h/h° die KRAFT die er da für
476 die ARBEIT v_v_verbraucht (.) also das kann er nicht mehr
477 PARALLEL stemmen (.) ne? so.

478 A: hm

479 B: sportlich trainieren und=ähm seinen JOB: machen und °h/h° das
480 von daher das das bleibt PERMANENT auch so=ne SORGE (.) is es
481 ZUVIEL? ÜBERLASTET er sich DA? °h/h° ja da sind wir eigentlich
482 immer wieder im (.) im AUSTAUSCH (.) also ich glaube mein sohn
483 und ich wir haben da IMMER (.) SORGE °h/h° und das ist auch
484 ga=is auch ganz schön schwer dass er da=ne BALANCE zu finden
485 weil ich dann oft denke mensch würd=ich jetzt mal ich werd NIE so
486 viel verdienen können wie mein mann ich komm=auch nicht mehr so
487 SUPER °h/h° ins GESCHÄFT also <<lachend>> das IST einfach so
488 h°/h° und dass ich immer denke °h/h° oft dann gedacht hab mensch
489 wenn ich jetzt soviel geld verdiene ne? könnten wir das so
490 besser VERTEILEN also das is finde ich auch immer wieder schwer
491 da nicht so: SCHULDGEFÜHLE zu kriegen so nach dem motto äh
492 wär=ich ein ANDERER ja? hätt=ich ANDERE chancen

493 A: hm

495 B: könnten wir das besser verteilen weil ich scho:n denke diese
496 ((schnauft)) ungläubliche ANSTRENGEND und diese ÜBERLASTUNG im
497 JOB: dass die scho:n auch was mit der GESUNDHEIT eben (-)
498 gemacht hat so. (-) ((schmatzt)) und von daher is=das immer
499 wieder °h/h° THEMA und dass wir immer wieder äh weiß=ich nich
500 die BREMSE ZIEHEN und nochmal kucken wo kann man was VERÄNDERN?
501 dann komm=wa wieder in_in=nen ALLTAGSTROTT und <<lachend>> hm so
502 (.) ja.

503 A: °h/h° wie ist das bei ihnen mit dem BERUFSLEBEN? also sie sagten
504 sie arbeiten TEILZEIT

505 B: nja ich arbeite FREIBERUFLICH.

506 A: [oder FREIBERUFLICH ja

507 B: mh ja ((schmatzt)) ja äh ob ich also (.) was MEINEN sie? wie_wie
508 das IS?

509 A: ähm ja äh BELASTET sie die SITUATION? ähm: können sie damit
510 OFFEN UMGEHEN während der ARBEIT?

511 B: ähm meinen sie mit der mit der KREBSERKRANKUNG?

512 A: ja genau

513 B: °h/h° also ich arbeite ja nicht so VIEL und arbeite ja bei
514 verschiedenen TRÄGERN das ist da eigentlich KEIN THEMA das war
515 nur thema als beispiel in dem JAHR wo er die schemo gemacht hat

516 A: hm

517 B: da musst=ich dann zwei seminare VER_VERSCHIEBEN

518 A: hm

519 B: und das ging GUT. (.) also das war KEIN PROBLEM also (-) das_das
520 hab hab ich denen ERZÄHLT und die ham=das netterweise mir
521 VERSCHOBEN. das war KLASSE. also das ging GUT. ((schnieft))

522 A: waren verständnisvoll

523 B: ja_ja das war kein problem hm_hm (--) ja. (--) also (-) ne:. da
524 is=eher so MEIN problem das_das hat aber eher so mit meiner
525 EIGENEN gesundheitszustand zu tun dass ich nicht so viel KRAFT
526 habe dass und es mir oft NICH SO GUT geht ich würde gerne MEHR
527 arbeiten und=ähm °h/h° und DAS merk=ich dann SCHON manchmal wie
528 mich das auch bindet dass mich diese krankheit schon auch
529 BINDET. also so=ähm ähm

530 A: hm

531 B: °h/h° mit dem auge auf meim SOHN der ist au nicht so LEICHT (.)
532 ne also der hat es immer sehr schwer in der SCHULE und °h/h° ähm

533 B: ((schmatzt)) da da den hab ich viel UNTERSTÜTZEN müssen da hab
534 ich schon gemerkt dass dieses °h/h° diese UNTERSTÜTZERINNENROLLE
555 (-) also die ist so=n bisschen auch MEINE aber ähm dass die mich
556 auch sehr anstrengt dass das auch immer wieder KRAFT KOSTET so
557 den blick auf mich und auf MEINE sachen (-) zu lenken (.) so
558 aber °h/h° das denk=ich war schon VORHER sag ich mal meine=meine
559 struktur ((lacht)) ist natürlich jetzt nochma (.) nochma
560 ANGESPRUNGEN durch ff äh durch die krankheit und sicherlich auch
561 zum teil GUT °h/h° also weil ich glaube ich hab ganz gute
562 impulse setzen können aber °h/h° ist auch immer wieder=ne GEFAHR
563 drin und=ähm (---) ja das das bleibt auch immer so=n bisschen
564 THEMA (.) und von daher bin=ich auch f zum beispiel FROH über
565 die begleitung mit FRAU GRUß °h/h° dass ich so=n gefühl hab (.)
566 ich kann da auch mich immer wieder ein stück KORRIGIERN oder
567 kucken so: was ist MEINS? was BRAUCH=ICH? ähm ja (.) °h/h°
568 und=und was ich f auch wenn wir GAR nicht oft darüber REDEN aber
569 dass ich schon merke diese ANGST kommt immer wieder (.) ne? und
570 VERLUSTANGST und=ähm °h/h° ((schnauft)) (-) ja(-) obwohl ich das
571 dann wieder völlig VERGESSE und VERDRÄNGE aber <<lachend>> °h/h°
572 so letztendlich merk=ich schon das_das_das läuft da immer mit.
573 A: hm_hm
574 B: ja (---)
575 A: °h/h° ja und sie haben gesagt (.) mit ihrem SOHN is=es manchmal
576 auch nich so EINFACH
577 B: hm_hm
578 A: auch über den KREBS zu sprechen
579 B: ((schmatzt)) ne: das GE:HT äh also_also das war am ANFANG sehr
580 SCHWER
581 A: hm_hm
582 B: °h/h° u:nd=ähm doch st äh ja und jetzt is=es so dass E:R das
583 manchmal von SICH (-) also sich auch SO:RGEN macht wenn=er sieht
584 dass mein mann sehr ERSCHÖPFT ist (.) ne? so.
585 A: ah_ja
586 B: das ist sich scho:n das hat sich auch sehr VERÄNDERT dass er
587 auch schon nach der °h/h° also der war ja schon VO:OR der
588 DIAGNOSTIK erschöpft sonst hätt=ich (.) ja nicht auch gesagt geh
589 zum A:RZT ne? oder was
590 A: [hm_hm
591 B: aber wir kenn=ihn ja auch noch paar jahre VORHER wo der einfach

592 B: UNGLAUBLICH viel power hatte und=ähm für meinen sohn is das
593 schon auch immer BESORGNISERREGEND ne? wenn der so mitkriecht
594 mein mann (-) dem gehts NICH so gut die machen viel zusammen
595 SPORT u:nd=ähm

596 A: °h/h° auch beim SURFEN?

597 B: °h/h° ne: surfen NICH aber RENN RAD: fahrn die zusammen

598 A: [ahja hm_hm

599 B: und LAUFEN °h/h° u:nd=ähm naja da merk=ich schon bei meim sohn
600 so sag=ich ma diese äh JUNGE freude darin sch der STÄRKERE zu
601 werden also was ja norma:l ist zwischen vater und sohn °h/h°

602 A: [ja richtig

603 B: und TROTZDEM ist das auch=n komisches GEFÜHL weil er dann OFT
604 auch ANGST hat (-) ja gehts dem pappa jetzt wegen dem (.)
605 krankheit schlecht?

606 A: hm

607 B: so ne? also da_da ist auch so ich denk das ist für ihn schon
608 auch=ne BELASTUNG und auch schwer °h/h° also ich glaube er kann
609 diesen jugendlichen TRIUMPH (-) uau ne? <<lachend>> jetzt
610 bin=ich schneller den kann er nich so richtig GENIEßEN (-) also
611 ich glaube das wird ihn auch EINSCHRÄNKEN in seiner (.) oder das
612 wird mit ihm was machen ne?

613 A: hm_hm

614 B: in seiner entwicklung (.) also so das °h/h° das das tut mir oft
615 auch LEID also das kann ich ihm nicht ABNEHMEN ne? da wird er
616 DURCH MÜSSEN das wird was sein in SEINEM das ist sein ((tasse
617 auf dem glastisch)) seine lebensqualität oder seine VERTRAUEN
618 ins leben auch ein stück °h/h° einfach ähm (.) ja ins WANKEN
619 gekommen is dadurch ne? (.) also so: (.) der hatte schon keine
620 GESCHWISTER sag=ich mal ne? und dann FEHLT <<lachend>> da so ein
621 TRIUMPH also ich weiß das von=n f_freund ein freund von mir eben
622 ne? der auch gesacht hat so SCHRECKLICH für ihn war als SEIN
623 SOHN an ihm (.) am BERG mal eben pscht (.) weggefahrn is ne?
624 °h/h° und dass das_da so=n thema is für MÄNNER da irgendwann
625 für VÄTER zu sagen oh ja ua ne? jetzt

626 A: hm_hm

627 B: ((lacht)) jetzt is=es so weit °h/h° und dass ich so=n gefühl hab
628 das ist für mein sohn eben mit so=nem bisschen (.) mit so=ner
629 UNSICHERHEIT verbunden dass er ne? so dieses ((tasse auf dem
630 glastisch)) äh wie find=ich meine eigene KRAFT? und bin ich

631 B: STARK? ähm dass er da eben nicht so ff (.) sagen kann uau (--)
632 u:nd=ähm (-) ja das wird mir jetzt grad auch nochmal im SPRECHEN
633 so deutlich dass ich glaub das ist schon für ihn auch ne? °h/h°
634 nicht so LEICHT is (.) also=so damit umzugehn
635 A: ja
636 B: hm (---) ansonsten is mein sohn im_im kontakt mit UNS se:hr
637 recht OFFEN
638 A: hm_hm
639 B: so also das is schon in der regel f_f_fragt der MICH dann erstma
640 (.) weil mein mann nicht so gerne ((lacht)) a_antwortet
641 <<lachend>> ne? °h/h° u:nd=ähm ja aber EIGENTLICH find ich unser
642 verhältnis ganz gut.
643 A: ja (-- °h/h° aber er spricht lieber mit IHNEN als mit seinem
644 VATER?
645 B: [der
646 würde GE:RNE mit meinem mann sprechen aber mein mann is ähm
647 °h/h° pfff der brauch so=nen VORLAUF wie soll man das sagen?
648 oder also der brauch im gespräch so was äh wie_wie jemand der
649 ihm nen teppich dahin legt und ich glaub ich KANN das
650 A: hm_hm
651 B: das kann mein sohn natürlich nicht so und=ähm (.) da kommt dann
652 nichts da_da is mein sohn dann schon oft FRUSTRIERT (.) oder
653 dass er dann auch oft MIR das sacht warum sacht mir der pappa
654 mir das nicht dass der und der TERMIN is? oder=äh sowas ähm also
655 da gibts schon bei ihm auch so ein UNMUT ne? da würde er gerne
656 ne andere form von KOMMUNIKATION haben aber die (.) ähm (-)
657 müsste noch GEÜBT werden <<lachend>> weiß=ich nich also die
658 gibt=s im moment so: noch nich ne? (-- ja (-- also da fühl=ich
659 mich dann oft wie so=n DOLMETSCHER (-) so ein bisschen zwischen
660 zwischen denen also die machen VIEL zusammen und verstehn sich
661 auch gut aber so: °h/h° DAS ist sowas wo ich denke da: schon mit
662 meinem sohn so ein bisschen da würde er gern mit seinem vater
663 ANDERS REDEN können (-- ja (---)
664 A: ja (---) °h/h° ähm sie sprachen vorhin davon also ihr mann ist
665 BERUFSTÄTIG?
666 B: [hm
667 A: hat auch schwierigkeiten damit gehabt jetzt äh etwas kürzer zu
668 treten
669 B: (unverständlich) sagen öh ja so das war ihm klar dass er das

670 B: MUSS und äh irgendwie ((tasse auf dem glastisch)) irgendwie auch
671 i_irgendwie auch WILL <<lachend>> aber es war natürlich es war
672 für ihn schon auch SCHMERZHAFT

673 A: hm

674 B: [zu SE:HN so durch die krankheit ganz klar zu SEHEN er kommt
675 nicht mehr DAHIN wo er WA:R also er kann nicht mehr (-) aus
676 seinem KRAFTRESERVOIR schöpfen (-) wie er mal hatte.

677 A: hm_hm (-)

678 B: so. und das ist glaube ich IMMER NOCH=N thema dass er_er also er
679 hatsich ich weiß nicht ob=s jetzt an der ZE: ELL ELL liegt? oder
680 an der SCHEMO? auf jeden fall hat er immer noch viel mit
681 ERSCHÖPFUNG zu tun (.) u:nd_ähm ist auch nicht mehr also mein
682 mann war immer der SUPER konzentrierte bei uns in der familie
683 und wir beiden ändern eher so die SCHUSSEL °h/h° und
684 ((schnauft)) seit der schemo (.) haben wir immer gesagt
685 willkommen im klub: (.) also ne? passiern ihm einfach auch
686 schon=mal eher so: SCHUSSELICHKEITEN und das war für ihn TOTA:L
687 schwer (-) und auch (-) also ich glaub das ist immer noch (-)
688 SCHWER dieses AUSZUHALTEN dieses schneller an diese (.)
689 ERSCHÖPFUNG zu kommen °h/h° und er versucht es relativ
690 DISZIPLINIERT (.) sich auszuruhen und wenn=er nach hause kommt
691 hinzulegen oder so ne? so hat=er irgendwie so_so=n RITUAL gehabt
692 ähm auch sich dann irgendwie so ein bisschen MUSKELENTSPANNUNG
693 zu machen und=n bisschen zu VISUALISIERN °h/h° aber muss er auch
694 immer daran erinnern es gibt dann auch so phasen wo das dann so
695 weg (.) LAPPERT und er auch f_f (.) ja und dann weiß=ich nicht
696 durch zu lange AUFBLEIBEN eigentlich noch mehr in=er erschöpfung
697 ge:ht (.) so ähm also da sind dann immer wieder so THEMEN wo wir
698 uns gegenseitig versuchen zu ERINNERN

699 A: hm

700 B: oder vielleicht ICH auch eher ((lacht)) so_so ja (-) hm_hm

701 A: °h/h° und wie is=das mit ARBEITSKOLLEGEN?

702 B: (-) bfff SCHWER.

703 A: schwer

704 B: richtig schwer also ICH würd sagen sehr schwer °h/h° wie gesagt
705 der hatte TOTA:LES glück weil er hat schon GANZ viele
706 schreckliche chefs gehabt mein mann die wechseln da in der
707 arbeit in der BAUBRANCHE der ist INGENIEUR ne?

708 A: hm_hm

709 B: °h/h° und war technischer LEITER in der firma und da gab=s schon
710 wirklich FÜRCHTERLICHE leute und zu der zeit hatte er zum glück
711 ein sehr VERSTÄNDIGEN (-) verständiges gegenüber der da wirklich
712 SUPER mit umgegangen ist und er sich SE:HR °h/h° also mein mann
713 sich sehr wertgeschätzt gefühlt hat und auch mit einem SICHEREN
714 gefühl in die krank also in die schemo gegangen ist und so ein
715 gefühl hatte oke: ich kann da auch länger rausf_fallen ne? also
716 weil der war wirklich fast ein jahr nich (-) arbeiten
717 A: hm
718 B: [u:nd_ähm (-) also das war SU:PER und dann war aber KLAR als er
719 zurückkam musste seine POSITION wo er runter gestuft wurde also
720 die leitungspostion wurde BESETZT °h/h° und die wurde sozusagen
721 nicht NEU besetzt sondern mit=nem kollegen der SCHON=MAL sein
722 chef war (.) der zwischendurch im ausland (.) war in=nem andern
723 PROJEKT °h/h° ähm (-) ((schmatzt)) u:nd (.) dann wusste er schon
724 was auf ihn zukommt <<lachend>> °h/h° und da war (.) GA:R kein
725 ((unverständlich)) also da war also es gab EINIGE kollegen mit
726 denen konnte er auch drüber SPRECHEN °h/h° aber ihm war ganz
727 schnell KLAR dass alles was er verändern MUSS (.) dass er das
728 alles mit SICH machen muss also (-) ähm das war so viel thema
729 zuhause ne? dass ich gesagt hab mensch (.) äh auf einmal hatte
730 er kein eigenes BÜRO mehr sonst hatte er immer sein eigenes büro
731 hab=ich gesacht (.) besorgt dir doch=n RUHERAUM da kannste PAUSE
732 machen °h/h° so das warn viel themen am ANFANG und das war
733 UNHEIMLICH schwer (.) also da wurde auch nich und=äh also °h/h°
734 sag ich mal die waren FREU::NDLICH aber es war gab nicht in DEM
735 sinne VERSTÄNDNIS oder UNTERSTÜTZUNG weil (-) ne:
736 A: hm
737 B: also ich hatt=auch das GEFÜHL das war eher mein mann der sonst
738 der war der ansprechspartner der hat mehrere schon auch °h/h°
739 ähm der hat=n kollegen der hat=n ganz schlimmen MOTORRADFA:LL
740 oder ähm=n kollegen der hatte äh=ne NIERENTRANSPLANTATION oder
741 so °h/h° und zu der zeit war er der CHEF sozusagen und der hat
742 das schon ist da äh se:hr (.) gut mit UMGEGANGEN aber für ihn
743 war da jetzt so keiner an SEINER SEITE °h/h° und ich glaub das
744 war schon IST auch immer noch schwer
745 A: ja
746 B: also dass er einerseits die UNSICHERHEIT natürlich merkt °h/h°
747 und andererseits auch so zu wissen in diesem alltagsgeschäft die

748 B: sind alle °h/h° ist da herrscht ein rauer TO:N äh da herrscht
749 irgendwie=ne ähm °h/h° ich glaub dass ist für ihn schon sehr
750 SCHWER

751 A: hm_hm

752 B: (-) ja

753 A: °h/h° ja jetzt so mit BLICK auf die U:HR (.) wir müssen langsam
754 zu einem ENDE kommen °h/h° ähm gibt es von IHRER seite
755 vielleicht noch FRAGEN? (-) etwas was sie LOSWERDEN möchten?

756 B: ((schnauft)) (-) hm muss=ich erst nochmal tee trinken. ((lacht))

757 A: [gerne

758 B: ähm FRA:GEN °h/h°

759 A: also das ist jetzt ein interview im rahmen meiner MASTERARBEIT.

760 B: [ja:

761 A: ich werd dieses äh interview dann auswerten sie bleiben ANONYM

762 B: hm_hm ((gießt sich tee ein))

763 A: wenn sie möchten können sie auch gerne

764 B: [was ist denn ihr THE:MA? genau das
765 fänd=ich ja jetzt schön (-) zu wissen.

766 A: ja äh=äh welche SORTTE das ist? oder?

767 B: ((lacht)) [nee welches THEMA das ist? Also
768 was sie

769 A: [welches THEMA? ähm über die KOMMUNIKATION über krebs

770 B: [ja ja ahja

771 A: im familienverbund der umgang mit der krebserkrankung

772 B: [ah oke: ah oke: mm

773 A: und wenn sie MÖCHTEN könnten sie auch gerne ein EXEMPLAR davon
774 haben (.) wenn es dann fertig ist sie können auch von diesem

775 B: [ja ja

776 A: AUDIOMITSCHNITT (.) gerne eine kopie haben

777 B: ja gerne

778 A: ja °h/h° ansonsten bedank=ich mich bei ihnen (.) dass SIE sich
779 die ZEIT genommen haben und die bereitschaft und

780 B: ja bitteschön es ist ist also ist ja auch nochmal GUT für mich
781 selber nochmal=ne möglichkeit nochma=so (.) zu SPÜREN ((lacht))
782 wie is=es denn eigentlich grade? also

783 A: [ja

784 B: find=ich auch gut danke <<lachend>> also war auch für mich gut
785 und (-) ähm (--)) da fällt mir jetzt noch was EIN so zur zum

786 A: [ja nur zu

787 B: ergänzen zum thema KOMMUNIKATION °h/h° also in der familie °h/h°
788 weil die familie meines mannes ist etwas KOMMUNIKATIONSSCHWA:CH
789 A: hm_hm
790 B: so. und_ähm war ich viel die (--) die KONSULTIERTE also
791 ((lacht)) ne? also die ham mehr mit MIR gesprochen also auch
792 seine MUTTER
793 A: hm_hm
794 B: und der BRUDER
795 A: hm_hm
796 B: als eher miteinander (-) so also das war SCHWER (--) zwischen
797 denen °h/h° und bei mir ist es so ähm dass ähm °h/h° genau das
798 hab=ich auch noch VERGESSEN meine schwester ist WITWE die hat
799 ihren mann AUCH verloren durch krebs °h/h° u:nd ((räuspert
800 sich)) die ist sonst immer SEHR anstrengend und es geht ja viel
801 um die SORGE um meine mutter (.) also die pflegt meine mutter
802 (-) mit und oder die leben zusammen und=ähm °h/h° da hat sich
803 zumindestens bei UNS etwas verändert dass meine schwester
804 ((stößt leicht gegen den tisch)) obwohl die ist SONST sehr
805 wenig EINFÜHLEND (.) und durch diese dadurch dass sie SELBER die
806 krankheit kennt (.) DA kam dann auch mal so=was wie (-)
807 VERSTEHEN (.) so
808 A: [ah=ja
809 B: ja also das fand=ich ganz IRRE meine schwester ist sonst
810 VOLLKOMMEN °h/h° die ist überhaupt nich=der typ EINFÜHLUNG (-)
811 die (.) ist nur mit sich BESCHÄFTIGT °h/h° und da ist dann aber
812 ECHT bei ihr was PASSIERT.
813 A: hm_hm
814 B: und mein BRU:DER zum beispiel °h/h° der ist ganz entz (.) der
815 ist sehr zz der hat sehr ZUGEMACHT °h/h° weil der sich schon so
816 BELASTET fühlte von (.) in andern (.) ne? mit der pflege pf
817 ((lacht)) zu pf_pflegenden mutter und weiß nicht was ob °h/h°
818 wir ham=ja ALLE unsere geschichte mit dem verstorbenen oder dem
819 krebskranken vater °h/h° und der hat ZIEMLICH zu_zugemacht also
820 da is=er sehr UNTERSCHIEDLICH
821 A: [°h/h° ich seh schon:
822 B: ich hab das sehr unterschiedlich erlebt
823 A: [ja ich seh=schon: das ist eine
824 längere geschichte
825 B: ja

826 A: das noch VIEL material bieten würde
827 B: ja ((lacht))
828 A: ja dennoch an DER stelle machen wir=nen SCHLUSSSTRICH?
829 B: [gut [ja ja
830 A: ja oke: dann stell=ich das gerät wieder aus
831 B: hm
832 A: ja dankeschön

DATEN-CD

Enthält das Interview im mp3-Dateiformat und die Masterarbeit im pdf-Dateiformat: