

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Studiengang Bachelor Soziale Arbeit

Wintersemester 2022/2023

Krebsdiagnose und Nikotinkonsum: Bedarfe, Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten einer Rauchentwöhnung aus Sicht der Angehörigen von Krebspatient:innen

Master-Thesis

Tag der Abgabe: 31.01.2023

Vorgelegt von: Dorina Kurta

■■■■■■■■■■

■■■■■■■■

■■■■■■

■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

■■■■■■■■■■■■■■

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Bettina Radeiski

Zweite Prüferin: Frederike Bokemeyer

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------------------------|--|----|
| Abbildungsverzeichnis..... | 3 | |
| 1..... | Einleitung | |
| | 4 | |
| 2..... | Stand der Forschung | |
| | 5 | |
| 2.1 | Krebserkrankung..... | 6 |
| 2.1.1 | Aktuelle Zahlen..... | 6 |
| | Risikofaktoren..... | 8 |
| 2.1.2..... | | 8 |
| 2.1.3 | Auswirkungen auf Erkrankte..... | 10 |
| 2.1.4 | Auswirkungen auf Angehörige..... | 11 |
| 2.1.5 | Umgang mit der Krebserkrankung aus Angehörigensicht..... | 12 |
| 2.2 | Nikotinkonsum..... | 13 |
| 2.2.1 | Einstieg..... | 14 |
| 2.2.2 | Gesundheitliche Folgen..... | 14 |
| 2.2.3 | Abhängigkeit..... | 16 |
| 2.2.4 | Einfluss des Nikotinkonsums unter Angehörigen..... | 17 |
| 2.3 | Rauchentwöhnung..... | 18 |
| 2.4 | Rolle der Sozialen Arbeit..... | 20 |
| 2.4.1 | Klinische Sozialarbeit..... | 20 |
| 2.4.2 | Klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Versorgung..... | 22 |
| 2.4.3 | Nikotinprävention..... | 22 |
| 3..... | Methodisches Vorgehen | |
| | 23 | |
| 3.1 | Forschungsdesign..... | 23 |
| 3.2 | Qualitative Interviews..... | 24 |
| 3.2.1 | Problemzentriertes Interview..... | 24 |
| 3.2.2 | Interviewleitfaden..... | 25 |
| 3.2.3 | Pretest..... | 25 |
| 3.2.4 | Vorbereitung der Interviewdurchführung..... | 25 |
| 3.2.5 | Durchführung der Interviews..... | 26 |
| 3.3 | Feldzugang (Sampling)..... | 27 |
| 3.4 | Transkriptionsregeln..... | 27 |
| 3.5 | Gütekriterien, Forschungsethik und Datenschutz..... | 28 |

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| 3.6 | Qualitative Inhaltsanalyse | 29 |
| 3.6.1 | Prinzipien und Ablaufmodell | 29 |
| 3.6.2 | Auswertungskategorien | 30 |
| 4 |Auswertung der Interviews | |
| | | 31 |
| 4.1 | Dana..... | 31 |
| 4.2 | Tom..... | 36 |
| 4.3 | Mona | 42 |
| 4.4 | Lilli..... | 46 |
| 4.5 | Dilara | 50 |
| 4.6 | Justin..... | 54 |
| 4.7 | Silvano | 58 |
| 4.8 | Bianca | 61 |
| 4.9 | Sarah..... | 65 |
| 4.10 | Jonas..... | 69 |
| 5 |Diskussion der Ergebnisse | |
| | | 72 |
| 5.1 | Antworten auf die Teilfragen | 76 |
| 5.2 | Limitationen | 85 |
| 6 |Schlussbetrachtung | |
| | | 86 |
| 6.1 | Fazit | 86 |
| 6.2 | Ausblick | 86 |
| 7 | Literaturverzeichnis | |
| | | 88 |
| 8 | Anhang | |
| | | 94 |
| 9 | Eidesstattliche Erklärung | |
| | | 1 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb.1: Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2018 mit dem prozentuellen Anteil je 100.000 Personen (Robert Koch-Institut, 2021)..... | 7 |
| Abb. 2: Erkrankungs- und Sterberaten 2018/19 je 100.000 Personen (Robert Koch-Institut, 2021) | 8 |
| Abb. 3: Vermeidbare Krebsrisikofaktoren 2018 (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2018)..... | 10 |
| Abb. 4: Geschätzte Prävalenzangaben der psychischen Langzeitfolgen nach einer Krebserkrankung bei Langzeitüberlebenden (5 Jahre nach Diagnosestellung) (Bundesgesundheitsblatt, 2022) | 11 |
| Abb. 5: Durch Tabakrauch verursachte Krebserkrankungen 2021 (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021) | 15 |
| Abb. 6: Schwerpunkte der psychosozialen Beratung Klinischer Sozialarbeit (Forum, 2021) | 21 |

1 Einleitung

„Tis easier to prevent bad habits than to break them.“

(Benjamin Franklin, in Poor Richard's Almanack 1745)

Nikotinkonsum gilt als eine der schädlichsten Angewohnheiten, sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft. Benjamin Franklin sagte einst: "Es ist einfacher, schlechte Angewohnheiten zu vermeiden, als sie später abzulegen." (vgl. Lemos Rodriguez, 2022)

Doch was passiert, wenn ein Familienmitglied an Krebs erkrankt, während man weiterhin raucht? Wie gehen die Angehörigen damit um und welche Auswirkungen hat das auf sie selbst? Diese Fragen bilden den Ausgangspunkt für die vorliegende Masterarbeit, die im Rahmen des Forschungsprojekts "Quit Smoking after Cancer" am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf verfasst wurde. Sie untersucht die Bedürfnisse und Anforderungen von Familienangehörigen von Krebspatienten an eine gemeinsame Rauchentwöhnung aus deren Perspektive. In qualitativen Interviews geht sie Fragen nach wie: Wie gehen Angehörige mit dem anhaltenden Rauchverhalten der Krebspatienten um? Welche Konsequenzen ziehen sie hinsichtlich ihres eigenen Rauchverhaltens und Wohlbefindens? Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Angehörige in Bezug auf Unterstützung im Umgang mit dem Nikotinkonsum der Krebspatienten? Wie kann eine erfolgreiche gemeinsame Rauchentwöhnung gestaltet werden? Dies schafft die Basis zur Beantwortung der Forschungsfrage: **Inwiefern kann Soziale Arbeit zur Gestaltung einer gemeinsamen Rauchentwöhnung von Familienangehörigen und Krebspatient:innen beitragen?**

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand. Hier wird von Literatur und Forschungsergebnissen ein Einblick in die komplexe und vielschichtige Erkrankung Krebs gegeben werden. Darunter fällt der Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und Krebserkrankung ebenso wie die Auswirkungen auf Patient:innen und Angehörige, sowie der Umgang mit der Erkrankung. Der zweite, empirische Teil dieser Arbeit beinhaltet die wissenschaftliche Analyse der geführten Interviews und deren Ergebnisauswertung. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse führen im dritten Teil zur Beantwortung der Forschungsfrage. Zu guter Letzt geht es um Schlussfolgerungen und Handlungsansätze für die Praxis: Die Ergebnisse dieser Arbeit bieten nicht nur einen tiefen Einblick in die Herausforderungen, die Familienangehörige von Krebspatienten bei einer gemeinsamen Rauchentwöhnung erleben, sondern auch eine wertvolle Orientierung für Sozialarbeiter:innen und andere Fachkräfte, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen.

2 Stand der Forschung

Der folgende Abschnitt präsentiert Ergebnisse zu den Themen Krebserkrankungen und ihre Auswirkungen auf Angehörige sowie das Rauchverhalten von Angehörigen von onkologischen Patienten. Die meisten Ergebnisse stammen aus internationalen Studien. Es gibt jedoch nur wenige Studien, die sich spezifisch mit der Gestaltung von Rauchentwöhnungen von Krebspatienten und ihren Angehörigen befassen. In der medizinischen Praxis sind Nikotinentwöhnungsprogramme für Angehörige und ihre Krebspatienten noch nicht implementiert.

Es gibt:

- evidenzbasierte Erkenntnisse zu Umgangs- und Verhaltensmustern sowie Auswirkungen des Rauchverhaltens von Angehörigen und Krebspatienten und die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Beziehungsgestaltung, die als Anhaltspunkte für die Gestaltung und Konzipierung einer Rauchentwöhnung dienen können,
- einige deutsche Studien, die sich mit psychischen Belastungen von Angehörigen von Krebspatienten allgemein befassen, jedoch bislang kaum Studienergebnisse zum Rauchverhalten von Angehörigen und dem Einfluss der Krebserkrankung der Patient:innen darauf (vgl. Heine, 2019: 17),
- aktuelle Studien aus der Psychoonkologie zum Thema Krebs und seinen Auswirkungen auf Patienten und Angehörige,
- wenige Studien in Deutschland, die darauf schauen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit zu Rauchentwöhnungen von Angehörigen und Krebspatienten leisten kann.

Aufgrund der begrenzten Anzahl und der uneinheitlichen Methoden und Messinstrumente der vorliegenden Studien, können die Ergebnisse nur bis zu einem bestimmten Grad verglichen werden. Auch bestehen Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen und Gesellschaftsstrukturen weltweit und in Deutschland, was die Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf das deutsche Versorgungssystem in Frage stellt.

Es besteht daher Bedarf für weitere Studien, um die Ergebnisse zu stützen und allgemeingültige Aussagen treffen zu können und mehr über die Gestaltung von Rauchentwöhnungen aus psychosozialer Perspektive zu erfahren.

Bis jetzt scheint das wissenschaftliche Interesse an Angehörigen von Krebspatienten und deren Rauchverhalten sowie deren Umgang damit begrenzt zu sein.

2.1 Krebserkrankung

Krebs stellt eine heterogene Gruppe von Erkrankungen dar, die durch das unkontrollierte Wachstum von malignen Zellen charakterisiert sind (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 6). Solche Zellen beeinträchtigen die Funktion gesunder Gewebezellen und Organe und führen unbehandelt häufig zum Tod der Patient:innen (Deutsches Krebszentrum, 2020: 4 f.). Die genaue Ursache der Entstehung von Krebs ist oft schwer zu identifizieren, aber es ist bekannt, dass sowohl externe Einflüsse als auch genetische Faktoren eine Rolle spielen können (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2020: 6).

In der Medizin bezieht sich der Begriff Krebs auf eine bösartige Gewebeneubildung, auch als Malignom bezeichnet (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 2). Solche Tumoren („Tumor“ ist ein lateinisches Wort, das Schwellung bedeutet) können gutartig oder bösartig sein. Bösartige Tumoren sind durch unkontrollierte Vermehrung von Tumorzellen gekennzeichnet, die in benachbartes Gewebe einwachsen, gesundes Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) bilden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 6). Tumorzellen reagieren nicht auf Signale, die das Wachstum im gesunden Gewebe regulieren und sind daher für das Immunsystem nicht kontrollierbar (vgl. ebd.). Tumorzellen sind anpassungsfähig, was auch die schnelle Widerstandsfähigkeit gegenüber Chemotherapie erklärt. Durch die Verbreitung im Körper führt die Krankheit zur Zerstörung lebenswichtiger Zellen (vgl. Dahlke, 1990: 83 f.). Je länger die Krankheit besteht, desto lebensbedrohlicher wird sie. Derzeit kann nicht genau bestimmt werden, was die erste Zelle zu einer Krebszelle macht. Es ist bekannt, dass Krebs durch Schädigungen am Erbmateriale entstehen kann, was verschiedene Ursachen haben kann, wie z. B. Zigarettenrauch, der das Risiko für Lungenkrebs erhöht, oder UV-Strahlung, die einen Risikofaktor für Hautkrebs darstellt (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 7).

2.1.1 Aktuelle Zahlen

Laut Schätzungen des Robert Koch-Instituts in Berlin erkranken jährlich in Deutschland etwa 510.000 Menschen an Krebs (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2020: 7). Dies umfasst ungefähr 267.520 Männer und 242.260 Frauen, wobei die Inzidenzrate bei Männern im Durchschnitt im Alter von 70 Jahren und bei Frauen im Alter von 69 Jahren am höchsten ist. Es lässt sich somit feststellen, dass das Risiko an Krebs zu erkranken mit dem Alter ansteigt. Es leben insgesamt rund 16 Millionen Menschen in Deutschland, die in den letzten 5 Jahren an Krebs erkrankt sind. In den letzten 25 Jahren sind geschätzt mehr als 4,4 Millionen Menschen an Krebs gestorben, wobei die Zahl der jemals an Krebs erkrankten Menschen etwa 10 % höher liegt (vgl. RKI 2021: 27).

Die absolute Zahl der Neuerkrankungen hat sich in den Jahren 2008 bis 2018 kaum verändert (vgl. RKI 2021: 27). Wegen des Anstiegs der Erkrankungsrate mit zunehmendem Alter für fast alle Krebsarten, war ein Anstieg von rund 1 % aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten (vgl. ebd.).

Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind Tumoren am häufigsten zu finden in/an der Brustdrüse (70.600 Fälle), der Prostata (65.000 Fälle), dem Dickdarm (60.000 Fälle) und der Lunge (57.200 Fälle).

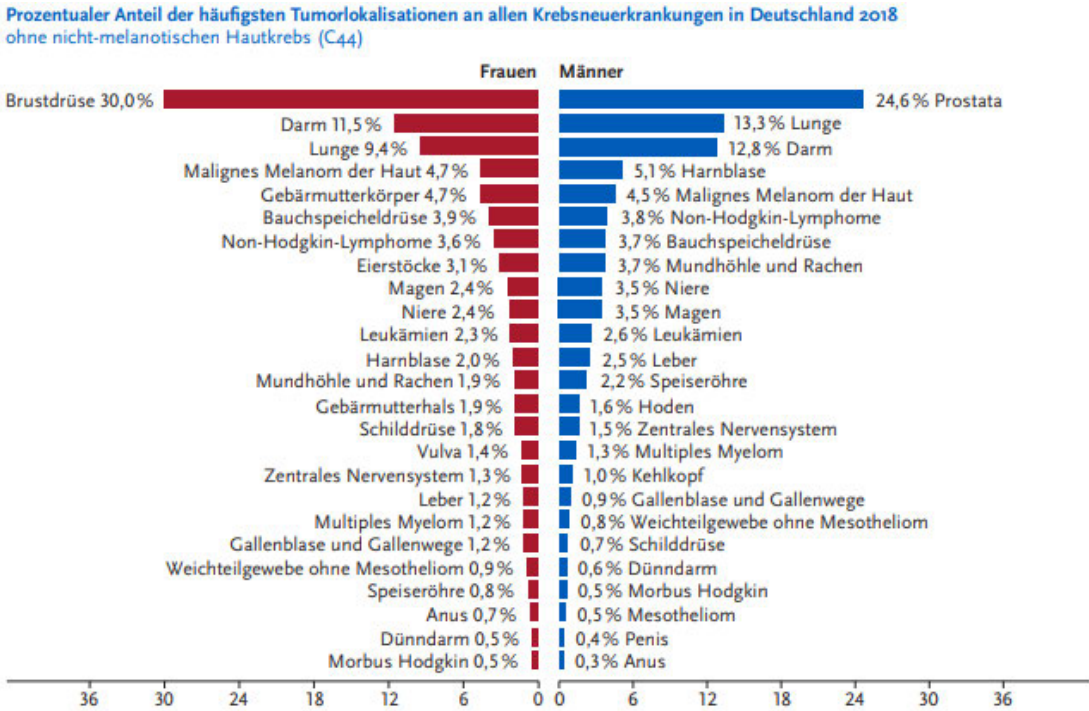


Abb. 1: Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2018 mit dem prozentuellen Anteil je 100.000 Personen (Robert Koch-Institut, 2021)

Die Beurteilung von Tumorerkrankungen variiert je nach Verlauf, Therapieoptionen und prognostizierter Überlebenschance. Aufgrund der Fortschritte in der Medizin wird Krebs nicht länger als unheilbare Erkrankung betrachtet. Wie in Abbildung 2 (nächste Seite) dargestellt, wurde ein Rückgang der Sterberate beobachtet. Es wird erwartet, dass dieser Trend in Zukunft weiter anhält.

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 1999–2018/2019, Prognose (Inzidenz) bis 2022
je 100.000 (alter Europastandard)

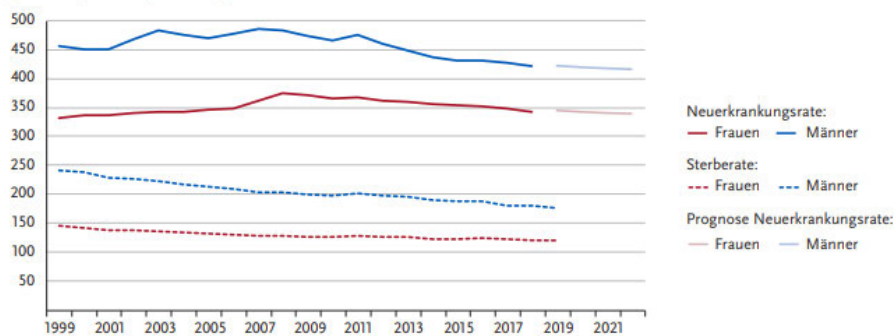


Abb. 2: Erkrankungs- und Sterberaten 2018/19 je 100.000 Personen (Robert Koch-Institut, 2021)

2.1.2 Risikofaktoren

Die Ursachen vieler Krebserkrankungen sind nicht bekannt und bekannte Auslöser lassen sich oft nicht beeinflussen, weshalb Präventionsstrategien nur für bestimmte Tumorarten existieren (vgl. RKI, 2021: 27). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) könnten dennoch weltweit 30 - 50% aller Krebsfälle durch Prävention verhindert werden. Nach Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums sind mindestens 37% der Krebsneuerkrankungen durch vermeidbare oder beeinflussbare Risikofaktoren erklärbar (vgl. ebd.). Einige dieser Risikofaktoren sind im Folgenden kurz dargestellt.

Tabakkonsum

Der Tabakkonsum ist ein bedeutsamer Risikofaktor, da etwa 19% aller Krebserkrankungen in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen sind (attributable fraction) (vgl. RKI, 2021: 27 f.).

Übergewicht/Bewegungsmangel

Es ist bekannt, dass Übergewicht und Bewegungsmangel eine Rolle bei der Entstehung von Krebs spielen. Neuere Forschungen zum metabolischen Syndrom zeigen, dass chronische Stoffwechselabweichungen wie Bluthochdruck, hohe Blutfett- und Blutzuckerwerte entzündliche Prozesse im Fettgewebe fördern können, die an der Krebsentstehung beteiligt sind (vgl. ebd.).

Ernährung

Die Ernährung spielt eine relevante Rolle als Risikofaktor für die Entstehung von Krebs. Der Alkoholkonsum gehört hierbei zu den bedeutsamen Faktoren. Es wurde eine Assoziation zwischen einem seltenen Verzehr von Obst und Gemüse und einem hohen Anteil von rotem und

verarbeitetem Fleisch im Ernährungsverhalten und einem erhöhten Risiko für mehrere häufige Tumorarten festgestellt. Es ist jedoch zu beachten, dass sich in Beobachtungsstudien der Einfluss einzelner Lebensmittel nicht immer von anderen Faktoren, wie z. B. der Energiebilanz, trennen lässt (vgl. RKI, 2021: 27 f.). Neuere Studien haben gezeigt, dass zudem auch ultra-verarbeitete Lebensmittel ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs darstellen können (vgl. ebd.).

UV-Strahlung

Ein weiterer vermeidbarer Risikofaktor ist die ultraviolette Strahlung von Sonnenlicht (UV-Strahlung) (vgl. ebd.).

Medizinische Verfahren

Medizinische Verfahren, wie Diagnose- und Therapieverfahren mit Strahlenbelastungen, Chemotherapie oder Hormontherapie bei Frauen im Klimakterium, können ebenfalls das Krebsrisiko erhöhen (vgl. ebd.).

Chronische Infektionen

Chronische Entzündungen im Körper sowie bestimmte chronische Infektionen, wie Humane Papillomviren (HPV) oder das Hepatitis-B-Virus, können ebenfalls zur Entstehung von Krebs beitragen (vgl. ebd.).

Umweltfaktoren

Der Einfluss von äußeren Umwelteinflüssen, wie Schadstoffen oder Verunreinigungen in Lebensmitteln, wird oftmals überschätzt, jedoch können diese Faktoren in Einzelfällen das Krebsrisiko erhöhen, beispielsweise das Edelgas Radon oder berufliche Tätigkeiten, die Asbestbelastungen aussetzen (vgl. ebd.).

Vererbung

Eine familiäre Häufung von Krebserkrankungen kann ein Indikator für ein erhöhtes genetisches Risiko sein. Es ist bekannt, dass einige Tumorerkrankungen durch Mutationen in bestimmten Genen verursacht werden, die vererbt werden können. Diese genetischen Veränderungen können entweder von einem Elternteil auf die Kinder übertragen werden oder spontan in den Keimzellen entstehen. Es wurde gezeigt, dass bestimmte genetische Veränderungen, wie z.B. das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs erhöhen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Mehrheit der Krebserkrankungen nicht durch genetische Faktoren verursacht werden, sondern durch die Exposition gegenüber Umweltfaktoren und Lebensstil (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 7).

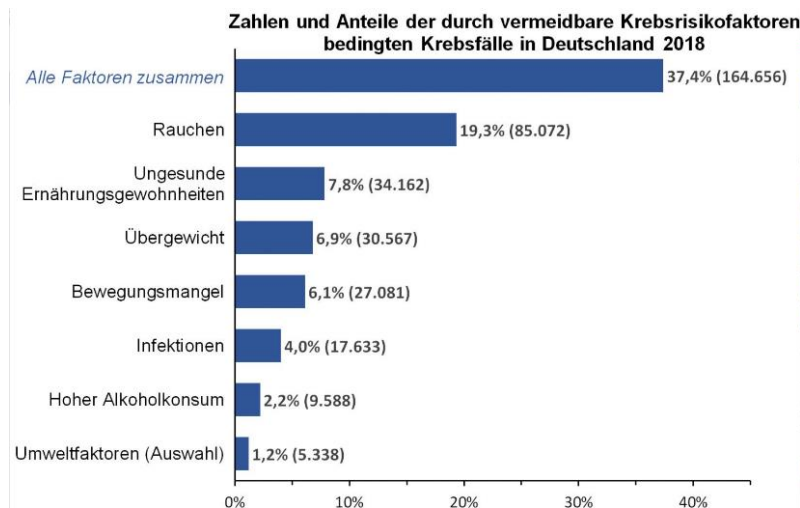


Abb. 3: Vermeidbare Krebsrisikofaktoren 2018 (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2018)

2.1.3 Auswirkungen auf Erkrankte

Die Erfahrung einer Krebserkrankung stellt für viele Patient:innen und deren Angehörige eine belastende Herausforderung dar. Die Diagnose kommt oft unerwartet und trifft die Betroffenen unvorbereitet, was zu einer Veränderung des subjektiven Gesundheitsgefühls führt. Patient:innen können sowohl körperliche als auch psychische Symptome erfahren, wie zum Beispiel Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Depressionen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Angstzustände, welche den Alltag beeinflussen können. Dies kann das Gefühl der Bedrohung der körperlichen, seelischen und sozialen Existenz verstärken und Angst und Unsicherheit im Alltag der Betroffenen und Angehörigen hervorrufen (vgl. Ernst/ Zimmermann, 2022: 13).

Zu der Vielzahl möglicher emotionaler und psychischer Belastungen, die eine Krebsdiagnose bei Patient:innen und Angehörigen hervorrufen kann, gehört auch die quälende Frage nach der Ursache der Erkrankung. Diese kann sowohl zu Schuldgefühlen als auch Hoffnungen auf Heilung und Wiedererlangung der Kontrolle über das eigene Leben führen. Es können erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität, neuropsychologische Defizite, Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue) sowie Angst und Depressionen auftreten. Langzeitstudien zeigen, dass diese psychischen Auswirkungen auch bei Langzeitüberlebenden von Krebsdiagnosen weiterhin bestehen können (vgl. Weis, 2022: 432 - 436).

Die Diagnose einer Krebserkrankung kann für betroffene Personen und deren Angehörige ein traumatisches Ereignis darstellen, welches häufig mit einem empfundenen oder tatsächlichen Verlust von Autonomie und Kontrolle einhergeht. Auch dies kann zu unvorhergesehenen Ängsten und Angstzuständen führen, die durch Ereignisse wie Nachrichten über die

Erkrankung oder den Aufenthalt in einer Klinik ausgelöst werden können (Ernst/Zimmermann, 2022: 15).

Tab. 1 Übersicht psychische Langzeitfolgen bei Krebs

| Symptome | Geschätzte Prävalenz* (in %) |
|---------------------------------|------------------------------|
| Angst | 3–43 |
| Depression | 5–66 |
| Allgemeine psychische Belastung | 4–12 |
| Neuropsychologische Defizite | 15–40 |
| Fatigue | 20–50 |

*Prozentangaben auf der Basis von Daten aus Reviews und Metaanalysen

Abb. 4: Geschätzte Prävalenzangaben der psychischen Langzeitfolgen nach einer Krebserkrankung bei Langzeitüberlebenden (5 Jahre nach Diagnosestellung) (Bundesgesundheitsblatt, 2022)

In dieser anfänglichen Phase ist es von großer Bedeutung, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient:innen und behandelnden Ärzt:innen aufgebaut wird (Ernst/Zimmermann, 2022: 13). Weizsäcker argumentiert, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass nicht nur die geplanten Behandlungsmaßnahmen besprochen werden, sondern auch eine Prognose der Erkrankung gestellt wird, um ein hohes Maß an Sicherheit und Vertrauen in Kompetenzen und Fähigkeiten der Behandler:innen zu gewährleisten (Weizsäcker, 2008: 74).

2.1.4 Auswirkungen auf Angehörige

Derzeit stehen Patient:innen mit Krebserkrankungen im Fokus des medizinischen und wissenschaftlichen Interesses, wodurch die Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen oft vernachlässigt werden (Frioriksdottir et. Al., 2011: 252 ff.).

Herausforderungen, mit denen spezifisch Angehörige konfrontiert sein können, sind unter anderem die Konfrontation mit Isolation und Depressivität der Patient:innen, die Begleitung des „Entschwindens“ der Patient:innen sowie die Verantwortung für wichtige Entscheidungen. Insbesondere in der Phase der palliativen Versorgung¹ kann die emotionale Belastung hoch sein, besonders wenn Verschlechterungen des Gesundheitszustandes auftreten (vgl. Mehnert/Vehling, 2017: 30 ff.) In der letzten Lebensphase übernehmen sie wichtige Rollen in der Pflege und Betreuung der Patient:innen, jedoch ist diese Verantwortung mit einer hohen Belastung verbunden und führt oft zur Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Es ist daher von großer Bedeutung, dass Angehörige professionelle Unterstützung erhalten und regelmäßige Erholungspausen in Anspruch nehmen, um sich nicht bis zur totalen Erschöpfung aufzuopfern und eigene Erkrankungen zu riskieren (vgl. Ernst/ Zimmermann, 2021: 54 f.). Versorgung und

¹ Die palliative Versorgung findet Anwendung, wenn Patient:innen an unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen wie Krebs leiden und auf die Linderung von Symptomen abzielt (vgl. Beta Institut, 2022).

Pflege der Patient:innen stellen einen großen Stressor für die Angehörigen dar (vgl. Mehnert/ Vehling, 2017: 31).

Darüber hinaus begegnen Angehörige von Krebspatient:innen auch praktische Herausforderungen im Alltag, die es zu bewältigen gilt (vgl. Mehnert/ Vehling, 2017: 30 f.). Dazu gehören rechtliche und finanzielle Aspekte, wie die Regelung von Betreuung, Vollmachten, Patient:innenverfügungen und Sozialleistungen.

Insgesamt können somit psychosoziale Belastungen, die Angehörige von Krebspatient:innen erfahren, ein ähnliches Ausmaß an emotionaler und körperlicher Belastung haben, wie bei den Erkrankten selbst (vgl. Mehnert/ Koranyi, 2018: 316 ff.). Dies umfasst sowohl Gefühle des Kontrollverlusts, Leistungseinbrüche, Wut, Schuldgefühle, Angstzustände und depressive Verstimmungen, als auch ein erhöhtes Risiko für physische Erkrankungen sowie die Sorge um die eigene Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit (vgl. Ernst/ Zimmermann, 2021: 39). Es ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass die Auswirkungen auf die Angehörigen von individuellen Faktoren wie Persönlichkeit und Bewältigungsstrategien abhängen.

2.1.5 Umgang mit der Krebserkrankung aus Angehörigensicht

Aus den in 2.1.4 beschriebenen Auswirkungen auf Angehörige von Krebspatient:innen ergibt sich die Annahme, dass diese einen hohen Bedarf an Unterstützung, Förderung und Beratung aufgrund der hohen psychischen Belastungen haben, die sie erfahren. Dies liegt auch daran, dass Angehörige, die Aufgaben und Pflege der Erkrankten übernehmen, dies meist ohne fachliche Ausbildung tun und sich somit Herausforderungen gegenübersehen, auf die sie nicht spezifisch vorbereitet sind (vgl. Friorikdottir et al., 2011: 252 f.). Es wurde gezeigt, dass Angehörige ihre eigene Lebensqualität als umso schlechter empfinden, je mehr sie ihren eigenen Bedürfnissen an Bedeutung beimessen. Angehörige benötigen Unterstützung bei der Bewältigung von Unsicherheit, Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung und dem Aufrechterhalten oder Erlangen einer positiven Lebenseinstellung (vgl. Rosenberger et al., 2012: 185 f.). Sie wünschen sich auch Unterstützung, um ihre negativen Gefühle und die Auseinandersetzung mit dem Thema Tod besser zu bewältigen. Der größte Bedarf konzentriert sich auf Aufklärung über die gesundheitliche Verfassung der Patient:innen und Informationen. Studien haben gezeigt, dass der Unterstützungsbedarf von Angehörigen bezogen auf psychische Belastungen mit fortschreitender Zeit größer wird, und dass mehr Angehörige ein oder zwei Jahre nach der Diagnosestellung den Wunsch nach emotionaler Unterstützung bei der Bewältigung des Krankheitsverlaufs äußern als sechs Monate danach (vgl. Girgis et al., 2013: 1557 f.).

Eine Verfügbarkeit von Ressourcen wie finanzielle Sicherheit, ein soziales Netzwerk, funktionierende Bewältigungsstrategien und ausreichende Kenntnisse und Informationen im Umgang

mit der erkrankten Person kann dazu beitragen, Belastungen besser angehen zu können. Wenn Familienmitglieder über ausreichende Mittel wie finanzielle Sicherheit, soziale Unterstützung, wirksame Bewältigungsstrategien und genügend Wissen und Informationen im Umgang mit der erkrankten Person verfügen, können Belastungen besser bewältigt werden. Faktoren wie Hoffnung, Optimismus und die Unterstützung durch Freund:innen und Familie sind hierbei von großer Bedeutung (Götze et al., 2014: 2780 f.). Fehlen diese Ressourcen jedoch, können die Angehörigen die Anforderungen und Bedürfnisse der erkrankten Person nicht oder nur unzureichend erfüllen.

Dennoch nehmen im Bereich der ambulanten Palliativversorgung nur 5% professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch, die meisten erhalten Unterstützung von Familie, Freund:innen oder Hausarzt (vgl. Götze et al., 2014: 2775 - 2782). Häufig sind es Freund:innen, Familie und Bekannte, die Angehörige dazu ermutigen, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Oft sind Angehörige jedoch skeptisch gegenüber professionellen Unterstützungsangeboten und haben nur wenig Kenntnisse über deren Inhalte und Dauer (vgl. Rosenberger et al., 2012: 187 f.). Um genügend Zeit für die Bewältigung von Belastungen zu haben, geben manche (stattdessen) ihre Erwerbstätigkeit auf oder reduzieren ihre Arbeitszeit (Grunfeld, 2004: 1795 f.).

Es gibt jedoch diverse Ressourcen wie Bücher, Zeitschriften und Ratgeber, die Angehörige von Krebspatient:innen unterstützen und ihnen helfen, mit psychischen Belastungen besser umzugehen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Es gibt auch Unterstützungsangebote, die viele Aspekte der psychischen Belastungen von Angehörigen abdecken. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich jedoch auf die wenig beachtete Notwendigkeit einer gemeinsamen Raucherentwöhnung für Angehörige und Patient:innen mit Krebserkrankungen.

2.2 Nikotinkonsum

Tabakrauch gilt als eine der gefährlichsten Substanzen, die psychotrope Inhaltsstoffe aufweist. Durch die ständige Inhalation werden große Mengen an karzinogenen, teratogenen und arthrogenen Stoffen aufgenommen, ohne dass Raucher:innen in kurzfristiger Hinsicht Schädigungen ihrer psychischen, physischen oder sozialen Befindlichkeit oder Funktionsfähigkeit bemerken (vgl. Batra/Petersen, 2021: 10). Trotz der Bewusstheit über die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen des Nikotinkonsums rauchen nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen immer noch ein Viertel bis ein Drittel der erwachsenen Männer und ein Fünftel bis ein Viertel der erwachsenen Frauen in Deutschland (vgl. ebd.)

2.2.1 Einstieg

Der erste Kontakt mit Zigaretten oder Tabak tritt häufig im späten Kindes- oder frühen Jugendalter auf. Die Durchschnittsalter für den ersten Konsum einer Zigarette liegt bei 14 Jahren, während regelmäßiger Gebrauch in der Regel erst mit etwa 15 Jahren beginnt. In den 20ern ist es seltener, dass jemand mit dem Rauchen anfängt (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 27).

Aus psychologischer Perspektive bilden sich jedoch durch soziales Lernen bereits im Kindesalter Einstellungen zum Rauchen und dessen Auswirkungen auf den Körper heraus. Neugier und das Streben nach Zugehörigkeit sind häufig Faktoren, die zum ersten Zigarettenkonsum führen. Der Prozess vom Probieren zum regelmäßigen Gebrauch wird durch Lernprozesse bestimmt (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 27). Anfangs tritt das Rauchverhalten in der Regel auf, wenn es eine soziale Verstärkung von anderen Gruppenmitgliedern gibt. In diesem Stadium erfahren die Raucher:innen meist noch keine positiven Wirkungen des Rauchens, sondern eher Symptome wie Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen. Diese Symptome können entweder eine weitere Verwendung verhindern oder im Falle einer Fortführung in den Hintergrund treten und somit zur Gewohnheit werden. Das anfangs instabile Rauchverhalten stabilisiert sich durch biologische, psychologische und soziale Einflüsse (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 28). Die Entstehung einer Tabakabhängigkeit ist durch eine gesteigerte psychische und körperliche Abhängigkeit gekennzeichnet, die ein negativ verstärktes Konsummuster bewirkt. Das Gehirn von Gewohnheitsrauchenden absorbiert täglich 200- bis 400-mal Nikotin, was ein hohes Abhängigkeitspotential aufweist (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 28). Äußere und innere Reize führen zur Konditionierung eines erlernten Verhaltens, das in ein Suchtverlangen mündet. Positive operante Verstärkungen des Rauchens, wie z. B. Geselligkeit oder die Verwendung als „Belohnungszigarette“, fördern das kontinuierliche Rauchen. Die stabile Aufrechterhaltung des Rauchens wird ebenfalls durch negative Verstärkung begünstigt, da die Abhängigen oft Entzugssymptome vermeiden oder mildern möchten. Unangenehme Empfindungen wie Hunger, depressive Verstimmungen, Angst und Reizbarkeit können durch das Rauchen unterdrückt werden, was ebenfalls eine negative Verstärkung des Verhaltens fördert (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 28). Die Bildung einer Tabakabhängigkeit wird von weiteren Faktoren beeinflusst, wie z. B. familiären Umständen, Verhalten der eigenen Peer-Group, familiärem und sozialem Umfeld oder vorbestehender psychischer Komorbidität (vgl. ebd.).

2.2.2 Gesundheitliche Folgen

Das Zigarettenrauchen hat negative Auswirkungen auf nahezu alle Organe des menschlichen Körpers (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020: 18). Insbesondere stellt es eine bedeutende Ursache für chronische obstruktive Lungenerkrankungen dar (vgl. Deutsches

Krebsforschungszentrum, 2020: 18). Abbildung 5 illustriert die Bereiche des Körpers, in denen Gesundheitsschäden, die durch Zigarettenrauchen verursacht werden, auftreten.

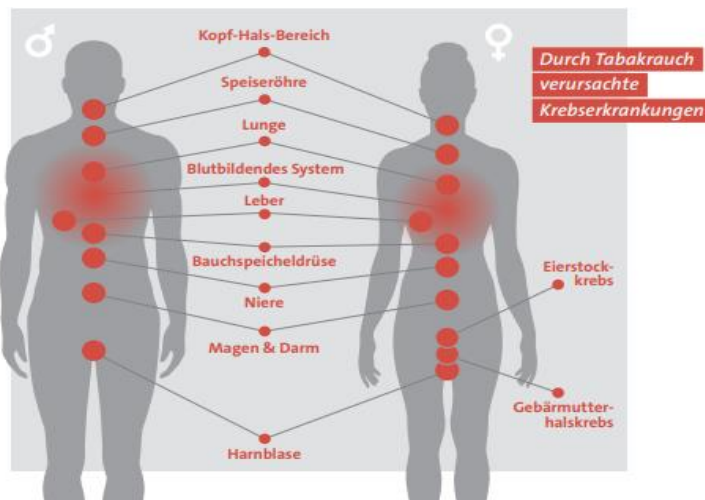


Abb. 5: Durch Tabakrauch verursachte Krebserkrankungen 2021 (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021)

Es ist ersichtlich, dass das Rauchen verschiedene Bereiche des Körpers beeinträchtigt, unter anderem durch Magen- und Darmerkrankungen, Fortpflanzungsstörungen, Stoffwechsel- und Zahnerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie Knochen- und Gelenkprobleme.

Das Zigarettenrauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Krebs. In Deutschland sind etwa 80% der Lungenkrebsfälle auf das Rauchen des Erkrankten zurückzuführen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020). Es ist bekannt, dass rauchende Überlebende ein erhöhtes Risiko haben, an weiteren Krebserkrankungen zu erkranken. Rauchen verursacht mindestens 12 verschiedene Krebsarten, wobei insbesondere die Lunge betroffen ist. Hier sind 89% der Krebserkrankungen bei Männern und 83% der bei Frauen auf das Rauchen zurückzuführen (vgl. ebd.). Die Prävalenz des Rauchens ist bei Krebsüberlebenden allgemein hoch und bei Lungenkrebsüberlebenden sogar noch höher (vgl. ebd.).

Rauchen mit Diagnose von Krebs hat zusätzliche negative Auswirkungen und kann das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung und die Entstehung weiterer Krebsarten begünstigen. Ebenso kann das Fortführen des Rauchens das Risiko für Behandlungskomplikationen erhöhen und die Lebensqualität der Patienten verschlechtern (vgl. Parsons et al., 2010: 340). Zudem verschlechtert der Zigarettenkonsum von Krebspatient:innen ganz allgemein deren Gesundheitszustand (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020: 18).

Je höher die Anzahl der Zigaretten, die eine Person täglich konsumiert, desto größer ist das Risiko, an Krebs zu erkranken. Zusätzlich steigt das Risiko, je früher und länger die Person Nikotin konsumiert. Wenn eine Person jedoch aufhört zu rauchen, verringert sie ihr Risiko, an

einer von Rauchen verursachten Krankheit zu sterben im Vergleich zu Personen, die weiterhin rauchen (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2021: 34). Je früher eine Person aufhört zu rauchen, desto stärker gleicht sich ihr Krankheitsrisiko dem einer Person an, die nicht raucht (vgl. ebd.).

Trotz der bekannten gesundheitlichen Risiken ist Rauchen sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch unter Krebspatienten weit verbreitet (vgl. Mayer et al., 2011: 34 ff.). Laut einer Studie, durchgeführt von The Korean National Health, rauchten 51,6% der Raucher unter Krebspatienten nach der Diagnose weiter (vgl. Koo et. al., 2020: 139 f.).

2.2.3 Abhängigkeit

Tabakabhängigkeit wird nach dem ICD-10 (F17.2) als eine eng definierte Beziehung zu Tabak und ein starkes Verlangen nach dessen Verwendung beschrieben (vgl. Dilling et al., 2014: 115f.). Individuen, die versuchen, ihren Gebrauch zu reduzieren oder zu beenden, berichten von einem Unvermögen, dem inneren Drang zu widerstehen (vgl. Petersen/Batra, 2021: 18). Eine Tabakabhängigkeit wird gemäß Dilling dann diagnostiziert, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorlagen:

- ein verstärktes Verlangen oder Zwang, die Substanz zu verwenden
- mangelnde oder beeinträchtigte Kontrollfähigkeit über Beginn, Dauer und Häufigkeit des Gebrauchs
- ein physisches Entzugssyndrom tritt auf, wenn der Gebrauch reduziert oder beendet wird (vgl. ICD-10 F17.3 und F17.4); dies kann sich in substanzspezifischen Entzugssymptomen oder dem Ersatz der Substanz durch eine ähnliche Substanz äußern, um Entzugssymptome zu vermeiden
- eine Toleranzentwicklung, die es erfordert, höhere Dosen der Substanz zu verwenden, um die gleiche Wirkung zu erzielen; dabei konsumieren Raucher:innen Tagesdosen von Nikotin, die bei Nicht-Raucher:innen bereits zu erheblichen gesundheitlichen Schäden führen würden (vgl. Petersen/Batra, 2021: 18)
- Vernachlässigung von Interessen und Verpflichtungen aufgrund des Gebrauchs der Substanz
- Fortführung des Gebrauchs trotz nachgewiesener schädlicher Auswirkungen, (wie Leberschäden durch exzessives Alkoholkonsum oder depressive Verstimmungen als Folge von starkem Substanzgebrauch)

Das Tabakentzugssyndrom stellt eine eigenständige Diagnose dar und kann unabhängig von der Tabakabhängigkeit diagnostiziert werden (F17.3). Es wird durch Symptome wie Frustration, Angst, Konzentrationsprobleme, Ruhelosigkeit, depressive Stimmung und Schlafprobleme etc. beschrieben (vgl. Petersen/ Batra, 2021: 19).

2.2.4 Einfluss des Nikotinkonsums unter Angehörigen

In den Kapiteln 2.1.4 und 2.1.5 wurde eine Übersicht über den aktuellen Stand der Forschung zu den Auswirkungen auf und dem Umgang von Angehörigen von Krebspatient:innen mit deren Erkrankung allgemein gegeben. In dieser Arbeit soll deren Rauchverhalten genauer untersucht werden. Bisher hat dieses wenig Beachtung in der wissenschaftlichen Literatur erfahren. Es gibt auch kaum Raucherentwöhnungsprogramme, die speziell für (Ex-)Raucher:innen unter Angehörigen von (Ex-)Raucher:innen unter Krebspatient:innen ausgerichtet sind. Ehepartner:innen von Erkrankten rauchen oft weiter, obwohl die Diagnose bereits gestellt wurde (vgl. Sarna, 1995: 35 f.). Offenbar ist die Lungenkrebsdiagnose für sich ein unzureichender Motivator für eine Raucherentwöhnung unter Familienmitgliedern (vgl. McBride et al., 2003: 150 ff.). Es wird empfohlen, Angebote zu entwickeln, die speziell auf Angehörige von Krebspatienten abgestimmt sind, die sich auf Raucherentwöhnung und Stressreduktion konzentrieren (vgl. McBride/Pollack et al., 2003: 153f.).

Angehörige von (ex-) rauchenden Krebspatient:innen haben möglicherweise ein höheres Risiko, ebenfalls an Krebs zu erkranken, als an anderen durch Nikotin begünstigten Erkrankungen (vgl. Sharma et al., 2011: 611 f.; Maosheng et al., 2007: 84 f.). Das Fortführen des Rauchens durch Angehörige kann zudem zu Konflikten mit ihren Verwandten führen, die eine Lungenkrebsdiagnose erhalten haben (vgl. Badr/Taylor, 2006: 673 f.). Und schließlich beeinflusst das Rauchverhalten von Angehörigen auch die Raucherentwöhnung von Krebspatient:innen (vgl. Neumann et al., 2021: 1).

Eine kanadische qualitative Studie, in der 16 Teilnehmer aus acht familiären Paaren befragt wurden, untersuchte die Auswirkungen des anhaltenden Rauchverhaltens von Angehörigen auf die Beziehung aus Sicht von Lungenkrebspatienten. Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass alle Teilnehmenden sich Sorgen um die Gesundheit ihrer rauchenden Familienmitglieder machen. Einige fühlen sich verantwortlich, ihre Angehörigen dazu zu bewegen, aufzuhören zu rauchen, während andere Patient:innen die Entscheidungen ihrer Angehörigen akzeptieren, um nicht vorwurfsvoll zu wirken. Einige Patient:innen versuchen, das Rauchen zu beenden, ohne die Beziehung zu ihren Familienmitgliedern zu gefährden, während andere eine konfrontative Haltung einnehmen. Beide Ansätze können gleichzeitig vorkommen, jedoch haben die Qualität und Stabilität der Beziehung einen Einfluss darauf, wie das anhaltende Rauchen der Angehörigen von den Patient:innen wahrgenommen und damit umgegangen wird. Rauchen

stellt in allen Beziehungen ein potenzielles Konfliktpotential dar. In Bezug auf das Rauchverhalten von Krebspatienten und ihren Angehörigen sind weitere Aspekte von Bedeutung, wie Beziehungsdynamiken, Verhaltensmuster innerhalb der Familie und starke familiäre Bindungen (vgl. Falba/ Sindelar, 2008: 96 ff.).

Keine der genannten Umgangsweisen mit der Thematik scheinen eine Rauchentwöhnung bei den meisten Angehörigen zu erreichen. Stattdessen sind die Beziehungen anfällig für Konflikte, wenn das Thema Nikotinreduktion oder Tabakkonsum aufkommt (vgl. ebd.). Krebspatient:innen und ihre Angehörigen erhalten dennoch bisher kaum Unterstützung bei der Rauchentwöhnung in der therapeutischen und medizinischen Versorgung. Dieser Versorgungsengpass resultiert aus dem Mangel an wissenschaftlichen Studien und Forschung (vgl. Robinson et al., 2010: 282 f.).

2.3 Rauchentwöhnung

Wie bereits dargelegt, ist der Zigarettenkonsum weiterhin einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Krebserkrankungen. Eine wichtige präventive Maßnahme gegen Krebs ist daher die Beendigung des Rauchens. Gründe für das Aufhören von Tabakkonsum können individuell unterschiedlich sein, wie beispielsweise körperliche Ursachen wie eine akute Erkrankung, Gesundheitsschäden etc. oder soziale Ursachen wie sozialer Druck vom Umfeld, ärztlicher Ratschlag oder Kosten (Mühling/ Kröger, 2021: 30).

Eine Rauchentwöhnung wird oft von Aspekten wie psychischem Stress, der Verwendung von Nikotinersatzmitteln und den kurzfristigen Vorteilen, die ehemalige Raucher:innen erleben, begleitet. Diese Aspekte sollten bei der Gestaltung von Rauchentwöhnungsprogrammen mit Angehörigen berücksichtigt werden. Eine der Herausforderungen bei der Rauchentwöhnung ist der Stress, der aus der Krebsdiagnose resultiert. Angehörige sind ebenfalls von den Auswirkungen der Diagnose betroffen und für rauchende Angehörige ist die Diagnose häufig kein Grund, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die Rate an Rückfällen während des Prozesses des Aufhörens mit dem Rauchen ist hoch. Nur 3 - 7% der Personen, die beschlossen haben, aufzuhören, sind innerhalb von einem halben Jahr erfolgreich (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 29). Im Rahmen einer professionellen Unterstützung beim Aufhören mit dem Rauchen werden Abstinenzraten von 25 - 40% beschrieben. Ein Rückfall tritt meist zwei bis drei Monate nach dem Aufhören oder dem Ende eines Rauchentwöhnungsprogramms auf, nachdem körperliche Entzugssymptome in dieser Zeit oft überwunden oder abgeklungen sind (vgl. ebd.). Die Wahrscheinlichkeit einen Rückfall zu erleiden nimmt mit zunehmender Dauer der Abstinenz ab, bleibt jedoch bestehen und es sind oft mehrere Versuche nötig um dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören. Auch nach Jahren des

erfolgreichen Entzugs kann es genügen, dass Hinweise einen Rückfall von Zigarettenkonsum auslösen (vgl. ebd.).

Die Rückfallrate von Krebsüberlebenden, die nach der Diagnose mit dem Rauchen aufhören, ist hoch. Studien zeigen eine Rückfallrate von 50-80% (vgl. Choi et al., 2011: 598 f.). Eine höhere Erfolgschance einer Entwöhnung tritt ein, wenn eine Rauchentwöhnung innerhalb von drei Monaten nach der Krebsdiagnose begonnen wird. Es gibt jedoch auch die Annahme, dass eine frühe Rauchentwöhnung negative Auswirkungen haben kann (vgl. Ebbert et al., 2005: 165 f.).

Derzeit ist nicht vollständig geklärt, welche neurobiologischen Gründe für eine anhaltende Rückfallaffinität verantwortlich sind. Bekannt ist, dass sich die Tabaksucht unter anderem in einer zunehmenden Sensibilisierung für Rauchreize äußert. Die neuroplastischen Veränderungen im mesolimbischen Dopaminsystem werden als eine mögliche Erklärung für das Suchtverhalten von Tabak betrachtet (vgl. ebd.). Das Dual-Prozess-Modell beschreibt, dass bei abstinenten Raucher:innen, die an einem Abhängigkeitssyndrom leiden, auf Auslösereize eine Reaktion erfolgt, wenn zwei Prozesse zusammenwirken. Diese bestehen aus einer Annäherungsreaktion auf suchtassoziierten Auslösereize und einer gegensteuernden Selbstkontrolle zur Aufrechterhaltung der Kontrollfunktionen für Abstinenz. Positive Gefühlslagen können ebenso wie Stress, mangelnde Motivation, Verführung und Entzugssymptome relevante Faktoren sein, die einen Rückfall begünstigen.

Rauchende Krebspatient:innen müssen mit ihrer eigenen Diagnose umgehen und versuchen oft, eigenständig mit dem Rauchen aufzuhören (vgl. Bottorff et al., 2005: 316 ff.). Sie erleben dabei hohe Stressbelastungen, wie die Angst, dass ihre Angehörigen ebenfalls an der gleichen Krankheit erkranken oder sie die Unterstützung durch diese verlieren, wenn die Angehörigen trotz hoher gesundheitlicher Risiken weiter rauchen (vgl. ebd.). Es besteht somit ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und erfolgreicher Rauchentwöhnung bei Krebsüberlebenden. Auch Studien haben gezeigt, dass Krebspatient:innen, die von ihrem sozialen Umfeld unterstützt werden, eine geringere Anfälligkeit für Rauchen aufweisen als jene, die kaum Unterstützung erhalten (vgl. Ehrenzeller et al., 2018: 55 ff.). Dies unterstreicht die Wichtigkeit von weiterer Forschung und Rauchentwöhnungsprogrammen, die die Beteiligung von Angehörigen in einem professionellen Kontext umfassen. Es gibt Hinweise darauf, dass besonders jüngere weibliche Personen ohne Partner:in und mit weniger sozioökonomischer und psychologischer Unterstützung anfällig sind für das Witerrachen (vgl. Ehrenzeller et al., 2018: 55).

2.4 Rolle der Sozialen Arbeit

2.4.1 Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit kann als Teildisziplin der Sozialen Arbeit verstanden werden, die sich in klinischen Einrichtungen mit der Bearbeitung von psychosozialen Störungen und sozialen Aspekten von psychischen und physischen Beeinträchtigungen bei Patient:innen auseinandersetzt. Sie konzentriert sich auf die Versorgung, Beratung und Betreuung von Klient:innen und Angehörigen, welche unter chronischen Belastungen und Erkrankungen leiden (vgl. Pauls, 2004: 27). Chronische Erkrankungen haben negative Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Teilhabe und führen langfristig zu finanziellen Schwierigkeiten (vgl. Bruns, 2020: 12). Sie untersucht psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Kontext und nutzt spezifische Kompetenzen, um die Heilung und Verbesserung der Lebenssituation zu fördern. Sie setzt in der Gesundheitsversorgung an, wenn Erkrankungen mit sozialen Problemen einhergehen und behandelt werden müssen oder in therapeutischen Kontexten, in welchen präventiv und rehabilitativ gehandelt wird (vgl. Pauls, 2004: 18). Es werden sowohl Interventionsmaßnahmen nach der Diagnosestellung als auch persönliche Unterstützungsmaßnahmen für die Krankheitsbewältigung und soziale und wirtschaftliche Unterstützungsmaßnahmen bereitgestellt. Diese zielen auf (vgl. Adlkofer et. al., o.J.: 4 f.):

- Aktivierung und Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen
- Wiedererlangen und Erhalt von Handlungsfähigkeit und Autonomie
- Wiedergewinnung von Alltagskompetenz und emotionale Entlastung
- Stärkung des familiären Netzes und des Bezugssystems
- Verarbeitung der Krankheit, insbesondere im Hinblick auf die Langzeitfolgen
- Bewältigung von Kommunikationskonflikten
- Zugang zu Versorgungsleistungen
- Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs nach Maßnahmen
- Förderung des Selbsthilfepotentials und Verbesserung der sozialen Teilhabe

Bei andauernden Krankheitsverläufen ist die soziale Unterstützung von besonderer Bedeutung, jedoch kann sie manchmal gefährdet sein. Daher ist es wichtig, diese sicherzustellen (vgl. Pauls, 2004: 50). Eine Krebsdiagnose stellt für Patient:innen einen Bruch in ihrer Lebensbiographie dar, wobei sie mit den Beeinträchtigungen umgehen müssen. Handlungsansätze wie die psychosoziale Beratung können den Erfolg der medizinischen Therapie unterstützen

(vgl. ebd.). Die Beratung konzentriert sich auf sowohl soziale als auch sozial-rechtliche Fragestellungen, Problemlagen, psychosoziale Belastungen und Krisen einer Krebserkrankung (vgl. Abbildung 6).

| Infobox 1 Sozialrechtliche Schwerpunkte | Infobox 2 Psychosoziale Schwerpunkte |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ wirtschaftliche Sicherung im Krankheitsfall ■ Schwerbehinderung ■ medizinische Rehabilitation ■ Rückkehr an den Arbeitsplatz – stufenweise Wiedereingliederung ■ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ■ Erwerbsminderung, Rente ■ ambulante und stationäre Versorgung (Leistungen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung) ■ Bedarf von Kindern und Jugendlichen nach SGB VIII ■ Ablehnung von Leistungen ■ Schnittstellenprobleme zwischen Sozialleistungsträgern ■ Wohnungssituation und Wohnungsanpassung ■ medizinisch-rechtliche Fragen/ Vorsorgeregulungen (Vorsorgevollmacht und Regelungen im Todesfall) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Umgang mit körperlichen Beschwerden ■ soziale Belastungen ■ emotionale Belastungen ■ kognitive Beeinträchtigungen ■ Überforderung, Unsicherheit ■ Krankheits- und Lebensbewältigung, Alltagskompetenz ■ subjektive Krankheitstheorien ■ familiäre Ressourcen und Probleme ■ Umgang mit Kindern und Jugendlichen ■ soziales Netzwerk und soziale Isolation ■ ökonomisch-existenzielle Situation und materielle Problemlagen ■ Auswirkungen auf das Erwerbsleben ■ Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention ■ Arzt-Patienten-Beziehung (Kommunikation) ■ soziale Folgen der Behinderung ■ Langzeiterkrankung und Langzeitfolgen ■ palliative Situation und letzte Lebensphase ■ Trauer |

Abb. 6: Schwerpunkte der psychosozialen Beratung Klinischer Sozialarbeit (vgl. Forum, 2021)

Die Klinische Sozialarbeit kann einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung und psychosozialen Stabilisierung von Patient:innen mit einer Krebserkrankung und deren Angehörigen leisten. Sie unterstützt und ergänzt die medizinische und rehabilitative Behandlung (vgl. Bruns, 2021: 12). Durch die Berücksichtigung von sozialen und psychischen Aspekten und Hintergründen sowie die Einbeziehung von Zusammenhängen zwischen Erkrankung und sozialer Lebenssituation und die Aktivierung eigener Ressourcen können Krankheitsfolgen besser bewältigt werden. Die Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich nicht nur mit einzelnen Menschen oder engen Angehörigen, sondern auch mit dem sozialen Umfeld, insbesondere dem Beziehungsnetz der Person. Sie fokussiert auf die soziale Interaktion zwischen Patient:innen und ihren Bezugspersonen und fördert und unterstützt partnerschaftliche und familiäre Ressourcen, was für krebserkrankte Patient:innen von großer Bedeutung in der Krankheitsverarbeitung und Unterstützung ist. Da Angehörige die Krankheitsverarbeitung und Bewältigung nicht alleine tragen können (siehe 2.1.5), ist die Unterstützung, Beratung und Entlastung im Alltag und im therapeutischen Kontext durch die Klinische Sozialarbeit von großer Bedeutung. Insgesamt können Maßnahmen und Interventionen der Klinischen Sozialarbeit die Funktionsfähigkeit und die psychosoziale Gesundheit von Krebspatient:innen und deren Angehörigen verbessern. Sie tragen dazu bei, dass Menschen mit einer Krebserkrankung eigenverantwortliche Entscheidungen treffen und ihre berufliche, kulturelle und soziale Teilhabe unterstützen können (vgl. Bruns, 2021: 15). Betroffene und Angehörige sollten Zugang zu Angeboten erhalten, die Erstberatung zur psychosozialen, beruflichen und materiellen Situation beinhalten,

meistens im stationären oder ambulanten Setting, das der psychischen und sozialen Entlastung der Patient:innen und ihren Angehörigen dient (vgl. Bruns, 2021: 15).

2.4.2 Klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Versorgung

„Soziale Arbeit verstehen wir als spezifischen Zugang im interdisziplinären Feld psychosozialer Onkologie. Sie bietet schwerpunktmäßig Beratung, Unterstützung und Entlastungsangebote bei der Bewältigung krankheitsbedingt veränderter Alltags- und Lebensbedingungen. Sie richtet ihren Blick sowohl auf den erkrankten Menschen als auch auf das soziale Umfeld mit den jeweiligen Ressourcen und Belastungen.“ (vgl. Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit der Onkologie, 2016: 1).

Im Allgemeinen steht die Beratung im Rahmen der Sozialen Arbeit allen krebserkrankten Patient:innen während der verschiedenen Phasen der Erkrankung zur Verfügung, von der Diagnosestellung und Behandlung bis hin zur Nachsorge und Palliativphase (Giesler/ Weis, 2016: 47). Diese Unterstützung wird von Akutkliniken, Rehabilitationskliniken und ambulanten Beratungsstellen angeboten, wie beispielsweise der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO), die Hilfe bietet bei der Bewältigung des Alltags, Beratung und Begleitung bei Verlust von Sicherheit und Orientierung, Beziehungsproblemen und finanziellen Schwierigkeiten. Die Klinische Sozialarbeit ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Krebsberatung und sollte in das medizinische und psychosoziale Behandlungskonzept zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatient:innen und ihren Angehörigen integriert sein, welches bislang kaum erfolgt ist (Bruns, 2021: 15). Dies kann langfristig durch das Engagement von Fachverbänden, Organisationen, Sozialleistungsträgern und Vertreter:innen der Politik sowie der Gesellschaft erreicht werden. Eine psychosoziale Versorgung sollte in Zukunft als selbstverständlich in multidisziplinären Teams angesehen werden (vgl. ebd.).

2.4.3 Nikotinprävention

Die Suchtprävention und -beratung stellt ein bedeutendes Handlungsfeld der Sozialen Arbeit dar, insbesondere im Bereich der Raucherentwöhnung. Die Arbeit mit Suchterkrankten erfordert eine multiprofessionelle Herangehensweise, welche besondere Herausforderungen mit sich bringt, wie zum Beispiel strukturelle Schwierigkeiten und unterschiedliche Aufgaben, Denksätze und Traditionen der beteiligten Berufsgruppen aus Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit (vgl. Berthel, 2021: 14 ff.). Obwohl die Nikotinsucht ein wichtiges Thema im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit ist, wird in der Suchthilfe hauptsächlich auf den Bereich der Arbeit mit Abhängigen von illegalen Suchtmitteln fokussiert (vgl. ebd.). In den letzten Jahren hat die Drogen- und Suchthilfe jedoch an Bedeutung gewonnen aufgrund der zunehmenden Prävalenz von substanzbezogenen Störungen wie Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen sowie anderen Verhaltensweisen mit Suchtpotential. Sozialarbeiter:innen

arbeiten sowohl mit als auch ohne suchtherapeutische Qualifikation in Sucht- und Drogenhilfe und unterstützen Klient:innen auf verschiedenen Ebenen, darunter Prävention, Frühintervention, Begleitung und Drogenberatung in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfsangeboten. Wichtige Elemente sind die aktive Auseinandersetzung mit der Suchtkrankheit, die Motivierung für eine abstinente Lebensweise und die Bewältigung des Alltags. Es ist jedoch zu beachten, dass eine erfolgreiche Entwöhnung oft nicht ausreichend ist und weitere Unterstützung zur Vermeidung von Rückfällen benötigt wird (vgl. ebd.).

Die Darstellung der Handlungsfelder der Klinischen Sozialarbeit in der onkologischen Versorgung und der Suchthilfe zeigt, dass Sozialarbeiter:innen über eine umfangreiche Palette an Fähigkeiten und Ansätzen verfügen, um einen entscheidenden Beitrag zur Rauchentwöhnung von Angehörigen und Krebspatient:innen zu leisten.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Forschungsdesign

Am Anfang jedes Forschungsprojekts steht die Entwicklung eines geeigneten Forschungsdesigns. Es ist wichtig, dass das ausgewählte Design angemessen ist und sowohl die konkrete Fragestellung als auch die Ziele der Studie, die methodische Herangehensweise, die zeitlichen und materiellen Ressourcen (vgl. Flick, 2010: 252 ff.) berücksichtigt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Beitrag der Sozialen Arbeit bei der Gestaltung einer Rauchentwöhnung aus Sicht der Angehörigen von Krebspatienten zu untersuchen. Dazu geht es um folgende Unterfragen:

- Welche Bedeutung hat die gesundheitliche Aufklärung für das Rauchverhalten von Angehörigen von Krebspatient:innen?
- Welche Auswirkungen hat das Rauchverhalten von Krebspatient:innen auf Entscheidungen und Verhalten von Angehörigen?
- Welche Rolle spielt soziale Unterstützung bei Entwöhnungsmaßnahmen?
- Welche Bedarfe und Anforderungen haben (ex-)nikotinabhängige Familienangehörige krebserkrankter Menschen bezüglich einer gemeinsamen Rauchentwöhnung?

Hierfür wurde im Rahmen der qualitativen Sozialforschung das problemzentrierte semistrukturierte Leitfadenterview nach Witzel (2000) verwendet. Diese Methode ermöglicht es, während des Interviewverlaufs spezifische und konkrete Fragen situativ zu stellen, während sich die befragende Person an einem Leitfaden orientiert. Leitfadengestützte Interviews eignen sich

besonders für die Behandlung von bedeutungsvollen Themen und erleichtern die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews (Nohl, 2006: 21 ff.). Die Anreicherung der Erzählungen der Befragten erfolgt mit Hilfe von detaillierten Nachfragen, Verständnisfragen und Konfrontationen.

3.2 Qualitative Interviews

3.2.1 Problemzentriertes Interview

Das problemzentrierte Interview ist eine halbstrukturierte und offene Befragungsmethode, die es ermöglicht, die Befragten möglichst frei erzählen zu lassen, während die Interviewende Person die Gesprächsrichtung auf eine bestimmte Problemstellung lenkt (vgl. Kurz et al. 2009: 465). Die Interviewform wurde von Witzel als Teil einer Methodenkombination aus Interview, Gruppendiskussion, biographischer Methode und Fallanalyse im Rahmen eines problemzentrierten Forschungsprojekts entwickelt (vgl. ebd.). Beim problemzentrierten Interview steht das Erzählprinzip im Fokus. Der/die Interviewer:in lenkt das Gespräch immer zurück zur eigentlichen Problemstellung und berücksichtigt dabei die Begründungen, Meinungen und Erklärungen der Befragten. Durch die Abgabe einer gewissen Zurückhaltung durch die Interviewende Person wird eine starke Strukturierung des Gesprächs erzielt. Das qualitativ geführte Interview wendet vorsätzlich Fragestellungen an, die einen theoriegeleiteten Charakter haben. Es existiert bereits Vorwissen über den untersuchten Gegenstand, welches überprüft und vertieft wird. Das problemzentrierte Interview steht somit an der Schnittstelle zwischen Induktion und Deduktion (vgl. ebd.). Es hat einen hypothesengenerierenden und -prüfenden Charakter, kann bereits getroffene Annahmen prüfen und weitere Perspektiven aufzeigen. Laut Witzel (1982, 2000) basiert das problemzentrierte Interview auf drei Prinzipien: die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung. Die Problemzentrierung bezieht sich darauf, dass der/die Forscher:in die grundlegenden objektiven Aspekte der Problemstellung bereits vor dem Interview erarbeitet hat. Die Gegenstandsorientierung meint, dass das Verfahren an den zu behandelnden Forschungsgegenstand angepasst werden muss und vorgefertigte Instrumente nicht übernommen werden können (vgl. Kurz et al. 2009: 464 - 466). Die Prozessorientierung beinhaltet die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfelds, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten und eine ständige reflexive Beziehung zu den verwendeten Methoden (vgl. Witzel 1982: 71). Ein weiteres Merkmal des problemzentrierten Interviews ist die Offenheit. Die Befragten antworten frei und ehrlich, ohne vorgegebene Antwortalternativen. Man kann so überprüfen, ob man von dem/ der Befragten verstanden wurde. Zudem werden subjektive Perspektiven offengelegt (vgl. Mayring, 2016: 68).

3.2.2 Interviewleitfaden

Für die Erstellung des Leitfadens für das qualitative Interview wurden die Empfehlungen von Helfferich (2011) befolgt. Zunächst wurde ein Fragekatalog erstellt, der möglichst viele Fragen enthielt, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sein könnten. Im nächsten Schritt wurden Fragen, die suggestiv oder sehr abstrakt formuliert waren, entfernt. Die verbleibenden Fragen wurden chronologisch oder thematisch geordnet. Zwischen den einzelnen Themenbereichen, in denen Fragen aufgeführt sind, wurden einleitende Erzählaufforderungen formuliert, die sich hauptsächlich auf das Rauchverhalten von Angehörigen von Krebspatienten zum Zeitpunkt der Diagnose und danach konzentrieren. Schließlich werden Bedürfnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Rauchentwöhnungsprogrammen erhoben. Mit diesem Leitfaden sollen Erkenntnisse über den Umgang mit dem Thema Rauchen und den Bedarf an Rauchentwöhnungsprogrammen bei Angehörigen von Krebspatienten gewonnen werden (vgl. Helfferich 2011: 182-186).

3.2.3 Pretest

Um sicherzustellen, dass der Leitfaden in der Praxis angemessen angewendet werden kann, wurde er einem Pretest unterzogen. Hierbei sollte überprüft werden, ob die Fragen:

- verständlich und angemessen formuliert sind
- Erkenntnisse liefern, die die Forschungsfrage beantworten
- die Erzählaufforderungen passend formuliert sind

Außerdem konnten sowohl das eigene Verhalten als auch das Verhalten des Befragten während des Interviews beobachtet und mögliche physische und verbale Reaktionen berücksichtigt werden. Ein Interview mit einem Probanden wurde durchgeführt. Es hat sich herausgestellt, dass einige Fragen nicht ausreichend verständlich formuliert waren. Dementsprechend wurden einige Fragen im Leitfaden ergänzt (vgl. Weichbold, 2014: 302).

3.2.4 Vorbereitung der Interviewdurchführung

Nach Erstellung des Leitfragebogens wurden mit den Interviewpartnerinnen digital und telefonisch Datum und Ort für die Interviews vereinbart (vgl. Lamnek/ Krell, 2016: 388). Stattgefunden hat die Durchführung der Interviews an Terminen im persönlichen und vertraulichen Setting und in einem Fall, aufgrund der Entfernung, in digitalem Setting (vgl. Lamnek/ Krell, 2016: 392). Es ist zudem das Einverständnis der Interviewpartnerinnen für eine digitale Aufzeichnung gegeben worden. Erwähnt wurde auch, dass die Interviewten nicht auf unangenehme Fragen antworten müssen. Die Gesprächsdauer hat durchschnittlich 15 - 45 Minuten zu

betragen. Mithilfe der problemzentrierten Interviewführung sind Informationen zu den persönlichen Lebenserfahrungen in verschiedenen Bereichen erfragt worden.

3.2.5 Durchführung der Interviews

Es mussten einige Bedingungen erfüllt werden, damit die Interviews stattfinden konnten. Dies erwies sich vor allem in der Rekrutierungsphase der Interviewpartner:innen als herausfordernd, da diese Raucher:innen oder zumindest (Ex-) Raucher:innen sein mussten und eine:n krebserkrankte:n Angehörige:n haben sollten, welche:r selbst ebenfalls Berührungspunkte mit dem Rauchen haben sollten. Zeitgleich sollten die Interviewpartner:innen die Offenheit besitzen, über ihre Erfahrungen sprechen zu wollen. Über das nähere Umfeld und soziale Medien wurden die Interviewpartner:innen rekrutiert. Erfreulicherweise waren das Interesse und die Hilfsbereitschaft unter den Freiwilligen sehr groß. Die Interviewpartner:innen haben jeweils Personen aus ihrem näheren Umfeld gefragt, ob diese ebenfalls an das Interview teilnehmen möchten. So konnten zehn Interviewpartner:innen gewonnen werden. Wie bereits erwähnt, nahmen insgesamt sechs Frauen und vier Männer im Alter von 20 bis 35 teil. Die Befragten übten unterschiedliche berufliche Tätigkeiten aus. Die Interviewzeit betrug 15 bis 40 Minuten. Es wurde beobachtet, dass die biographischen Erfahrungen der Interviewpartner:innen nicht in chronologischer Reihenfolge erzählt wurden. Vielmehr erfolgte eine thematische Gliederung der Berichterstattung, die durch gezielte Nachfragen während des Interviews beeinflusst wurde. Insbesondere wurden Ereignisse vor der Krebsdiagnose in Bezug auf die Phase nach der Diagnose beschrieben. Dies trat bei nahezu allen Interviewpartner:innen auf. Im Allgemeinen folgten die Interviews einem ähnlichen Ablauf, bestehend aus einem Vorgespräch, in dem die Regeln und Fragen des Interviews geklärt wurden, sowie die Unterschrift unter die Datenschutzerklärung und weitere Fragen zu zuvor versendeten Informationsblättern. Das leitfadengestützte Interview begann mit einer Vorstellungsrunde und wurde anschließend mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Am Ende fand eine Nachbesprechung statt, in der Kritik, Anmerkungen und weitere Gedanken über das Interview ausgetauscht wurden. Alle Interviews fanden über Zoom statt, obwohl ein persönliches Interview angeboten wurde. Ein Grund hierfür war der geringe Aufwand für die Interviewpartner:innen. Die Befragten befanden sich dennoch in einer heimischen Atmosphäre, was sich positiv auf die Offenheit während des Gesprächsverlaufs auswirkte. Während der Interviews kam es kaum zu Störungen oder Ablenkungen. Dies sehen die angewendeten Transkriptionsregeln vor, um das Interviewgespräch so authentisch wie möglich wiederzugeben. Um den Datenschutz der Befragten zu gewährleisten, wurden die Namen anonymisiert. Auch wurden alle Daten, welche auf die Befragten zurückführen können, anonymisiert aufgeführt.

3.3 Feldzugang (Sampling)

Um die Inhalte der vorliegenden Untersuchung und die Beantwortung ihrer Forschungsfrage zu präsentieren, wurde eine gezielte Auswahl der zu interviewenden Personen durchgeführt (sogenanntes „gezielte Sampling“). Die Samplekriterien, die im Vorfeld durch die A-priori-Determinierung nach Flick (2010) festgelegt wurden, legten unter anderem die Rahmenbedingungen der Untersuchung fest (vgl. Flick 2010: 395ff). Insgesamt wurden zehn Personen ausgewählt, darunter sechs weibliche und vier männliche Personen. Die Einschlusskriterien für die Krebspatienten, die von den befragten Angehörigen berichtet werden, beinhalten die Diagnose des Krebses und dass sie entweder nicht länger als fünf Jahre Ex-Raucher oder aktuelle Raucher sind. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre, da sich die Untersuchung auf (Jung-)Erwachsene konzentriert. Es gibt keine Altersbeschränkung, um den Zugang zum Feld möglichst zu erweitern. Die befragten Personen sind Angehörige von Krebspatienten, und umfassen sowohl Verwandte bis zum vierten Grad (Cousine und Cousin) als auch enge Freunde, die sich mindestens ein Mal im Monat treffen und sich seit mindestens drei Jahren kennen, unabhängig vom Raucherstatus. Als Voraussetzung ist, dass sie die deutsche Sprache beherrschen und sich auf Deutsch verständigen können. Sie sollten auch psychisch und körperlich in der Lage sein, am Interview teilzunehmen. Wie bereits erwähnt, wurde ein Mindestalter von 18 Jahren als Einschlusskriterium für die befragten Angehörigen sowie deren onkologisch betreuten Familienmitglieder festgelegt, ohne eine Altersbeschränkung. Auch enge Freunde der Angehörigen wurden als Teilnehmer aufgenommen und definiert. Dies diente der Erleichterung und Erweiterung des Zugangs zum Feld, da sich die Kontaktaufnahme mit Angehörigen von Krebspatienten als schwierig erwies. Die meisten Freiwilligen meldeten sich über soziale Medien, wobei nicht alle den Sample-Kriterien entsprachen. Einige Freiwillige sagten auch Interviewtermine kurzfristig ab, da bestimmte Themen noch nicht verarbeitet waren, ihnen sehr nahe gingen oder sie nicht bereit waren, über das Thema Rauchen und/oder ihre krebskranken Familienmitglieder zu sprechen.

3.4 Transkriptionsregeln

Die jeweiligen Schritte des Analyseprozesses können jedoch nur durchgeführt werden, wenn das jeweilige aufgenommene Interview verschriftlicht bzw. transkribiert wird. Die Transkription der beiden Interviews wurde von der Transkriptionsfirma transkripto.de vorgenommen. Angewendet wurden hierbei die erweiterten Regeln zur semantisch – inhaltlichen Transkription nach Dresing und Pehl (vgl. Dresing et al. 2018: 23). Die folgende Tabelle fasst die Transkriptionsregeln für die semantisch-inhaltliche Transkription nach Dresing et al. (2018: 16-33) zusammen:

| Transkriptionszeichen | Bedeutung |
|------------------------------|---|
| BETONUNG | Betonte Wörter sind groß geschrieben |
| Hm | Unabhängig von der Betonung und Länge allgemeine Schreibweise |
| (unv.) | Unverständliche Wörter und Textpassagen |
| (...) | Pause ca. 3 Sekunden |
| (..) | Pause ca. 2 Sekunden |
| (.) | Pause ca. 1 Sekunde |
| (Zahl) | Länge der Pause (über 3 Sek.) |
| // | Überlappung der Sprecher/innen |
| / | Wort- oder Satzabbruch |

Tab. 1: Zusammenfassung der Transkriptionsregeln nach Dresing/ Pehl (2018) (eigene Darstellung, D. K.)

3.5 Gütekriterien, Forschungsethik und Datenschutz

Das Befolgen der Gütekriterien qualitativer Sozialforschung macht deren Ergebnisse erst überprüfbar (vgl. Przyborski/ Wohlrab-Sahr, 2014: 401 f.). So versucht die qualitative Forschung nach dem Prinzip der Offenheit und Kommunikation Alltagssituationen so genau wie möglich zu erfassen, um eine objektive Sichtweise zu entwickeln (vgl. Helfferich 2011: 79f, 114f). Ziel einer hieraus resultierenden, offenen und authentischen Erhebung ist die Gewährleistung von Genauigkeit, Gültigkeit und somit Reliabilität der Forschungsergebnisse. Neben der Anwendung von Transkriptionsmethoden ist ebenso die Transparenz eines Forschungsprozesses zu beachten, wobei entdeckte Zusammenhänge mithilfe weiterer Studien oder Sachverhalte untermauert und beweisbar werden. Hierbei kann man zudem von Repräsentativität als weiterem Gütekriterium qualitativer Forschung sprechen.

Dazu nimmt die Forschungsethik, wie die Sicherstellung einer Freiwilligkeit seitens Teilnehmender durch transparente Erklärungen zu Thema und Vorgehensweise vor Beginn der Interviews, ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Hierbei ist es wichtig, befragte Personen nicht gezielt zu Thematiken zu befragen, sollte es sich um bemerkenswerte Sachverhalte handeln. Zuletzt wurden der Schutz persönlicher Daten sowie die Anonymisierung der Transkripte in vollem Maße gewährleistet (vgl. Unterkofler/ Franz, 2021: 20 ff.).

3.6 Qualitative Inhaltsanalyse

3.6.1 Prinzipien und Ablaufmodell

Für die Analyse und Auswertung des Datenmaterials in der vorliegenden Untersuchung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) angewendet. Diese Methode basiert auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) und ermöglicht die Auswertung von Material, das aus jeglicher Form von Kommunikation stammt. Die grundlegenden Prinzipien der Methode sind:

- Die Inhaltsanalyse soll Kommunikation analysieren, wobei die Kommunikation in einer Form protokolliert und festgehalten sein muss.
- Die qualitative Inhaltsanalyse knüpft an alltägliche Prozesse des Verstehens und Interpretierens an, indem sie empirische Analysen der Psychologie der Textverarbeitung und der Kategorienbildung einbezieht.

Die klassische Inhaltsanalyse folgt einem starren Phasenmodell, wobei es in verschiedenen Quellen unterschiedliche Ablaufmodelle gibt (vgl. Kuckartz, 2018: 45). Der klassische Ablauf der Inhaltsanalyse umfasst die folgenden Phasen:

1. Planungsphase: In der Planungsphase wurde die Formulierung der Forschungsfrage und die Entwicklung von Hypothesen durchgeführt, welche auf der Basis vorhandener Theorien über den Untersuchungsgegenstand abgeleitet wurden. Es wurden Methoden zur Auswahl von Analyseeinheiten und die Festlegung einer Stichprobe implementiert (Kuckartz, 2018: 45). Im Rahmen dieser qualitativen Inhaltsanalyse wurde ein offener Ansatz gewählt, bei dem keine vorab formulierten Hypothesen vorlagen. Stattdessen wurden weitere Forschungsfragen auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes entwickelt (Kuckartz, 2018: 46).
2. Entwicklungsphase: In der Entwicklungsphase wurde der Fokus auf die Konstruktion des Kategoriensystems gelegt. Hierbei wurden Kategorien definiert und Codierregeln formuliert, um eine Zuordnung der Kategorien zu den Codiereinheiten zu ermöglichen (vgl. ebd.). Da die Autorin die Analyse ohne Unterstützung eines Forschungsteams durchführte, wurde die Entwicklung von Codierregeln übersprungen (weiter in Punkt 3).
3. Testphase (Probecodierung): Hierbei wurden die Codierungen der einzelnen Mitglieder des Forschungsteams miteinander verglichen. Falls erforderlich, wurde das Kategoriensystem überarbeitet oder verbessert, um eine hinreichende Reliabilität zu erreichen. Da die Untersuchung von der Autorin selbstständig und ohne Unterstützung durchgeführt wurde, wurde diese Phase ausgelassen (vgl. ebd.)

4. Codierphase: Nach dem Zufallsprinzip wird das Material auf die Codierenden verteilt. Danach wird dies vollständig von den Codierenden codiert (vgl. ebd.). Angelehnt an der Qualitativen Inhaltsanalyse ist die Codierung des Materials in dieser Arbeit stärker hermeneutisch-interpretativ orientiert (vgl. Kuckartz, 2018: 47). Zudem wurden den Kategorien eine strukturierende und systematisierende Bedeutung beigemessen. Die Bedeutung der Transformation der Daten aus dem empirischen ins numerische Relativ ist nicht erfolgt (vgl. ebd.).
5. Auswertungsphase: Die fertige Datenmatrix wird dann mithilfe von statistischen Analyseverfahren ausgewertet (vgl. ebd.). In dieser Arbeit hat die Autorin auf die Anwendung statistischer Analyseverfahren verzichtet. Der Verzicht einer statistischen Auswertung ist im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse legitim (vgl. Kuckartz, 2018: 47).

In der vorliegenden Untersuchung sind die Analysephasen nicht strikt voneinander getrennt gewesen wie im Modell der quantitativen Inhaltsanalyse. Auswertungsprozesse und Datenerhebungen sind parallel erfolgt. Der Arbeitsprozess ist keinem fixierten Ablauf von Schritten gefolgt (vgl. Kuckartz, 2018: 47).

3.6.2 Auswertungskategorien

Die erhobenen Daten der Interviews werden im Folgenden unter Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) und Kuckartz (2018) ausgewertet und miteinander verglichen. Hierbei folgte die methodische Auswertung, wobei die erhobenen Daten in einem Kategoriensystem zugeordnet werden. Insgesamt wurden vier Hauptkategorien deduktiv gebildet. Auch konnten die Unterkategorien der Hauptkategorien herauskristallisiert werden:

1. Aufklärung

- Medizinisches Personal
- Aufklärung durch andere Institutionen Krebspatient:innen
- Aufklärung durch andere Institutionen Angehörige

2. Rauchverhalten

- Zum Zeitpunkt der Diagnose
- Nach der Diagnose
- Umgang mit Rauchverhalten
- Suchtverhalten
- Auswirkungen auf Angehörige

3. Beziehung zur/ zum Patient:in

- (Konflikt-)Thema Rauchen

- Bedeutung soziale Unterstützung

4. Hilfsangebote

- Motivation
- Gestaltung Entwöhnungsprogramm
- Herausforderungen
- Vermittlungshilfe

4 Auswertung der Interviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse aller zehn Interviews anhand der herausgebildeten Haupt- und Unterkategorien analysiert und dargestellt. Da sich die Autorin stets auf die Interviews bezieht, werden Zitate der Interviews in kursiver Schrift dargestellt. Die Zitate können im Anhang nachgeschlagen werden. Hinter den Zitaten befinden sich die Seiten- und Zeilenangaben, wie z.B. (vgl. Transkript 2, Z. 5 – 8).

4.1 Dana

Dana möchte das Interview gerne per Videoanruf führen. Sie ist 25 Jahre alt und arbeitet zurzeit als Bankkauffrau und ist verheiratet. Bei ihrem Onkel wurde Ende 2012 ein gutartiger Tumor am Hals diagnostiziert. Dieser hat unmittelbar nach der Diagnose aufgehört, Zigaretten zu rauchen. Sie selbst ist Ex- und Gelegenheitsraucherin. Im Urlaub konsumiert sie höchstens fünf Zigaretten.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Dana berichtet, dass ihr Onkel zum Zeitpunkt der Diagnose von dem zuständigen Arzt darüber unterrichtet wurde, dass der gutartige Tumor durch das langjährige Rauchen verursacht wurde. Hierbei hat der Arzt betont, dass dies nicht auf andere Menschen zutreffen muss. Scheinbar haben auch andere Ärzte dies als Ursache angegeben:

„Da meinte er, dass es auch Leute gibt, die es nicht vom Rauchen haben, aber bei ihm ist das definitiv davon. Wenn man nochmal gefragt hatte, warum kann das jetzt sein und dann meinten die Ärzte immer, das kommt vom Rauchen. Weil er richtig Kettenraucher war.“ (Transkript 1, Z. 54 – 57).

Aufklärung durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Dana erzählt, dass ihr Onkel keine Aufklärung über die Folgeschäden vom Zigarettenkonsum erhalten hat. Dies wurde in keiner anderen Institution wie zum Beispiel Schule oder Medien direkt durchgeführt (vgl. Transkript 1, Z. 121).

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)

Sie beschreibt, dass sie selbst keine Aufklärung über die Folgen des Rauchkonsums erhalten hat. Sie kann sich nicht daran erinnern, ob sie an einem Präventionsprogramm der Schule teilgenommen hat (vgl. Transkript 1, Z. 123).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Dana beschreibt, dass sie bereits eine abgeneigte Einstellung zum Rauchen hatte, als sie jünger war. Sie erinnert sich an die eindrucksvollen und abschreckenden Eindrücke, die sie erlebte, als sie ihren Angehörigen bei den ärztlichen Terminen begleitet hat. Sie assoziiert diese Bilder nun mit Zigaretten:

„Ich war da noch relativ jung. Und da war ich sowieso mal ein bisschen mehr Antirauchen. Und das ist auch jetzt der Grund, warum man jetzt nicht die ganze Zeit durch raucht, weil man immer dieses Bild hat. Weil ich war halt im Schockraum und da sind die ja noch komplett verkabelt und man sieht ja die Wunde, also das war zwar vielleicht umgewickelt, aber die Wunde wo sie ist und wie fertig die Person dann ist. Und das ist halt so immer, wenn man eine Zigarette sieht, das Bild was man sieht.“ (Transkript 1, Z. 60 – 65)

Nach der Diagnose

Die eher negativen Eindrücke, die Dana während der Begleitung der ärztlichen Untersuchungsterminen ihres Onkels gewonnen hat, haben nachhaltig ihr Rauchverhalten geprägt. Obwohl diese abschreckend auf sie wirkten, fing sie selbst an, nach der Diagnose Zigaretten zu rauchen. Sie gibt an, dass ihr Rauchverhalten stressbedingt gewesen ist. Zudem wurde sie durch die abschreckenden Bilder der Zigarettschachteln an die Diagnose ihres Onkels erinnert. Dies führte dazu, dass sie ihr Zigarettenkonsum reduziert und eher selten geraucht hat (vgl. Transkript 1, Z. 88 – 92).

Nicht nur Dana hat nachhaltig ihren Nikotinkonsum reduziert. Auch der Sohn ihres Onkels hat nach der Diagnosestellung aufgehört, Zigaretten zu rauchen (vgl. Transkript 1, Z. 99 - 100).

Umgang mit Rauchverhalten

Es wurden keine relevanten Angaben gemacht.

Suchtverhalten

Dana beschreibt im Zusammenhang des Rauchverhaltens ihres Onkels den Aspekt der Sucht, welche er trotz der Krebserkrankung überwunden hat. Zudem äußert sie, dass sie Angst hat, dass er rückfällig wird und seinen Nikotinkonsum fortsetzt. Aus Danas Sicht befindet sich eine krebserkrankte Person in einer vulnerablen Phase, in welcher diese dauerhaft gestresst und somit anfällig ist, rückfällig zu werden. Auch heute macht sie sich Sorgen, dass ihr Onkel wieder Nikotin konsumieren und erneut an Krebs erkranken könnte:

*„Ich glaube, dass es total schwer ist, das aufzugeben, weil die Sucht einen ja auch kontrolliert irgendwo. Ich bin froh, dass mein Onkel dann irgendwann aufgehört hat, obwohl er ja Kettenraucher war. Man kann sich ja auch nicht sicher sein, ob er wieder rückfällig wird. Also Angst hatte ich schon davor, da er mir wichtig ist. Weil in diesem Kampf steht man ja auch unter Dauerstress und da kann es jeder Zeit dazu kommen, dass man nicht mehr stark genug ist, um das Rauchen fortzusetzen. Und dass schlimmste ist, dass der Krebs halt wieder zurückkommt, aber nicht gutartig.“
(Transkript 1, Z. 103 - 109)*

Der gutartige Tumor ihres Onkels konnte geheilt werden. Die Tatsache, dass dieser bösartig hätte sein können, wirkt sich eher positiv auf das Suchtverhalten aus (vgl. Transkript 1, Z. 102 – 109). Dana selbst kämpft heute noch gegen die Nikotinsucht, obwohl dies aus ihrer Sicht unterbewusst geschieht. Dass sie keine Zigaretten mehr raucht, sieht sie als eine gesunde Gewohnheit. Sie sieht jedoch auch die Gefahr, dass sich dies jederzeit ändern könnte, sobald sie sich in stressigen Arbeitsphasen befindet und einen Rückfall erleidet (vgl. Transkript 1, Z. 111 – 114).

Auswirkungen auf Angehörige

Dana ist froh, dass ihr Onkel seinen Nikotinkonsum seit der Krebsdiagnose reduziert hat. Sie beschreibt, dass es negative Auswirkungen auf sie gehabt hätte, wenn er den Zigarettenkonsum weiter fortgeführt hätte. Die Angst, dass er eventuell an einem bösartigen Tumor erkrankt, wäre groß (vgl. Transkript 1, Z. 101 – 105). Dana erwähnt, dass das andauernde Rauchen sich auch auf das Wohlbefinden von ihr und ihrer Familie negativ ausgewirkt hätte. Zudem hat die Tatsache, dass er diese Diagnose bekommen hat, die Stimmung der Familie ebenfalls negativ geprägt. Womöglich hätte sich die Stimmung verschlechtert, wenn er nicht aufgehört hätte (vgl. Transkript 1, Z 72 - 76).

- Rauchen als Konfliktthema

Da der Onkel von Dana bereits zum Zeitpunkt der Diagnose aufgehört hat, Zigaretten zu rauchen, ist das Rauchverhalten nicht vermehrt thematisiert worden. Sie vermutet, dass dies jedoch ein emotionales und konfliktbehaftetes Thema gewesen wäre, wenn er weiterhin trotz Diagnose geraucht hätte:

„Also ein Glück hat er ja nach der Diagnose aufgehört, aber es gibt ja auch manche Menschen, die es weitermachen und da tun mir dann die Angehörigen auch Leid. Weil, wenn man das dann

weiterhin vor den Augen der anderen tut (...) ich, ähm, ich könnte mir vorstellen, dass das dann eventuell schon so ein Dauerstreit-Thema wäre.“ (Transkript 1, Z. 73 – 77)

- Handlungsunfähigkeit

Dana beschreibt, dass ein Gefühl der Handlungsunfähigkeit verspürt, da sie ihrem Onkel nicht direkt helfen könnte. Hierbei wüsste sie jedoch auch nicht, wie sie die Unterstützung ihres Onkels gestalten sollte: *„Das Schlimmste ist ja, dass ich oder auch wir als Familie ihm ja nicht helfen könnten. Ich meine wie sollten wir das, wir wüssten ja auch nicht, wie.“ (Transkript 1, Z. 68-70)*

Beziehung zum/ zur Krebspatient:in

Dana führt eine sehr enge Beziehung zu ihrem Onkel, den sie als Vaterfigur beschreibt. Seine Diagnose hat sie und ihre Familie sehr belastet:

„Also das könnte man als zweiten Vater so bezeichnen. Wir haben eine sehr enge Beziehung zueinander, deshalb ist er mir und der Familie sehr sehr wichtig. Die Diagnose hat uns auch alle sehr belastet, obwohl der Tumor ja nur gutartig war.“ (Transkript 1, Z. 44 – 46)

(Konflikt-)Thema „Rauchen“

Wie bereits beschrieben, wäre das Weiterräumen von Zigaretten trotz der Diagnose des Onkels vermutlich ein konfliktbehaftetes Thema in der Familie. Dana gibt an, dass sie und ihre Familie das Thema vermutlich nicht mehr ansprechen oder sich damit weiterhin auseinandersetzen würden, da dies die Atmosphäre verschlechtern oder die Beziehung zwischen dem Onkel und den Familienmitgliedern gefährden könnte (vgl. Transkript 1, Z. 76 -78).

Bedeutung soziale Unterstützung

Dana betont, dass die familiäre Unterstützung ein wichtiger Aspekt ist, um mit der Krebsdiagnose ihres Onkels umzugehen. Zudem sei die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde ebenfalls wichtig, wenn man eine Rauchentwöhnung anstrebt. Aus ihrer Sicht ist die Wirkung der Unterstützung durch den sozialen Kreis unterschätzt, gerade auch bei einer Teilnahme an einem möglichen Rauchentwöhnungsprogramm (vgl. Transkript 1, Z. 319 – 323).

Hilfsangebote

Motivation

Als die Autorin Dana gefragt hat, wie hoch ihre Motivation wäre, an einem möglichen Rauchentwöhnungsprogramm für Angehörige und Krebspatient:innen teilzunehmen, hat sie

angegeben, dass die Motivation dann höher wäre, wenn die vertraute Person ebenfalls daran teilnehmen würde. Hierbei ist es wichtig, dass sie ein gutes und enges Verhältnis zu der Person, in diesem Fall ihrem Onkel, hat. Sie würde auch daran teilnehmen, weil dieses Programm hilfreich wäre:

„Also für mich persönlich ja, weil dann weiß ich schonmal, ich gehe dahin und ich kenne einen. Und den, den ich kenne habe ich auch sage ich mal lieb oder habe ein gutes Verhältnis zu dem. Und gerade, wenn es dann halt so zielmäßig ist, dass es uns eigentlich im Nachhinein besser gehen soll, da hätte ich sowas wahrgenommen, wenn es dann nicht anders gehen würde.“ (Transkript 1, Z. 230 – 234)

Aus ihrer Sicht beeinflusst die Art der Bewerbung und der eigene Bedarf eines Entwöhnungsprogrammes die Motivation, auch ohne Angehörige oder enge Freund:innen an einem Entwöhnungsprogramm teilzunehmen (vgl. Transkript 1, Z. 238 - 240). Bezüglich ihres Onkels und die Motivation von Krebspatient:innen beschreibt sie, dass es auf die Teilnahmebereitschaft der Krebspatient:innen selbst ankommt. Voraussetzung ist, dass diese ihre Nikotinsucht als Problem anerkennen und einsehen können, dass sie Unterstützung benötigen (vgl. Transkript 1, Z. 247 – 251).

Gestaltung eines Entwöhnungsprogrammes

- Inhaltliche Gestaltung

Die Gestaltung eines Entwöhnungsprogrammes sollte interessant gestaltet werden, indem man mit visuellen Inhalten arbeitet, welche einen prägenden Eindruck hinterlassen. Es sollten präventive Maßnahmen, wie beispielsweise der Erfahrungsaustausch mit Personen, welche die Folgen von Nikotinkonsum präsentieren, sinnvoll eingesetzt werden. Diese sollten das Programm interessanter und wirksamer gestalten, was jedoch ebenso abschreckend auf die Teilnehmer:innen wirken sollte (vgl. Transkript 1, Z. 273 – 277).

- Formale Gestaltung

Dana zieht es vor, das Entwöhnungsprogramm in kleineren Gruppen stattfinden zu lassen, welche eine niedrige Teilnehmeranzahl vorweisen. Einzelsitzungen lehnt sie ab, weil diese einen unterrichtenden Charakter hätten. Scheinbar sieht Dana unter diesem möglichen Entwöhnungsprogramm ein Präventionsprogramm vor, in welchem präventive Maßnahmen einbezogen werden. Dies sollte aus ihrer Sicht in Online-Sitzungen stattfinden, da die Teilnahme niedrigschwellig wäre und sie keine Gründe hätte, die Sitzungen aufzuschieben. Zudem wäre die Anonymität gesicherter (vgl. Transkript 1, Z. 283 – 292) :

„Ich glaube das ist schon schwer, also klar die könnten immer alle sagen, das ist der Grund, zu viel Nikotin, zu viel geraucht, also da Zahlen, Daten, Fakten. Wäre glaube ich zu langweilig und würde nicht das erreichen was sein soll. Dann halt wirklich da ich sehe in echt was den Leuten passiert

oder ich sehe, wie es einem anderen schlechter geht, dieser Erfahrungsaustausch, ich glaube das trifft es, Erfahrungsaustausch würde dazu passen.“ (Transkript 1, Z. 273 – 277)

Zudem findet Dana, dass ein mögliches Entwöhnungsprogramm zeitlich eine Woche am Stück, mit einer dreimonatigen Pause stattfinden sollte (vgl. Transkript 1, Z. 303 – 304)

Herausforderungen

- Bei Krebspatient:innen

Sie erwähnt, dass das Schamgefühl ein Hindernis wäre, da man damit auch zeigt, dass man die Rauchentwöhnung nicht alleine bewältigen kann. Ihrem Onkel könnte dies vor anderen Teilnehmer:innen oder Außenstehenden unangenehm sein, gerade wenn Teilnehmer:innen dabei sind, welche Ex-Raucher:innen sind und dies ebenfalls selbstständig entwöhnt haben (vgl. Transkript 1, Z. 256 – 261).

- Bei Angehörigen

Bezüglich ihrer eigenen Teilnahme merkt Dana an, dass Angehörige aufgrund der mehrfachen Belastung, wie beispielsweise die Begleitung von Arztterminen, die Organisation bürokratischer Aspekte und die Überwindung eigener Angelegenheiten die Rauchentwöhnung zeitlich sinnvoll gestaltet werden sollte, da sich auch ein Rauchentwöhnungsprogramm sonst rasch zu einer zusätzlichen Belastung entwickeln könnte:

„Ich glaube, dass schwer wäre, das unterzubringen. Wenn das wirklich regelmäßige Termine sind, dann wäre es schwer, weil man so viele andere Arzttermine hat, die man ja auch mitbegleitet und dann hat man selbst auch noch eigene Pflichten, wie wenn man Kinder hat oder so (...) also es müsste so gestaltet sein, dass man das wahrnehmen kann. Sonst ist es nur eher zusätzliche Belastung als Hilfe.“ (Transkript 1, Z. 263 – 267)

Auch nimmt die Sympathie unter den Teilnehmer:innen und die Gruppendynamik eine wichtige Rolle ein und beeinflusst die (kontinuierliche) Teilnahme (vgl. Transkript 1, Z. 267 – 269).

Vermittlungshilfe

Hierzu wurden keine relevanten Angaben gemacht.

4.2 Tom

Tom ist 26 Jahre alt, arbeitet als Erzieher und ist verlobt. Er ist nun zwei Jahre rauchfrei. Als er geraucht hat, hat er ca. zehn Zigarillos am Tag geraucht. Dies tat er auch, wenn er krank war. Seine Mutter ist an Lungenkrebs verstorben. Dieser wurde im Jahr 2015 diagnostiziert.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Tom kann nicht genau beantworten, ob seine Mutter jemals darüber aufgeklärt wurde, nimmt aber an, dass sie selbst einige Kenntnisse über die Folgen von Nikotinkonsum hatte, da sie selbst in der Onkologie tätig war (vgl. Transkript 2, Z. 86).

Aufklärung durch andere Institutionen (Krebspatient:innen)

Zu Beginn waren die gesundheitlichen Folgen von Nikotinkonsum nicht präsent, jedoch änderte sich dies im Laufe der Zeit. Toms Mutter war im Bereich der Onkologie tätig und war sich eventuell über mögliche Folgen des Konsums bewusst:

„Also ich glaube, als sie angefangen haben, vielleicht nicht. Aber mit der Zeit, dann schon. Also die wussten beide, was das für Folgen haben kann. Also meine Mutter ja sowieso, weil sie in dem Bereich gearbeitet hat. Aber von meinen Großeltern werden sie da nicht groß aufgeklärt worden sein. Das glaube ich nicht.“ (Transkript 2, Z. 135 – 138)

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)

Die Aufklärung von Tom erfolgte nicht durch Institutionen, sondern durch seine Eltern. Beide Elternteile haben zu diesem Zeitpunkt selbst Zigaretten geraucht. Dadurch ist Tom bereits im Kindesalter mit dem Thema Nikotinkonsum in Kontakt gekommen. Er kann sich nicht genau daran erinnern, wie er über die gesundheitlichen Folgen von Rauchkonsum unterrichtet wurde, jedoch konnte er den Widerspruch durch den fortgesetzten Rauchkonsum und diese Aufklärung nicht nachvollziehen. Er entwickelte bereits früh eine Abneigung dagegen. Ergänzend dazu wurde er durch die Schule oder Werbung darüber aufgeklärt, dass der Zigarettenkonsum krebsfördernd sein kann:

„Mein Vater hatte auch geraucht und das fand ich auch schon blöd, also als Kind wird mir irgendwann mal gesagt worden sein, dass das ungesund ist und ähm...man will natürlich nicht, dass die Eltern was ungesundes machen..und ansonsten das, was man ansonsten über Werbung und Schule mitbekommt. In der Schule hatten wir das mal thematisiert, oder durch das Thema „Rauchverbot an Gaststätten“ damals wurde auch sehr viel darüber gesprochen.“ (Transkript 2, Z. 127 – 131)

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose:

Bereits vor der Krebsdiagnose rauchte Toms Mutter sehr viele Zigaretten. Tom reagierte bereits im Kindesalter mit Unverständnis darauf und empfand negative Gefühle für ihr Rauchverhalten. Er vermutet, dass dies ebenfalls eine Ursache für ihre Erkrankung sein könnte (vgl. Transkript 2, Z. 58 – 66).

Tom fing kurz vor der Krebsdiagnose seiner Mutter an, Zigarillos zu rauchen. Er hatte damals kein Verständnis dafür, dass seine Eltern rauchen dürfen, er jedoch nicht:

„Ähm, ich hab halt kurz vor der Diagnose selber angefangen zu rauchen (..) da war es natürlich Thema dann (unv.) zu sagen die raucht ja, warum darf ich dann nicht? Bin ja auch erwachsen.“ (Transkript 2, Z. 51 -53)

Nach der Diagnose:

Nach der Diagnose konsumierte seine Mutter weiterhin Zigaretten. Tom empfand dies als schwierig, konnte jedoch verstehen, dass eine Rauchentwöhnung nicht sofort stattfinden kann:

„Ja, das ähm. Das fand ich die ganze Zei (..) das fand ich immer schwierig. Ja, das äh. Aber ich konnte es halt auf der anderen Seite auch verstehen, dass man das nicht von heute auf morgen sein lassen kann. Auch wenn das äh, natürlich eine Schock-Diagnose ist.“ (Transkript 2, Z. 82 – 84)

Umgang mit Rauchverhalten

Die Diagnose seiner Mutter hatte keine Auswirkungen auf sein Rauchverhalten, da er acht Jahre lang weiter geraucht hat. Er erwähnt, kein schlechtes Gewissen gehabt zu haben, trotz der scheinbaren Eindrücke, die er aufgrund möglicher Folgen an seiner Mutter gewonnen hat (vgl. Transkript 2, Z. 110 – 112).

Tom hörte aufgrund finanzieller Gründe mit dem Rauchen auf, zudem wurde der Zugang zu Zigarillos aufgrund der Gesundheitsmaßnahmen der Coronapandemie verhindert. Tom hat seine Entwöhnung nicht geplant, diese fand spontan statt (vgl. Transkript 2, Z. 116 – 119).

Suchtverhalten:

Tom ist nun seit zwei Jahren rauchfrei. Er beschreibt, dass ihm die Aufklärung über Sucht und das Suchtverhalten im Zusammenhang mit Nikotinkonsum geholfen hat, das Rauchen zu entwöhnen. Die Rückfällig ist aus seiner Sicht immer möglich, auch nach einigen Monaten:

„Und ich bin ja jetzt wirklich rauchfrei seit zwei Jahren, weil ich das auch wirklich so möchte. Ich verstehe eben, wie die Sucht funktioniert und in welchen Momenten ich mir dann immer wieder sagen muss „Nee, du kaufst dir jetzt keine Packung“ auch wenn ich KÖNNTE. Also Aufklärung darüber, wie Süchte funktionieren, das ist so das meiste, was mir geholfen hat.“ (Transkript 2, Z. 143 – 147).

Auswirkungen auf Angehörige:

- Ambivalenz

Er konnte nicht verstehen, weshalb seine Mutter trotz Diagnose weitergeraucht hat. Der Umgang gestaltete sich sehr schwierig. Seitdem er selbst anfang, Zigaretten zu rauchen, konnte er trotz negativer Gefühle trotzdem nachvollziehen, weshalb seine Mutter nicht aufgehört hat,

da er die Sucht nach Nikotin selbst nachempfinden konnte. Die eigenen Erfahrungen mit dem Nikotinkonsum lösten ambivalente Gefühle in ihm aus. Die ambivalenten Verhaltensmuster scheinen sich zu wiederholen, da er selbst trotz der Krebsdiagnose der Mutter weiterhin Zigarillos rauchte (vgl. Transkript 2, Z. 99 – 102; 82 - 84).

- Rauchen als Konfliktthema

Das Thema Rauchen wurde nicht vermieden, sondern offen angesprochen. Er hat seiner Mutter häufig gesagt, dass er das Rauchverhalten schlecht und „blöd“ fand (Transkript 2, Z. 67 - 69).

- Handlungsunfähigkeit

Tom konnte nachvollziehen, dass seine Mutter weiterraucht, da keine Chance auf Heilung bestand. Den Genuss des Zigarettenkonsums konnte er akzeptieren und er vertraute den Kenntnissen seiner Mutter, dass die Heilungschance nicht durch eine Rauchentwöhnung vergrößert würden, da sie im Bereich der Onkologie tätig war (vgl. Transkript 2, Z. 82 – 84). Er unterstütze seine Mutter in ihrer letzten Lebensphase ihren Zigarettenkonsum und hatte aufgrund der Belastungen kaum (zeitliche) Ressourcen, Bewältigungsmechanismen neben der Akzeptanz zu entwickeln. Durch die Unterstützung seiner Mutter gewann Tom teilweise an Handlungsfähigkeit:

„Ich hab, ähm. Wir haben sie einige Monate nach der Diagnose ins Hospiz dann gebracht (...) und ähm (...) sie hat, sobald es ihr halt körperlich möglich war, hat sie auch dort noch geraucht. Weil sie ist ja selber nicht mehr vom Bett in den Rollstuhl gekommen und kam dann nur mit fremder Hilfe nach draußen ähm (...).“ (Transkript 2, Z. 75 – 78)

Beziehung zum/ zur Krebspatient:in

Für Tom hat die an Krebs erkrankte Mutter eine wichtige Rolle in seinem Leben gespielt. Beide hatten eine sehr gute und enge Beziehung zueinander (vgl. Transkript 2, Z. 36 – 46).

(Konflikt-) Thema „Rauchen“

Trotz des negativen Empfindens bezüglich des Rauchverhaltens seiner Mutter konnte er ihr offen mitteilen, dass er den fortgeführten Nikotinkonsum nach der Diagnose verurteilte. Um die letzte Lebensphase so angenehm wie möglich zu gestalten, hat er sie dennoch beim Zigarettenkonsum unterstützt, trotz eigener Meinung (vgl. Transkript 2, Z. 75 – 80).

Bedeutung soziale Unterstützung

Tom schätzt die Bedeutung der sozialen Unterstützung sehr hoch ein. Er beschreibt:

„Sie ist sehr wichtig. Bei einer Rauchentwöhnung kann das für andere wirklich helfen, diesen Aspekt sollte man vielleicht nicht so unterschätzen. Von daher finde ich, ist es eine sehr gute Idee, die Rauchentwöhnung zusammen mit Angehörigen zu gestalten. Denn wir spenden ja auch Kraft während der Krebserkrankung, warum sollte dies dabei nicht auch positive Vorteile haben?“ (Transkript 2, Z. 229 – 232)

Aus seiner Sicht als Angehöriger scheint die soziale Unterstützung sowohl bei der Unterstützung während der Zeit der Krebserkrankung, als auch bei einer möglichen Rauchentwöhnung zu sein.

Hilfsangebote

Motivation

Tom erwähnt, dass er sich eine App heruntergeladen hatte, die ihn bei der Rauchentwöhnung unterstützen sollte. Ihm hat die App nicht helfen können (vgl. Transkript 2, Z. 142 - 147). Auch erzählt er, dass er nicht aktiv nach Hilfsangeboten gesucht hat. Dass Hilfsangebote, wie ein Rauchentwöhnungsprogramm für Angehörige und Krebspatient:innen existiert, hält er für sehr wichtig:

„Also, ich habe mir da jetzt keine angeguckt (...) ich habe mir halt so eine App angeguckt und für mich gesagt, dass es nicht das ist, was ich machen möchte. Oder in Anspruch nehmen möchte. Das ist, ähm (...) auf der anderen Seite denke ich aber, dass es sehr wichtig ist, dass das Angebot auf jeden Fall DA ist. Weil das, bei jedem, helfen einfach unterschiedliche Sachen. Und was mir hilft, hilft anderen ja vielleicht nicht.“ (Transkript 2, Z. 155 – 159)

Tom ist der Meinung, dass die Motivation für die Teilnahme aus Sicht der Krebspatient:innen vermutlich da ist, jedoch ein mögliches Rauchentwöhnungsprogramm für die Zielgruppe in einer vulnerablen und emotional anstrengenden Zeit ansetzt. Er vermutet, dass gerade in diesen Phasen der Rauchkonsum aufgrund der erhöhten Stressbelastung zunimmt und sich Patient:innen von dem Gedanken, damit aufzuhören, abschirmen. Dies könnte als weitere Ausrede genutzt werden, um den Konsum fortzuführen (vgl. Transkript 2, Z. 166 – 171). Außerdem käme es darauf an, ob es eine Chance auf Heilung gibt. Wenn der/die Patient:in Palliativversorgung erhält, so könnte die Motivation zur Teilnahme viel geringer sein. Besteht jedoch eine Chance auf Heilung, könnte ein Rauchentwöhnungsprogramm ein Anreiz dafür sein, das Rauchen zu entwöhnen und die Heilung von der Krebserkrankung zu fördern oder zu beschleunigen (vgl. Transkript 2, Z. 174 – 178). Hier betont er die Unterstützung in dem Prozess erneut:

„Und da kann dann gerade Unterstützung halt helfen. Aus demselben Grund wie eben. Es ist eine schwierige Situation und wenn man dann nicht alleine gelassen wird, das ist dann (...) viel wert.“ (Transkript 2, Z. 180 – 182)

Gestaltung eines Entwöhnungsprogrammes

- Inhaltliche Gestaltung

Tom schlägt vor, das Programm in Form eines hybriden Angebots zu gestalten. Hierbei sollte eine Gruppe gestaltet werden, in welcher Patient:innen und Angehörige gemeinsam eine Rauchentwöhnung durchführen. Auch sollte das Angebot von Einzelsitzungen, an welcher Angehörige und Patient:innen gemeinsam teilnehmen, eingeführt werden, da dies an unterschiedliche Bedürfnisse angepasst sein sollte und Einzelsitzungen aus verschiedenen Gründen eher vorgezogen werden könnten. Tom hebt bei einem Gruppenangebot hervor, dass die Gruppendynamik einen wichtigen Einfluss auf den Erfolg der Entwöhnungsmaßnahmen haben kann:

„Ich habe auch für mich entschieden, es alleine zu machen. Hätte ich Druck von anderen bekommen, dann hätte es bei mir nicht funktioniert, also weil ich bei Druck immer mit Widerstand reagiere. Und wenn dann halt so ein Gruppendruck entsteht, dann steuere ich halt dagegen. Dann hätte ich halt (...) schlechter aufhören können.“ (Transkript 2, Z. 189 – 193)

Für ein Gruppenangebot sieht er auch Vorteile, wie zum Beispiel der Erfahrungsaustausch, das gegenseitige Motivieren und der Austausch über Gefühle und Empfindungen, welche die Betroffenen mit ähnlichen Erfahrungen am besten nachvollziehen können (vgl. Transkript 2, Z. 187 – 197). Dies kann nur dann erfolgen, wenn die professionelle Gruppenleitung die Gruppendynamik unterstützt und dabei hilft, den Gruppendruck im Hinblick auf das Ziel der Rauchentwöhnung zu senken (vgl. Transkript 2, Z. 201– 202).

- Formale Gestaltung

Für die formale Gestaltung der Rauchentwöhnung ist es aus seiner Sicht sinnvoll, dass die Gruppe nicht professionell über den gesamten Zeitraum begleitet werden muss, sondern zu Beginn. Das Ziel wäre, dass sich die Gruppe mit der Zeit verselbstständigt. Zudem weiß Tom, dass man die Sucht auch Jahre nach einer Entwöhnung empfinden kann, weshalb er einen kurzen Zeitraum über Wochen oder einem Monat nicht nachhaltig wirksam empfindet. Ein abrupter Abbruch des Programms aus Sicht der Teilnehmenden könnte sich vermutlich kontraproduktiv auf den Erfolg der Entwöhnung auswirken:

„Ich weiß, dass ich stressigen Phasen immernoch das Verlangen habe, zu Rauchen, aber weil sich das so tief verankert hat, dass ich damit Druck abbauen kann, kann ich sagen, dass es jetzt selbst nach zwei Jahren eben noch nicht raus ist. Ich weiß nicht, wann es raus sein wird. Also ich glaube, dass die Gruppe, also das muss ja nicht über den ganzen Zeitraum dann professionell begleitet sein, da ist eben der Anfang am wichtigsten, aber dass man sich halt nach und nach weiterhin auch selbstständig unterstützen kann. Also ich glaube, ein Monat ist halt zu kurz, also wenn man eine Zeit lang dann Hilfe bekommt und im Regen dann wieder steht, dann ist das ein bisschen zu kurz dann.“ (vgl. Transkript 2, Z. 205 – 112)

Herausforderungen

- Bei Angehörigen

Es gibt auch Herausforderungen, welche die Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm für Krebspatient:innen und ihren Angehörigen erschweren können. Tom beschreibt, dass er als Angehöriger seine Mutter gepflegt hat. Eine Mehrfachbelastung aufgrund der Übernahme von alltäglichen organisatorischen Aufgaben, die Pflege des/ der Patient:in und die Aufrechterhaltung eigener sozialer Beziehung etc. könnten hierbei die kontinuierliche Teilnahme sowohl für Angehörige also auch Patient:innen an einem Hilfsangebot erschweren:

„Ja, also ähm. Das war gar nicht, also das war... ähm..es gab halt ne Menge zu tun bevor sie ins Hospiz ist, habe ich äh.. ich sie gepflegt zu Hause mit meiner Oma zusammen und ähm..ja dann, da war .. wenn sie dann mal rauchen wollte, dann habe ich ihr sogar auch noch geholfen, da habe ich ihr vom Sofa im Rollstuhl sie dann zur Terasse halt geschoben.“ (Transkript 2, Z. 99 – 102)

4.3 Mona

Mona ist 25 Jahre alt und ledig. Sie arbeitet als Bankkauffrau. Ihr Vater hat im Jahr 2019 die Diagnose Lungenkrebs erhalten und ist noch Raucher. Sie selbst ist seit vier Jahren rauchfrei, hat jedoch zu früher im Durchschnitt fünf Zigaretten am Tag geraucht. Wenn sie krank wurde, hat sie dies unterlassen.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Monas Vater wurde zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose nicht über mögliche Folgen seines anhaltenden Rauchkonsums aufgeklärt. Das medizinische Personal habe ihm sogar versichert, dass er weiter Zigaretten rauchen könne, da der diagnostizierte Krebs nicht durch sein Rauchverhalten begünstigt wurde (vgl. Transkript 3, Z. 39 – 42; 74 – 75).

Mona und ihre Familie haben zudem gehofft, dass ihr Vater durch die Aufklärung des medizinischen Personals aufhört, Zigaretten zu rauchen:

„Leider wurde das von den Ärzten nicht thematisiert (...) wir als Familie haben wirklich gehofft, dass sie ihm das wenigstens ausreden können, aber haben sie leider nicht. Wir waren wütend, weil wir dachten, die würden wirklich was dagegen machen und nicht weiter zulassen, dass ein Stängel weiterhin sein Leben kontrolliert.“ (Transkript 3, Z. 39 – 42)

Aufklärung durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Sie beschreibt, dass ihr Vater ebenfalls keine Aufklärung durch andere Institutionen erhalten hat (vgl. Transkript 3, Z. 74 - 75). Scheinbar ist Mona über die mangelnde Aufklärung frustriert, da sie auf die Frage hin, ob ihr Vater aufgeklärt wurde, erwidert:

„NEIN..gar nicht. Es hieß, dass es nicht vom Rauchen kommt und er wenn er will, weiter rauchen kann.“ (Transkript 3, Z. 74 – 75).

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)

Sie selbst wurde ebenfalls kaum aufgeklärt. Die Schule hat hier vermutlich einen Präventionstag angeboten, jedoch scheint sie sich kaum daran zu erinnern (vgl. Transkript 3, Z. 82).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Dazu wurden keine relevanten Aussagen gemacht.

Nach der Diagnose

Monas Vater weiß, dass sich sein Umfeld um ihn sorgt und sein Rauchverhalten ein konfliktbehaftetes Thema innerhalb der Familie ist. Er setzt bislang sein Rauchverhalten trotz Krebsdiagnose fort (vgl. Transkript 3, Z. 62 – 63; 79 – 80).

Suchtverhalten

Mona erwähnt häufig, dass sie es nicht mitansehen kann, wie das Leben ihres Vaters durch ein „Stängel kontrolliert wird“ (Transkript 3, Z. 41 - 42). Sie wünscht sich, dass er nicht mehr nikotinabhängig ist, und beschreibt, dass *„doch einfach eklig ist, dass Rauchen einen so kontrollieren kann.“* (Transkript 3, Z. 63) Damit verbunden ist die Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit von Mona und anderen Angehörigen, die negative Gefühle beim Zusehen empfinden.

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Mona beschreibt, dass sich die Atmosphäre und die Laune des sozialen Umfelds verschlechtert, sobald ihr Vater anfängt, Zigaretten zu rauchen. Das Zuschauen löst ein Gefühl von Hilflosigkeit und eingeschränkter Handlungsunfähigkeit bei den Angehörigen aus. Mona versteht nicht, weshalb ihr Vater trotz der Diagnose weiterraucht. Die eingeschränkte Handlungsunfähigkeit und das Beobachten des Suchtverhaltens lösen negative Gefühle in Mona aus:

„Mit jeder Zigarette, die er sich anmacht, verschlimmert sich manchmal die Laune der Personen, die im selben Raum sind wie er. Weil (..) wir zusehen, wie er einfach damit weitermachen tut. Ihm macht es nichts aus (...) ist ja auch vielleicht das einzige Ding, was ihm geblieben ist von seinem vorherigen Leben. Vielleicht raucht er ja deshalb weiter. Wir unterstützen das Ganze überhaupt nicht, da wir der Meinung sind, dass es weder ihm noch uns gut tut ! Das sage ich selbst als Ex-Raucherin. Ich muss sagen, dass er wirklich ein Kettenraucher ist. Ich wünschte, er wäre echt nicht mehr abhängig von dem kleinen Stängel.“ (Transkript 3, Z. 44 – 50)

- Umgang mit Rauchverhalten

Mona konnte das Rauchen langsam und bis zu einem Zeitpunkt vollständig entwöhnen. Sie achtete stets darauf, nicht vor ihrem Vater zu rauchen, da sie die negativen Folgen des passiven Rauchens fürchtete (vgl. Transkript 3, Z. 54 – 56). Sie versuchte, offen mit ihm über sein Rauchverhalten zu sprechen (vgl. Transkript 3, Z. 62 – 63).

- Handlungsunfähigkeit

Mona erwähnt, dass sie gerne Unterstützung im Umgang mit seinem Rauchverhalten erhalten hätte. Sie und ihr enger Familienkreis waren in der Hinsicht auf sich alleine gestellt (vgl. Transkript 3, Z. 65 – 67; 69 - 71).

Beziehung zum/ zur Krebspatient:in

Mona führt allgemein eine sehr gute Beziehung zu ihrem Vater. Es scheint, als wenn er die Rolle als bester Freund und wichtige Bezugsperson einnimmt. Die Beziehung zeichnet sich durch Gemeinsamkeiten und offene Kommunikation aus. Sie ist sehr stolz auf ihre Beziehung mit ihm, auch wenn diese von guten und schlechten Phasen begleitet wird (vgl. Transkript 3, Z. 24 – 36).

(Konflikt-) Thema „Rauchen“

Wie bereits in der Subkategorie „Rauchen als Konfliktthema“ erwähnt, hat das Rauchverhalten ihres Vaters negative Auswirkungen. Sie beschreibt erneut, dass sie es ungerne beobachtet (vgl. Transkript 3, Z. 59 – 60). Hierbei ist nicht auszuschließen, dass das Rauchen ein Streitthema ist und bei ständiger Ansprache die Beziehung zwischen Mona und ihrem Vater beeinflussen könnte. Auf die Aussage, dass es sehr schlimm für die Familie sein muss, erwiderte Mona entrüstet: „*Ja, ist es wirklich.*“ (Transkript 3, Z. 52)

Bedeutung soziale Unterstützung

Für Mona hat die soziale Unterstützung auf mehreren Ebenen eine Relevanz. Als Angehörige hätte sie sich auf emotionaler Ebene mehr Unterstützung von Freund:innen gewünscht (vgl. Transkript 3, Z. 69 – 71).

Auch kann die soziale Unterstützung während der Rauchentwöhnung einen positiven Effekt auf den Erfolg der Patient:innen und ihren Angehörigen haben (vgl. Transkript 3, Z. 127 – 128).

Hilfsangebote

Motivation

Sie gibt an, dass der Bedarf an Unterstützungsprogrammen sehr hoch ist. Ihr ist es wichtig, dass die Situation ihres Vaters ernst genommen wird und die Entwöhnung professionell begleitet wird. Sie selbst gibt an, dass sie das Angebot mit ihrem Vater in Anspruch nehmen würde (vgl. Transkript 3, Z. 85 – 87). In diesem Zusammenhang misst sie der Rauchentwöhnung eine hohe Bedeutung zu (vgl. Transkript 3, Z. 96). Monas Motivation, an einem möglichen Entwöhnungsprogramm teilzunehmen, wäre sehr hoch. Das Engagement, die Teilnahme an so einem Programm zu organisieren, wäre unter den Angehörigen ebenfalls vorhanden (vgl. Transkript 3, Z. 102 – 103). Sie ist sich unsicher, ob ihr Vater daran teilnehmen würde (vgl. Transkript 3, Z. 105). Sie befürchtet, dass ihr Vater keine Motivation aufbringen könnte und hier Unterstützungsprogramme als überflüssig empfindet (vgl. Transkript 3, Z. 111).

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltlich

Sie möchte sich mit anderen Betroffenen innerhalb einer Gruppe austauschen. Im Vordergrund stehen der Erfahrungsaustausch und das Sprechen über Ängste, Sorgen und Nöte:

„Eventuell mit anderen Personen darüber reden, gewisse Themen tiefgründiger besprechen und gewisse Aktivitäten soweit es möglich ist auszuführen. Habe mich damit nicht auseinandergesetzt, aber allein, dass man darüber reden könnte gibt mir ein gutes Gefühl.“ (Transkript 3, Z. 107 – 109)

Zudem ist eine medizinische, rationale und ehrliche Aufklärung über die Folgen eines weiterführendes Rauchkonsums ein wichtiger inhaltlicher Aspekt des Rauchentwöhnungsprogramms:

„Ich würde mir sehr gerne wünschen, dass jemand Neutrales ihm die knallharte Wahrheit des Rauchens vors Gesicht halten würde. In lieber, aber dennoch harter Realität.“ (Transkript 3, Z. 116 – 117).

Mona möchte sich über ihre Sorgen aussprechen können und Ratschläge, Techniken und Tipps zum Umgang des Rauchverhaltens ihres Vaters, dessen Unterstützung bei der Entwöhnung und eines nachhaltigen Rauchstopps erhalten. Sie wünscht sich Verständnis für ihre Situation:

„Ein offenes Ohr und Tipps würden schon helfen. Jemand der einen versteht (...) das reicht schon oft aus. Alles andere wäre purer Luxus und willkommen.“ (vgl. Transkript 3, Z. 113 – 114)

Mitunter sollte ein mögliches Unterstützungsprogramm im Hinblick auf die Rauchentwöhnung Beratung, Aufklärung, Unterstützung und therapeutische Maßnahmen beinhalten (vgl. Transkript 3, Z. 123 – 124).

- Formal

Auch Mona kann sich vorstellen, an einer Rauchentwöhnung in Form eines Gruppenangebots teilzunehmen:

Auch Mona befürwortet eine hybride Gestaltung des Programms, da sie befürchtet, dass die gewährleistete Anonymität eine Voraussetzung für die Teilnahme ihres Vaters wäre:

„Hm (...) also es muss auf jeden Fall länger gehen, weil da reichen paar Wochen nicht. Mehrere Monate müssten es schon sein. Dann Präsenz und vielleicht so als Gruppen- aber auch Einzelsitzungen. Ich kenne meinen Vater und er ist sehr stolz... es wäre ihm peinlich da in so einer Gruppe zu sitzen, obwohl es das objektiv nicht ist. (Transkript 3, Z. 120 – 123)

Vermittlungshilfe

Bislang hat weder Mona, noch ihr Vater an einem Entwöhnungsprogramm teilgenommen (vgl. Transkript 3, Z. 99). Hier ergibt sich der Bedarf an Vermittlungshilfe in Form einer Vermittlungsstelle, die Personen über Unterstützungsprogramme zu beispielsweise Rauchentwöhnungsprogrammen informiert, berät und weitervermittelt.

4.4 Lilli

Lilli ist 35 Jahre alt, arbeitet als Konditoreifachverkäuferin und ist ledig. Ihr Bruder hat im Jahr 2018 die Diagnose Lungenkrebs erhalten. Sie ist seit 2019 rauchfrei, hat zu Konsumzeiten 20 Zigaretten pro Tag geraucht. Auch als sie krank war, hat sie weitergeraucht. Ihr Bruder ist ebenfalls seit 2019 Exraucher.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Das medizinische Personal im Krankenhaus in der Onkologie hat ihm dazu geraten, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen erfolgte mit der Diagnosestellung, da der Patient bereits zuvor seit längere Zeit Zigaretten geraucht hat (vgl. Transkript 4, Z. 34 – 36).

Durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Mona beschreibt, dass ihr Bruder an einer Präventionsveranstaltung an der Schule zu dieser Thematik teilnahm (vgl. Transkript 4, Z. 56 - 58).

Durch andere Institutionen (Angehörige:r)

Sie erzählt, dass sie ebenfalls an einem Präventionsprogramm an der Schule teilgenommen hat. Zudem bezieht sie sich auf das allgemein verbreitete Wissen, dass das Rauchen gesundheitliche Schäden verursachen kann. Sie hat auch soweit nicht darüber nachgedacht, mehr zur Thematik zu recherchieren (vgl. Transkript 4, Z. 60 – 63).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Lilli gibt an, dass ihr Bruder zum Zeitpunkt seiner Krebsdiagnose noch geraucht hat. Sie erwähnt, dass er auch Jahre vor der Diagnose Nikotin konsumiert hat. Es ist jedoch nicht genau benannt worden, ob der diagnostizierte Lungenkrebs durch das Rauchverhalten verursacht wurde (vgl. Transkript 4, Z. 12 – 14; 27 - 28).

Nach der Diagnose

Ihr Bruder hat nach der Diagnose kurzzeitig weiter geraucht, bis sie sich nach einigen Monaten gemeinsam dazu entschlossen haben, das Rauchen zu entwöhnen. Bislang scheint ihr Bruder rauchfrei zu leben (vgl. Transkript 4, Z. 52 – 53).

Suchtverhalten

Lilli gibt an, dass sie in vielen Situationen und Phasen noch immer das Bedürfnis hat, zu rauchen. Sie vermutet, dass „*man nie ganz davon loskommt, vielleicht ein Leben lang nicht.*“ (vgl. Transkript 4, Z. 75) Sie äußert, dass ein Unterstützungsprogramm hilfreich wäre, sobald man spürt, dass es häufiger zu diesen Situationen kommt. Diese sollten der Prävention möglicher Rückfälle dienen (vgl. Transkript 4, Z. 72 – 77).

Auswirkungen auf Angehörige

Die Krebsdiagnose hat Lilli nachhaltig beeinflusst. Sie hat sich vermehrt um ihre Gesundheit gesorgt und hat das Rauchen mit der Diagnose assoziiert. Zudem nahm sie Rücksicht auf ihren Bruder und vermied es, in seiner Anwesenheit zu rauchen. Sie wollte ihn scheinbar vor möglichen gesundheitlichen Folgen des passiven Rauchens schützen (vgl. Transkript 4, Z. 45 – 50).

Beziehung zum/ zur Krebspatient:in

Lilli hat eine sehr gute Beziehung zu ihrem Bruder. Sie können offen miteinander kommunizieren und sind „beste Freunde“ (Transkript 4, Z. 26). Dass ihr Bruder an Krebs erkrankt ist, hat sie emotional sehr erschüttert (vgl. ebd.).

(Konflikt-)Thema „Rauchen“

Lilli hat den Patienten auf das Rauchverhalten angesprochen und offen ihre Empfindungen und Ansichten zu diesem Thema geschildert. Es scheint, als hätten sie sich gegenseitig bei der Rauchentwöhnung unterstützt und motiviert. Aufgrund der stabilen Beziehung und der positiven Haltung konnte Mona ihre Sorgen kommunizieren:

„Ja, also wir können ja über alles reden und dann ist es klar, dass ich das schon mal thematisiert habe. Also ich habe ihm vorgeschlagen, dass wir versuchen, zusammen aufzuhören, weil ich habe zu dem Zeitpunkt ja auch geraucht (...) und da dachte ich mir „geteiltes Leid ist halbes Leid“, also dass man gemeinsam das vielleicht eher abgewöhnen kann und man sich dabei auch gegenseitig hilft so.“ (Transkript 4, Z. 38 – 42)

Bedeutung soziale Unterstützung

Aus Lillis Sicht ist die soziale Unterstützung zur Rauchentwöhnung sehr wichtig. Die gegenseitige Motivation hat ihnen zur Rauchentwöhnung verholpen. Sie betont, dass die soziale Unterstützung aus dem Umfeld und die Rauchentwöhnung wirksam und nachhaltig ist, wenn Angehörige und Krebspatient:innen professionell unterstützt und beraten werden und therapeutische Hilfe erhalten. Sie unterstreicht die Relevanz des Angebots in der sozialen und medizinischen Versorgung (vgl. Transkript 4, Z. 137 – 141).

Hilfsangebote

Motivation

Sie schätzt die Motivation zur Teilnahme sehr hoch ein. Sie glaubt, dass sie nachhaltig rauchfrei leben würde, wenn die Entwöhnung zusätzlich professionell begleitet wird. Aus ihrer Sicht könnte so das Risiko eines Rückfalls verringert werden:

„Ich denke schon hoch. Also wir haben es jetzt gemeinsam gemacht und das hat uns viel geholfen, aber ich bin sicher, dass wenn man da auch professionell begleitet wird, dass das auch wirklich präventiv wirken kann. Also ich finde die Idee wirklich gut.“ (Transkript 4, Z. 100 – 102)

- Mehrfachbelastungen

Zudem ist es wichtig, dass die kontinuierliche Teilnahme der Betroffenen unterstützt wird:

„Ich glaube, die Beständigkeit oder das Aufrechterhalten der Motivation ist wichtig. Deshalb ist es besonders wichtig, dass das fachliche Personal eine motivierende und positive Umgebung schafft,

an der die Personen auch gerne teilnehmen. Neben der Krankheit hat man ja auch sehr viel anderes im Alltag, was man erledigen muss. Also Organisatorisches und Ämter-Sachen, dann ist man als Angehöriger ja auch emotionale Unterstützung, obwohl die Krankheit einen selbst belastet. Also wenn Personen mit krebserkrankten Angehörigen erscheinen, müsste man eben davon ausgehen, dass das Thema Belastungen, Krebserkrankungen etc. wahrscheinlich öfters aufkommt, auch wenn man eigentlich zur Rauchentwöhnung da ist. Also wichtig ist auch, dass der Raum für verschiedene Themen geschaffen wird, für die Entwöhnung, für die Sorgen und den Austausch von Erfahrungen.“ (Transkript 3, Z. 112 – 121).

Lilli beschreibt hier auch die Herausforderungen der Teilnahme an einem Unterstützungsprogramm wie zum Beispiel eine Rauchentwöhnung. Eine Herausforderung kann aus ihrer Sicht die kontinuierliche Teilnahme an einem möglichen Rauchentwöhnungsprogramm sein, welches durch die Mehrfachbelastungen der Angehörigen und Krebspatient:innen eingeschränkt werden kann (vgl.ebd.).

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltlich

Lilli wünscht sich einen Raum, in welchem sich Betroffene austauschen und gegenseitig motivieren können. Mitunter sind therapeutische Maßnahmen wichtig, um die Rauchentwöhnung der Betroffenen zu unterstützen (vgl. Transkript 4, Z. 104 – 108). Zudem haben Betroffene unterschiedliche Bedarfe, die besprochen und gedeckt werden müssten (vgl. ebd.).

- Formal

Sie erwähnt, dass eine angemessene Dauer des Entwöhnungsprogramms wichtig wäre, damit kein Druck entsteht, möglichst vor dem Ende des Programms rauchfrei zu sein. Sie merkt an, dass eine kurze Dauer keine wirksame Entwöhnung fördert:

„Und dass man ohne Druck der Entwöhnung angehen kann, also wenn jetzt beispielsweise nur ein Monat so ein Programm durchführt, ist es vermutlich nicht ganz so wirksam. Also eine angemessene Länge wäre auch wichtig.“ (Transkript 4, Z. 124 - 126)

Vermittlungshilfe

Lilli hebt hervor, dass ein Unterstützungsangebot in Form einer Weitervermittlung eingeführt werden müsste. Hier können Betroffene individuell Information und Beratung erhalten, sowie an Unterstützungsprogramme weitervermittelt werden. So könne ebenfalls eine Informationslücke geschlossen werden (vgl. Transkript 4, Z. 95).

4.5 Dilara

Dilara ist 27 Jahre alt und arbeitet als Projektmanagerin. Sie ist ledig und seit ca. 3 Monaten rauchfrei. Zu Konsumzeiten hat sie ca. sieben Zigaretten geraucht. Wenn sie krank war, hat sie keine Zigaretten geraucht. Bei ihrem Onkel wurde 2017 Kehlkopfkrebs diagnostiziert. Sie gibt an, dass er bis heute weiterhin Zigaretten raucht.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Das Rauchverhalten des an Lungenkrebs erkrankten Onkels wurde nicht in der Anwesenheit eines/r Angehörigen thematisiert, obwohl er zu diesem Zeitpunkt geraucht hat (vgl. Transkript 5, Z. 30 – 33).

Durch andere Institutionen (Krebspatient:innen)

Dilara vermutet, dass ihr Onkel nie über die Folgen von andauerndem Rauchkonsum aufgeklärt wurde. Zudem glaubt sie, dass es keine Präventionsprogramme während der Schulzeit ihres Onkels in der Türkei existierte. Auch erwähnt sie, dass die Tatsache, dass Zigarettenkonsum schädlich ist, ein bekanntes Problem unter der Bevölkerung sei (vgl. Transkript 5, Z. 74 – 76).

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)

Auch Dilara erinnert sich kaum an die Präventionsprogramme ihrer Schule. Zudem gibt sie an, dass sie nie eine Aufklärung zum Thema Zigarettenkonsum erhalten hat, sondern zu den Folgen von Alkoholmissbrauch (vgl. Transkript 5, Z. 78 – 80).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Trotz der Sorgen der Angehörigen hat ihr Onkel weiterhin Nikotin konsumiert. Auch Dilara hat bereits Jahre zuvor und zum Zeitpunkt Zigaretten geraucht, jedoch begleitet von ihrem schlechten Gewissen und der Angst, dass sie ebenfalls an Krebs erkranken könnte (vgl. Transkript 5, Z. 45 - 47).

Nach der Diagnose

Dilara hat nach der Diagnose noch ein Jahr weitergeraucht. Momentan führt sie eine Rauchentwöhnung eigenständig durch, welches mitunter durch die Diagnose ihres Onkels ausgelöst wurde. Bislang ist sie seit drei Monaten rauchfrei (vgl. Transkript 5, Z. 54 - 55).

Suchtverhalten

Dilara beschreibt, dass es ihr schwergefallen ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Aspekte wie die Mehrfachbelastung durch ihr Studium, ihrer Arbeit, der Pflege ihres Onkels und den damit verbundenen Stress erschwerten ihre Rauchentwöhnung. Durch die zusätzliche Diagnose ihres Onkels schien ihr Stresspegel und damit ihr Rauchkonsum gestiegen zu sein. Zu dieser Lebensphase schien die Rauchentwöhnung unmöglich zu sein, da das Rauchen als kurzfristige Bewältigungsstrategie fungierte (vgl. Transkript 5, Z. 47 – 53).

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Das Rauchverhalten ihres Onkels wurde bereits zum Zeitpunkt der Diagnose innerhalb des Angehörigenkreises thematisiert. Mittlerweile haben die Angehörigen aufgehört, ihrem Onkel zuzureden, eine Rauchentwöhnung zu machen, da dies bislang keine Wirkung gezeigt hat. Dilara beschreibt, dass die Familie häufig mit ihm darüber diskutiert hat und sie dies nun vermeiden möchte, trotz der Sorgen um die Gesundheit ihres Onkels. Sie möchte die Harmonie der Beziehung durch die ständigen Diskussionen über sein Rauchverhalten nicht gefährden (vgl. Transkript 5, Z. 35 – 40).

- Umgang mit Rauchverhalten

Dilara beschreibt, dass sie ihre Empfindungen über das Rauchverhaltens ihres Onkels offen mitgeteilt hat. Auch hat sie ihm ihre Unterstützung angeboten, wie beispielsweise eine gemeinsame Rauchentwöhnung. Neben den Recherchen nach Hilfsangeboten glaubt sie, dass ihr Onkel keine Hilfe in Anspruch genommen hat, weil er gestresst ist und andere Problemlagen zu bewältigen hat (vgl. Transkript 5, Z. 58 – 62).

- Handlungsfähigkeit

Dilara bemühte sich, ihren Onkel zu unterstützen. Sie betrieb auch Recherchen zu möglichen Hilfsangeboten, jedoch fand sie keine passenden Angebote zur Rauchentwöhnung, an der auch Angehörige von Krebserkrankten teilnehmen können:

„Ich habe auch mal recherchiert, was es so für Hilfsangebote gibt, aber irgendwie passte das alles nicht so und ja, er schien dafür nicht bereit zu sein. Weil ihn das in dem Moment glaube ich gestresst hat, und ja (...). Ich habe akzeptiert, dass er Zeit braucht und dass er gerade andere Probleme hat.“ (Transkript 5, Z. 59 – 62)

Dilara äußert, dass sie sich hilflos fühlt. Sie schien sich alleine mit ihrer Situation zu fühlen und wusste nicht, wie mit ihrer Handlungsunfähigkeit umgehen sollte:

„Ich war irgendwie überfordert, also ich wusste gar nicht so recht, was ich machen sollte, wie ich ihm helfen kann. Es war schwer, das mit anzusehen, wie er sich damit nur Schlechtes tut.“ (Transkript 5, Z. 64 – 66)

- Wohlbefinden

Sie hebt hervor, dass auch Angehörige unter der Krebserkrankung von Patient:innen leiden. Scheinbar hat sich die Situation negativ auf ihr Wohlbefinden ausgewirkt. Sie gibt an, psychisch unter der Situation zu leiden:

„Sie leiden auch unter der Erkrankung. Zwar nicht direkt, ist ja nicht zu vergleichen, aber psychisch kann sich das auch negativ auswirken. Zumindest hat es sich negativ auf mein Wohlbefinden ausgewirkt. Wir sind dann mit unseren eigenen Sachen bereits belastet und aber möchten natürlich für unsere Angehörigen da sein und helfen.“ (Transkript 5, Z. 91 – 94)

Eigene Rauchentwöhnung

Dilara hat nach der Diagnose zwar weiter Zigaretten geraucht und besaß währenddessen ein schlechtes Gewissen, da sie sich davor fürchtete, wie ihr Onkel an Krebs zu erkranken. Die Krebserkrankung ihres Onkels hat sie sehr getroffen und dazu geführt, dass sie das Rauchen entwöhnen wollte. Sie hatte Schwierigkeiten, das Rauchen zu entwöhnen, da die Beschaffung sehr niedrigschwellig ist und für sie in den stressigen Lebensphasen eine kurzfristig entspannende Wirkung hatte. Sie beschreibt ihre Rauchentwöhnung als einen prägenden Prozess, der jedoch durch die Diagnose ihres Onkels angestoßen wurde (vgl. Transkript 5, Z. 45 – 53).

Beziehung zum/ Patient:in

Konfliktthema Rauchen

Für Dilara stellte das Rauchen ein Konfliktthema dar, dessen Ansprache konstant vermieden wurde, um die Beziehung nicht zu strapazieren. Dieses Thema scheint somit auch eine negative Auswirkung auf die Beziehung zwischen Krebspatient und Angehörige zu haben (vgl. Transkript 5, Z.). Allgemein hat sie jedoch eine enge Beziehung zu ihrem Onkel (vgl. Transkript 5, Z. 35 – 40).

Bedeutung soziale Unterstützung

Sie weist der sozialen Unterstützung eine hohe Bedeutung zu. Sie merkt an, dass zu den Angehörigen ebenfalls enge Freund:innen gehören, da manche Krebspatient:innen keine Familienangehörige mehr haben. Diese sollten ebenfalls die Möglichkeit bekommen, an den Programmen teilnehmen zu können (vgl. Transkript 5, Z. 133 – 135).

Hilfsangebote

Motivation

Dilara vermutet, dass rauchende Krebspatient:innen einen hohen Bedarf an Unterstützungsangeboten aufweisen. Sie unterscheidet zwischen individuellen Lebenslagen und den Bedürfnissen, die daran angepasst werden und in der medizinischen Versorgung abgedeckt werden müssten:

„Ich denke, sehr hoch, weil man so in dieser Situation nicht alleine gelassen wird. Es sind unterschiedliche Lebenslagen und schwierige Lebensphasen, in denen diese Menschen stecken und da gibt es unterschiedliche Bedarfe die auch in der medizinischen Versorgung abgedeckt werden müssten. Wie beispielsweise die Weitervermittlung an passenden Hilfsangeboten, oder wie dieses Thema hier, die Rauchentwöhnung für krebserkrankte Menschen, die alleine nicht die Kraft besitzen, aufzuhören.“ (Transkript 5, Z. 83 – 88).

Aus ihrer Sicht haben Angehörige ebenfalls einen hohen Bedarf an Unterstützungsprogrammen. Sie betont, dass Angehörige ebenfalls unter der Krebserkrankung der Patient:innen leiden. Sie benötigen ebenfalls Unterstützung bei der Entwöhnung, beim Erfahrungsaustausch und in bürokratischen Angelegenheiten. Sie hebt hervor, dass sie als Angehörige eine stützende Rolle für ihren Onkel einnimmt und sich wünscht, in den Prozessen mehr einbezogen zu werden (vgl. Transkript 5, Z. 67 – 68). Bislang haben sie und ihr Onkel noch an keinem Unterstützungsprogramm teilgenommen, jedoch wünscht sie sich so eines für sich und ihren Onkel (vgl. Transkript 5, Z. 108 – 114). Sie beschreibt, dass ihr Onkel aufgrund der sprachlichen Barriere mit Angehörigen an so einem Programm teilnehmen würde:

„Ich denke auch, dass es hoch wäre. Er möchte sowas halt einfach nicht alleine machen, also gerade wegen der sprachlichen Barriere. Deshalb wäre es gut, wenn diese auch mehrsprachig eventuell zur Verfügung gestellt wird, damit auch viele andere Personen teilnehmen können, damit das keine Hürde ist.“ (Transkript 5, Z. 116 – 119)

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltliche Gestaltung

Dilara zieht ebenfalls ein Gruppenangebot vor, in welchem Betroffene das Rauchen gemeinsam entwöhnen:

„Auf jeden Fall, dass man zusammen mit den erkrankten Angehörigen hin kann, dass man vielleicht zusammen so eine Rauchentwöhnung macht. Ich kann mir gut vorstellen, dass es in einem größeren Gruppenkontext funktionieren kann, also mit Menschen, die genauso aufhören wollen und in einer ähnlichen Lebenslage sind. Aber auch Vermittlungshilfe und ja, dass man quasi begleitet wird professionell.“ (Transkript 5, Z. 122 – 126)

- Formale Gestaltung

Die Angebote sollten zentral oder für Angehörige gut erreichbar sein. Dilara schlägt vor, ein hybrides Angebot in Form von Gruppen - und Einzelsitzungen zu schaffen. In den Einzelsitzungen könnte so spezifischer auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden (vgl. Transkript 5, Z. 128 – 130).

Vermittlungshilfe

„Also ich hätte mir vielleicht gewünscht, dass ich mehr Infos hätte darüber, was es für Angebote gibt. Aber für mich gab es einfach nicht so viel, also wo ich auch mehr mit einbezogen werde. Er kann ja nicht so gut Deutsch und ja, ich müsste theoretisch halt dabei sein, weil ich besser kommunizieren kann mit dem Menschen. Ich glaube, dass ist auch so ein Grund, warum er das abgelehnt hat, weil er nicht wollte, dass ich wegen ihm noch mehr Stress habe und er eben Hilfe braucht, sowas zu regeln.“ (Transkript 5, Z. 66 – 71)

Auch sollten die Vermittlungsstellen und mögliche Entwöhnungsprogramme dazu in der Lage sein, Betroffene möglichst in anderen Fremdsprachen beraten zu können, um die sprachliche Barriere zu überwinden (vgl. Transkript 5, Z. 116 – 119).

4.6 Justin

Justin ist 26 Jahre alt und ledig. Er arbeitet als Bankkaufmann. Er ist seit 2020 rauchfrei und hat zu Konsumzeiten 10 bis 15 Zigaretten am Tag geraucht. Dies tat er auch, wenn er krank war. Er glaubt, dass seine Mutter heute immernoch Zigaretten raucht. Bei ihr wurde im April 2019 Kehlkopfkrebs diagnostiziert.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Das Rauchverhalten seiner Mutter wurde zum Zeitpunkt der Diagnose nicht vom medizinischen Personal thematisiert, trotz der Kehlkopfkrebsdiagnose und ihres vorherigen Rauchverhaltens (vgl. Transkript 6, Z. 39 – 41).

Andere Institutionen (Krebspatient:in)

Justin erwähnt, dass seine Mutter keine Aufklärung über die Folgen ihres Rauchens erhalten hat. Er beschreibt, dass sie durch die Werbung auf Zigarettenpackungen aufgeklärt worden ist (vgl. Transkript 6, Z. 79 – 81).

Andere Institutionen (Angehörige)

Er nahm an einem Alkohol- und Rauchpräventionskurs in der Schule teil. Im Rahmen eines Schulausflugs nahm er an einer Ausstellung teil, welche die Folgen vom Rauchkonsum visuell darstellte. Dies hat bei Justin einen abschreckenden Eindruck hinterlassen. Zudem sieht er Zigaretten ebenfalls als Droge (vgl. Transkript 6, Z. 83 – 90).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Zum Zeitpunkt der Diagnose hat die Mutter von Justin bereits seit mehreren Jahren Zigaretten geraucht. Auch Justin hat zu dieser Zeit seit einigen Jahren geraucht (vgl. Transkript 6, Z. 52 ff.)

Nach der Diagnose

Die Mutter von Justin raucht laut Justin bis heute noch Zigaretten, wobei Justin noch ein Jahr nach der Diagnose weitergeraucht hat (vgl. Transkript 6, 52 – 53).

Suchtverhalten

Hierzu gibt es keine konkreten Angaben.

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Justin hat seine Mutter auf das Rauchverhalten zum Zeitpunkt und nach der Diagnose angesprochen. Er beschreibt, dass die Konversationen zu diesem Thema sehr unangenehm waren und die Atmosphäre zerstört. Zudem erzählt er, dass sie sich aufgrund ihres Rauchverhaltens gegenseitig Vorwürfe gemacht haben (vgl. Transkript 6, Z. 43 – 47). Justin erwähnt, dass das Thema Rauchen ein sensibles Thema ist und seine Mutter mit Wutanfällen darauf reagiert hätte (vgl. Transkript 6, Z. 49 - 50).

- Umgang mit Rauchverhalten

Nach der Krebsdiagnose hat Justin noch Jahre weitergeraucht, jedoch aufgehört. Er gibt an, dass er seiner Mutter ein Beispiel sein wollte und sie dazu motivieren, ebenfalls aufzuhören. Zudem wollte er nicht, dass seine Mutter ihm sein eigenes Rauchverhalten vorwirft:

„Ja schon, also es hat mich schon geprägt. Ich habe nach der Diagnose ja noch weiter geraucht und dann habe dann ein Jahr nach der Diagnose aufgehört. Ich wollte meiner Mutter halt ein Beispiel sein, dass ich es schaffe und sie es auch schaffen kann. Außerdem könnte sie mir das ja nicht vorhalten, wenn ich sie davon überzeugen möchte. Es macht ja kein Sinn, selber weiterzumachen damit und aber gleichzeitig mit seinem Finger auf andere zu zeigen (...). Außerdem ist es halt teuer und ja (...) ungesund und selbst möchte man ja nicht daran erkranken.“ (Transkript 6, Z. 52 – 58)

Justin hat jedoch akzeptiert, dass seine Mutter keine Nikotinentwöhnung vornimmt. Er hat sich von dieser Thematik distanziert und ihr Rauchverhalten ausgeblendet (vgl. Transkript 6, Z. 60 – 62).

- Handlungsunfähigkeit

Justin hat sich mit seiner Schwester über das Rauchverhalten der Mutter ausgetauscht. Ihm fiel es schwer, das Rauchverhalten seiner Mutter auszuhalten. Aus diesem Grund hat er sich

mit seiner Schwester über mögliche Hilfsmaßnahmen ausgetauscht, um sie aktiv zu unterstützen und dem Gefühl von Hilflosigkeit entgegenzuwirken (vgl. Transkript 6, Z. 64 – 68).

Justin beschreibt, dass das Gefühl von Hilflosigkeit eine der unangenehmsten Gefühle während des Rauchverhaltens seiner Mutter zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose war. Die Unterstützung seiner Schwester hat ihm geholfen, die Situation zu bewältigen (vgl. Transkript 6, Z. 70 - 72). Justin hätte sich in dieser Situation professionelle Beratung oder eine Anlaufstelle gewünscht, in der er Unterstützung erhalten hätte. Zudem fehlte ihm der Austausch mit anderen Betroffenen, die in einer ähnlichen Situation sind wie er (vgl. Transkript 6, Z. 72 – 75).

Beziehung zum Krebspatient:in

Die Beziehung zwischen Justin und seiner Mutter beschreibt er als schwierig. Momentan haben sie selten Kontakt, da sich der anhaltende Kontakt negativ auf ihn auswirkt. Er beschreibt, dass sowohl er und seine Schwestern unter der Beziehung litten (vgl. Transkript 6, Z. 28 – 33).

Bedeutung sozialer Unterstützung

Für Justin ist die soziale Unterstützung ebenfalls sehr wertvoll, da er sich über Hilfsmöglichkeiten mit seiner Schwester ausgetauscht hat. Zudem hat ihm die Unterstützung seiner Schwester geholfen, einen Nikotinrückfall zu bewältigen (vgl. Transkript 6, Z. 167 - 169).

Hilfsangebote

Motivation

Justin schätzt die Motivation und den Bedarf der Teilnahme von Patient:innen sehr hoch ein, da er nachvollziehen kann, wie schwierig die Bewältigung einer Rauchentwöhnung ist. Die Durchführung im professionellen Rahmen könnte den Erfolg einer Rauchentwöhnung sicherstellen (vgl. Transkript 6, Z. 93 – 96). Er als Angehöriger besitzt ebenfalls eine hohe Motivation, an einem möglichen Entwöhnungsprogramm teilzunehmen, da er Techniken erhält, die ihm dabei helfen, mit seiner Situation umzugehen (vgl. Transkript 6, Z. 101 – 102).

- Herausforderungen

Hierbei sieht Justin die Mehrfachbelastung als Herausforderung, da der/ die Patient:in beispielsweise Arzt-Termine wahrnehmen und andere alltägliche organisatorische Aufgaben im Alltag bewältigen muss. Die Motivation an der Teilnahme könnte durch diese Alltagsbelastungen eingeschränkt sein (vgl. Transkript 6, Z. 96 - 99). Er merkt an, dass Krebspatient:innen aufgrund der Erkrankungen generell unter einer größeren Stressbelastung stehen und die

Zigarette meist ein Mittel zur Senkung des Stresspegels genutzt wird. Er erwähnt, dass Patient:innen auch unter psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel unter Depressionen leiden und dies die Motivation zur Teilnahme einschränken können:

„Negativ nicht wirklich, aber ich glaube, wenn man an so einer Erkrankung leidet und der Stresspegel eh so hoch ist, dass das mit der Entwöhnung etwas schwieriger wird, weil man dann eben doch zur Zigarette greift, um das Stresslevel mit den ganzen Hürden des Alltags und der Bekämpfung der Erkrankung senken will. Und also ich kann mir auch vorstellen, dass manche Patienten andere Erkrankungen haben wie Depressionen und so weiter. Ich weiß nicht, wie es da mit der Motivation aussieht oder ob jetzt noch so ein Rauchentzug, was ja meist mit Entzugserscheinungen einhergeht, durchführbar ist.“ (Transkript 6, Z. 119 – 125)

Eine weitere Herausforderung zur Teilnahme könnte das Verhältnis zwischen Angehörigen und Krebspatient:innen sein. Justin und seine Mutter haben ein schwieriges Verhältnis zueinander. Er erwähnt, dass dies seine Teilnahme verhindern könnte (vgl. Transkript 6, Z. 135 – 140). Zudem sollten die Sitzungen von der Krankenkasse finanziert werden, dabei sollten so viele Sitzungen wie nötig finanziert werden, da sich ein abrupter Abbruch kontraproduktiv auf die Entwöhnung auswirken könnte (vgl. Transkript 6, Z. 149 – 154).

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltliche Gestaltung

Justin wünscht sich einen Austausch von Erfahrungen innerhalb der Gruppe, in welcher sich Betroffene gegenseitig bestärken, emotional unterstützen und beraten können. Zudem sollte in den Einzelsitzungen die Aufklärung über gesundheitliche Folgen von Nikotinkonsum vertieft werden. Auch sind therapeutische Maßnahmen in den Einzelsitzungen wichtig (vgl. Transkript 6, Z. 142 - 147). Justin hätte sich für eine Situation Unterstützung im Umgang mit dem Rauchverhalten seiner Mutter gewünscht. Dazu gehört auch die Verbesserung der Kommunikation zwischen Justin und seiner Mutter. Mitunter ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots, sowie druckfreie therapeutische Unterstützung und Beratung für ein langfristig rauchfreies Leben relevant (vgl. Transkript 6, Z. 157 – 162).

- Formale Gestaltung

Das Entwöhnungsprogramm könnte sowohl in Gruppen- als auch in Einzelsitzungen stattfinden (vgl. Transkript 6, Z. 121 f.). Das Entwöhnungsprogramm sollte in Präsenz stattfinden un zwar so, dass diese gut neben anderen Terminen und alltäglichen Belastungen wahrgenommen werden können (vgl. Transkript 6, Z. 164 – 165).

Vermittlungshilfe

Dazu gibt es keine konkreten Angaben.

4.7 Silvano

Silvano ist 30 Jahre alt und ledig. Er ist als Sozialarbeiter tätig. Momentan raucht er 15 Zigaretten pro Tag, auch wenn er krank ist. Sein Vater erhielt im Jahr 2020 die Diagnose Lungenkrebs, auch er raucht immernoch.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Silvano gibt an, dass das Rauchen zum Zeitpunkt der Diagnose nicht vom medizinischen Personal in der Klinik thematisiert wurde (vgl. Transkript 7, Z. 36 – 38).

Aufklärung durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Silvanos Vater wurde kaum über die Folgen aufgeklärt. Er gibt an, dass die Aufklärung zu der Zeit als sein Vater angefangen hat mit dem Rauchen nicht priorisiert oder weit verbreitet war. Lediglich die Werbung auf den Zigarettenschachteln seien die Aufklärung gewesen (vgl. Transkript 7, 85 – 88).

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige:r)

Im schulischen Kontext wurde er innerhalb einer Pflichtveranstaltung zum Thema Rauchen aufgeklärt (vgl. Transkript 7, Z. 90 – 91).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Silvano hat bereits vor der Diagnose des Vaters geraucht, da ab diesem Ereignis versuchte, zu entwöhnen und Rückfälle erlitt (vgl. Transkript 7, Z. 48 ff). Auch sein Vater rauchte bereits vor der Diagnose (vgl. Transkript 7, Z. 56 – 58).

Nach der Diagnose

Auch nach der Diagnose rauchen beide bislang weiter (vgl. Transkript 7, Z. 16 – 18).

Suchtverhalten

Silvano beschreibt die Nikotinsucht als einen Teufelskreis, in welchem er versucht, die Anspannung zu reduzieren, jedoch diese Anspannung aufgrund des Entzugs erneut stärker ansteigt. Als er aufhören wollte, empfand er Entzugssymptome wie Unruhe, Gereiztheit und Schweißausbrüche (vgl. Transkript 7, Z. 121 – 130). Aus seiner Sicht muss es „klicken“ (vgl.

ebd.). Aufgrund der Mehrfachbelastungen durch Studium, Arbeit und der Erkrankung des Vaters wären die Entzugssymptome schwieriger zu bewältigen (vgl. Transkript 7, Z. 126 f.).

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Silvano erzählt, dass er seinem Vater in früheren Zeiten regelmäßig davon abgeraten hat, zu rauchen, da dies ungesund ist. Vor fünf Jahren hat der Vater versucht, das Rauchen zu entwöhnen, was nicht funktionierte. Neben Silvano haben ihm auch andere Angehörige davon abgeraten (vgl. Transkript 7, Z. 40 – 45). Das Thema Rauchen ist aktuell ein konfliktbehaftetes Thema. Der Vater von Silvano kann nicht mit dem Rauchverhalten seines Sohnes umgehen und wird wütend, sobald er ihn dabei erwischt. Auch Silvano wird wütend, wenn er bemerkt, dass sein Vater raucht. Es kommt vor, dass beide anfangen, miteinander zu streiten (vgl. Transkript 7, Z. 61 – 67).

- Umgang mit Rauchverhalten

Der Vater von Silvano raucht heimlich, sodass Silvano dies nicht mitkriegt. Somit wird das Konflikt und die Diskussion um das Rauchen vermieden und verdrängt (vgl. Transkript 7, Z. 69 – 73).

- Handlungsunfähigkeit

Dazu gibt es keine konkreten Aussagen.

Beziehung zur/ zum Patient:in

Die Beziehung zwischen Silvano und seinem Vater ist sehr innig. Silvano sieht ihn als ein Vorbild. Der Vater hat sich um Silvano gekümmert, als er psychische Probleme hatte, somit nimmt sein Vater eine wichtige Rolle in seinem Leben ein (vgl. Transkript 7, Z. 27 – 30).

(Konflikt-)Thema „Rauchen“

Wie bereits beschrieben, wird das Thema Rauchen kaum angesprochen, sondern verdrängt, damit potentielle Streitigkeiten vermieden werden (vgl. Transkript 7, Z. 69 – 73).

Bedeutung soziale Unterstützung

Die Bedeutung der sozialen Unterstützung ist sehr groß. Die Unterstützung seiner Freund:innen hat Silvano in seiner versuchten Rauchentwöhnung bestärkt. Silvano erwähnt, dass die Kombination professioneller Unterstützungsmaßnahmen und der sozialen Unterstützung aus

dem Angehörigenkreis die Chancen einer erfolgreichen Rauchentwöhnung nachhaltig vergrößern könnten (vgl. Transkript 7, 198 – 203).

Hilfsangebote

Motivation

Silvano schätzt die Motivation der Krebspatient:innen zur Teilnahme an diesen Programmen sehr hoch ein. Aus eigener Erfahrung betont er, dass es sehr schwierig ist, ohne Unterstützung aufzuhören, trotz scheinbarer Lungenkrebserkrankung. Für seinen Vater würde sich die Teilnahme an einem möglichen Programm lohnen:

„Das Ding ist, dass es ja noch nicht zu spät wäre, also er könnte ja noch kämpfen und dazu gehört eben auch, mit dem Rauchen aufzuhören. Aber offensichtlich schafft er es alleine nicht.“ (Transkript 7, Z. 97 – 99)

Silvanos Motivation zur Teilnahme ist ebenfalls hoch. Der Bedarf einer Rauchentwöhnung im professionellen Rahmen, sowie die Aufklärung und der gegenseitige Austausch von Betroffenen scheint aus seiner Sicht sowohl von Krebspatient:innen, als auch von Angehörigen zu bestehen (vgl. Transkript 7, Z. 101 – 103). Silvano sieht das Fehlen von Entwöhnungsprogrammen für Krebspatient:innen und Angehörige als „Lücke“ in der medizinischen Versorgung, da andere Menschen vermutlich in einer ähnlichen Situation sind und ebenfalls Unterstützungsbedarf haben (vgl. Transkript 7, Z. 155 – 159).

- Herausforderungen der Teilnahme

Für Silvano könnte die Mehrfachbelastung die Teilnahme herausfordern. Zu diesen gehören physische Symptome, wie auch Gereiztheit und Unruhe. Neben der Diagnose des Vaters, der alltäglichen Aufgaben und den privaten Problemen könnte dies die Bereitschaft an der Teilnahme auf Dauer beeinflussen (vgl. Transkript 7, Z. 125 – 130).

Für seinen Vater kämen womöglich ähnliche Entzugssymptome hinzu, die er während der Krebserkrankung bewältigen müsste. Neben den alltäglichen Terminen könnte die Wahrnehmung der Sitzungen beeinträchtigt werden (vgl. Transkript 7, Z. 134 – 138).

Für Krebspatient:innen könnte die Motivation bestehen, solange eine Chance besteht, geheilt zu werden. Krebserkrankte, welche kaum Chancen auf Heilung besitzen, würden aus Silvanos Sicht weniger Motivation aufbringen, an einem Rauchentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Vordergründig stünde das Genießen der letzten Lebenszeit (vgl. Transkript 7, Z. 172 – 177).

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltliche Gestaltung

Da weder Silvano, noch sein Vater an einem Entwöhnungs- oder Unterstützungsprogramm teilgenommen haben, würde er das Programm in Gruppenform gestalten, in der ein gegenseitiger Austausch und motivierende Gespräche stattfinden (vgl. Transkript 7, Z. 122 – 124; 129 – 131). Auch sollten therapeutische Maßnahmen und Beratung in den Gruppen- und Einzelsitzungen angeboten werden (vgl. Transkript 7, Z. 167). Das Gemeinschaftsgefühl, gemeinsam ein Ziel zu verfolgen und zu erreichen, sieht Silvano als einen wichtigen Aspekt der inhaltlichen Gestaltung an (vgl. Transkript 7, Z. 127 – 132; 185 – 189).

- Formale Gestaltung

Die Sitzungen sollten in Gruppen - und Einzelform stattfinden. Zu Beginn sollten die Gruppen professionell begleitet werden, bis diese dazu in der Lage sind, sich selbstständig zu unterstützen. Parallel sollte das Angebot der professionellen Unterstützung jedoch bestehen, falls die Gruppe diese benötigt (vgl. Transkript 7, Z. 165 – 170).

Die Fachkräfte, welche die Gruppen – und Einzelsitzungen begleiten, sollten in der Suchtberatung und Gruppenarbeit ausgebildet sein. Auch sollten diese im Bereich der Psychologie gearbeitet oder über psychologische Kenntnisse verfügen (Transkript 7, Z. 160 – 165).

Vermittlungshilfe

Er findet, dass das medizinische Personal an mögliche Unterstützungsprogramme verweisen sollte, falls Patient:innen eine Krebsdiagnose erhalten und Raucher:innen sind (vgl. Transkript 7, Z. 193 – 195).

4.8 Bianca

Bianca ist 33 Jahre alt und arbeitet als Bewährungshelferin. Sie ist verheiratet und ist rauchfrei. Sie hat zu Konsumzeiten gelegentlich geraucht, meistens am Wochenende. Das Rauchverhalten nahm in der Zeitspanne von 2010 bis 2016 stetig zu. In der Endphase rauchte sie zehn Zigaretten am Tag, auch, wenn sie krank war. Ihre Mutter hat die Diagnose Darmkrebs im Jahr 2010 erhalten und ist an den Folgen der Erkrankung verstorben. Die Mutter selbst hörte zum Zeitpunkt der Diagnose mit dem Rauchen auf.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Bianca beschreibt, dass das Rauchverhalten der Mutter zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose nicht thematisiert wurde. Sie vermutet, dass es an der Darmkrebsdiagnose gelegen hat und

der Zusammenhang eher vermutet worden wäre, wenn sie Lungenkrebs gehabt hätte (vgl. Transkript 8, Z. 73 – 80).

Durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Bianca glaubt, dass ihrer Mutter während der Schwangerschaft empfohlen wurde, nicht zu rauchen. Jedoch hatte sie keine weitere Aufklärung über die Thematik erhalten (vgl. Transkript 8, Z. 126 – 130).

Durch andere Institutionen (Angehörige:r)

Scheinbar erhielt sie keine Aufklärung durch eine Institution, sondern ihre Eltern. Diese haben sie über die Folgen von Rauchkonsum aufgeklärt und ihrer Tochter diesen verboten (vgl. Transkript 8, Z. 133 – 137).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Biancas Mutter hat vor der Diagnose bereits vor der Geburt und nach dieser geraucht, bis zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose (vgl. Transkript 8, Z. 67 - 68).

Nach der Diagnose

Biancas Mutter hat nach der Krebsdiagnose ihr Rauchverhalten entwöhnt (vgl. Transkript 8, Z. 67). Die Krebsdiagnose scheint hier ein ausschlaggebender Grund für die Entwöhnung gewesen zu sein.

Suchtverhalten

Auch innerhalb der Familie konnte Bianca Suchtverhalten beobachten:

„Allerdings war es dann nach dem Tod meiner Mutter, da erinnere ich noch, dass mein Vater es tatsächlich sagte am nächsten Tag: „Ich war echt kurz davor zu rauchen. Einfach um den Stress abzubauen in dem Moment.“ Und das fand ich sehr erschreckend. Weil er zu dem Zeitpunkt ja auch schon fast 20 Jahre ohne Zigarette war. Hat er aber nicht getan, zum Glück.“ (Transkript 8, Z. 103 – 107)

Während des Studiums begann sie, erneut Zigaretten zu rauchen, um den Stress zu reduzieren. Sie beschreibt, dass sie „nicht mehr so den Zusammenhang sehen wollte, als dann die Sucht begann.“ (vgl. Transkript 8, 108 – 109).

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Bianca berichtet, dass ihre Mutter zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose nicht wusste, dass sie Zigaretten raucht. Das Rauchen hat Bianca niemals innerhalb des Familienkreises thematisiert. Zuvor hat ihre Mutter das Rauchverhalten vor ihr offen ausgelebt, jedoch kaum über den Konsum gesprochen (vgl. Transkript 8, Z. 85 – 89).

- Umgang mit Rauchverhalten

Die Krebsdiagnose hat Biancas eigenes Rauchverhalten beeinflusst. Sie rauchte auf Feiern keine Zigaretten mehr, da ein Elternteil ihrer Freundin an Lungenkrebs erkrankt ist und dies innerhalb des Freundeskreises thematisiert wurde. Hier war die explizite Diagnose Lungenkrebs ausschlaggebend für den Rauchstopp (vgl. Transkript 8, Z. 98 – 103). Ihr Rauchverhalten hat sich auf langfristiger Sicht nicht sehr verändert, da sie immernoch in stressigen Phasen Zigaretten raucht (vgl. Transkript 8, Z. 110 – 113).

- Handlungsunfähigkeit

Hierzu gibt es keine konkreten Angaben.

Beziehung zum/ zur Patient:in

Die Beziehung zu ihrer Mutter war sehr eng (vgl. Transkript 8, Z. 58).

Konfliktthema „Rauchen“

Bianca hatte immer ein offenes Verhältnis zu ihrer Mutter bzw. zu ihren Eltern. Sie konnten offen über alle Themen kommunizieren. Das Thema Rauchen war jedoch ein „*rotes Tuch*“ (Transkript 8, Z. 142) für beide Elternteile. Selbst als sie volljährig wurde, konnte sie ihnen nicht sagen, dass sie ab und zu Nikotin konsumiert (vgl. Transkript 8, Z. 138 – 142).

Bedeutung soziale Unterstützung

Bianca erwähnt, dass die soziale Unterstützung bei der Rauchentwöhnung von hoher Bedeutung ist. Diese erhielt von ihrem Ehemann. Diese Unterstützung nahm sie von einer nahestehenden Person an. Hätte sie diese jedoch von Außenstehenden erhalten, hätten diese keine Wirkung gezeigt:

„(...) Also, ich habe gemeinsam mit meinem Freund aufgehört, jetzt Mann, zu rauchen. Das war halt super unterstützend. Ich glaube, hätte einer von uns beiden weiter geraucht, dann wären wir auch niemals an diesen (lacht) Punkt gekommen, dass wir wirklich aufhören. Genau. Ich glaube, so den Support von außen, den wollte ich gar nicht so. Weil der mir unglaublich viel Druck gemacht hat (...).“ (Transkript 8, Z. 238 – 242)

Hilfsangebote

Motivation

Bianca schätzt, dass Patient:innen einen hohen Bedarf an Unterstützungsprogrammen besitzen. Die Sucht und die hinzukommende Erkrankung erschweren die selbstständige Raucherentwöhnung (vgl. Transkript 8, Z. 152 – 156).

Auch sie hätte einen hohen Bedarf an Unterstützungsprogrammen gehabt, hätte sie zum Zeitpunkt der Diagnose ebenfalls geraucht. Für Angehörige ist die Situation durch eine große Stressbelastung gekennzeichnet. Sie beschreibt, dass es in dieser Situation gut gewesen wäre, Unterstützung zu erhalten, auf welche man bei Bedarf zurückgreifen könnte (vgl. Transkript 8, Z. 172 – 183).

- Herausforderungen

Hier erwähnt Bianca die mangelhafte Informationsvermittlung von möglichen Entwöhnungs- und Unterstützungsprogrammen. An diese Programme würde man gelangen, wenn man sich aktiv auf die Suche begeben. Sie schlägt vor, dass diese durch beispielsweise Plakate oder Zeitschriften beworben werden könnten. Zudem könnten Krankenkassen diese Angebote ebenfalls bewerben. Diese müssten sich ebenfalls an die Kostenübernahme beteiligen, da der finanzielle Aspekt ebenfalls eine Herausforderung darstellt (vgl. Transkript 8, Z. 210 – 220).

Gestaltung Entwöhnungsprogramm

- Inhaltliche Gestaltung

In den Gruppenangeboten sieht Bianca die Vorteile einer motivierenden Gruppendynamik, wobei sich Betroffene gegenseitig bei der Raucherentwöhnung unterstützen (vgl. Transkript 8, Z. 204 – 207). Wichtig hierbei ist, dass kein Druck zur Raucherentwöhnung entsteht, sondern dieser genommen wird (vgl. Transkript 8, Z. 241 – 243).

- Formale Gestaltung

Vorab könnte ein gemeinsames Beratungsangebot stattfinden, woran Angehörige und Krebspatient:innen teilnehmen. Anschließend würde ein Gruppenangebot erfolgen:

„Also, ich könnte mir vorstellen, dass da auf jeden Fall irgendwie ein Beratungsangebot vorab irgendwie angeboten wird. Vielleicht auch ein gemeinsames Beratungsangebot. Weil manche Risikofaktoren des Rauchens sich ja dann auch (...) überschneiden auf jeden Fall. Und auch vielleicht die Gründe, warum jemand raucht. Und dann könnte ich mir halt auch vorstellen, dass dann vielleicht Gruppenangebote eingeführt werden.“ (Transkript 8, Z. 199 – 203)

Vermittlungshilfe

Hätte Bianca zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose geraucht, hätte sie sich ein Vermittlungs- und Beratungsangebot gewünscht, welche über Angebote berät und Angehörige und

Krebspatient:innen an diese weitervermittelt (vgl. Transkript 8, Z. 180 – 183). Neben der Mehrfachbelastung könnte eine Vermittlungsstelle eine Entlastungsfunktion übernehmen. Zudem beschreibt Bianca, dass der Zugang zu den Informationen zu möglichen Entwöhnungsprogrammen und weiteren Unterstützungsprogrammen sehr eingeschränkt ist. Diese Möglichkeiten werden selten beworben (vgl. Transkript 8, Z. 210 – 215).

4.9 Sarah

Sarah ist 30 Jahre alt und ist in der IT- Branche tätig. Sie ist ledig. Sie raucht aktuell zehn Zigaretten am Tag. Wenn sie krank ist, reduziert sie ihren Rauchkonsum. Ihr Onkel ist an Lungenkrebs erkrankt und hat die Diagnose im Jahr 2018 erhalten.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Das medizinische Personal hat das Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Diagnose nicht thematisiert, da Sarahs Onkel bereits einige Monate mit dem Rauchen aufgehört hat, bevor er die Krebsdiagnose erhielt (vgl. Transkript 9, Z. 80). Er hat hierbei physische Symptome, wie das Husten von Blut gezeigt, wobei sein Hausarzt ihn darin aufgeklärt hat, dass dies normal sei, da er das Rauchen entwöhnt hat (vgl. Transkript 9, Z. 84 – 85). Da dies ihr Onkel nicht als normal empfand, hat er sich selbstständig um Untersuchungen gekümmert, wobei sich herausstellte, dass er an Krebs erkrankt ist. Während der Therapie wurde sein Rauchverhalten dann thematisiert (vgl. Transkript 9, Z. 85 – 91). Der Fokus sollte nach Sarah nun darauf gelegt werden, die Zukunft und das weitere Vorgehen zu gestalten, anstatt die Ursache nachzuvollziehen (vgl. Transkript 9, Z. 95 – 100).

Durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Ihr Onkel wurde lediglich durch Medien und durch die Gesellschaft über Folgen von Rauchkonsum aufgeklärt (vgl. Transkript 9, Z. 161 – 162).

Durch andere Institutionen (Angehörige)

Im schulischen Kontext hat Sarah die Thoraxklinik besucht, wobei den Schüler:innen visuell vermittelt wurde, welche Folgen anhaltendes Rauchen auf den Körper haben kann. Zudem hat ein Krebserkrankter, welcher lange geraucht hat, von seiner Krankheit und seinem Alltag berichtet. Sarah beschreibt, dass es einen großen Eindruck hinterlassen hat und womöglich Schüler:innen vom Rauchen ferngehalten hat (vgl. Transkript 9, Z. 187 – 193).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Sarahs Onkel hat bereits vor der Diagnose aufgehört zu rauchen, da es ihm gesundheitlich schlecht ging (vgl. Transkript 9, Z. 79 – 80).

Auch Sarah hat zum Zeitpunkt der Diagnose geraucht (vgl. Transkript 9, Z. 111 – 114).

Nach der Diagnose

Nach der Krebsdiagnose hat Sarahs Onkel nachhaltig mit dem Rauchen aufgehört, hatte jedoch trotzdem Momente, in denen er das Rauchen vermisst (vgl. Transkript 9, Z. 153 – 155).

Suchtverhalten

Sarah beschreibt, dass sie ihre Sucht kontrollieren und sie mit dem Rauchen aufhören kann, wenn und wann sie möchte. Sie genießt das Rauchen und sieht keinen Grund, damit aufzuhören, obwohl die Krebsdiagnose ihres Onkels sie in ihrem Rauchverhalten anfangs beeinflusst hatte (siehe „Umgang mit Rauchverhalten“):

„Nein, weil, ich komme eigentlich relativ gut klar. Wenn ich irgendwie-. Es gibt Tage, da rauche ich gar keine, dann gibt es Tage, dann rauche ich vielleicht eine ganze Schachtel am Tag. Oder wenn ich krank bin, rauche ich auch eigentlich echt-. Wie gesagt, ich hatte da die Lungenentzündung, da habe ich drei, vier Wochen gar nicht geraucht und das war nicht schlimm. Bei mir ist halt dieser Gedanke, wenn ich mal Kinder bekommen sollte, dann höre ich auf jeden Fall auf. Aber vorher, nein, ich mache es einfach gerne, so blöd es klingt.“ (Transkript 9, Z. 224 – 229).

Zudem erwähnt Sarah, dass sie selbst erst an Krebs erkranken müsste, um mit dem Rauchen aufzuhören (vgl. Transkript 9, Z. 308).

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Über den Rauchkonsum hat sie mit ihrem Onkel nicht gesprochen. Sie hat stets darauf geachtet, nicht in seiner Anwesenheit zu rauchen (vgl. Transkript 9, Z. 103 – 105). Mittlerweile kann sie dies wieder in seiner Anwesenheit tun, da er nachhaltig rauchfrei sei (vgl. Transkript 9, Z. 151 – 155).

- Umgang mit dem Rauchverhalten

Die Diagnose ihres Onkels hatte teilweise einen Einfluss auf ihr Rauchverhalten. Sie bekam ein schlechtes Gefühl, wenn sie ihren Onkel bei den Chemotherapien begleitet hat und weitere

Patient:innen dort sah. Die Eindrücke haben ihr das Gefühl gegeben, eine Rauchentwöhnung durchzuführen zu müssen:

„Als ich ihn dann zur Chemo begleitet habe, wo er die Chemo dann ambulant bekommen hat, dann war das etwas anders. Weil, dann hast du die Patienten dort sitzen sehen. Und ich glaube, das war dann nochmal so krasser, weil, du hattest da ja auch verschiedene Verläufe. Und mein Onkel, der sah nie krank aus. Er sah nie krank aus. Deswegen war das dann auch immer etwas schwieriger, das Ganze so richtig zu fassen, denke ich. Aber wenn du in diesem Chemo-Raum bist, da sehen die Leute krank aus. Und ganz speziell, ich glaube, den Mann werde ich nie vergessen, der war also leicht gelb, der hatte schon eine gelbliche Hautfarbe und war total abgemagert. Du hast halt gesehen, der sah einfach nicht mehr nach Leben aus, so böse das klingt. Und solche Situationen dann, da ja.“ (Transkript 9, Z. 114 – 127)

Auch hat sie in dem Moment, an welchem sie von der Krebsdiagnose ihres Onkels erfuhr, reflexartig das Rauchen in diesem Augenblick abgebrochen (vgl. Transkript 9, Z. 138 – 142). Mittlerweile ist die Lungenkrebsdiagnose ihres Onkels in den Hintergrund gerückt, sodass ihr Rauchverhalten konstant geblieben ist (vgl. Transkript 9, Z. 159).

- Handlungsunfähigkeit

Hierzu gibt es keine relevanten Angaben.

Beziehung zum/ zur Patient:in

Konfliktthema „Rauchen“

Das Thema Rauchen scheint kaum einen Einfluss auf die Beziehung zu haben, da dieses scheinbar kein konfliktbehaftetes Thema zu sein scheint (vgl. Transkript 103 – 105; 151 – 153).

Bedeutung soziale Unterstützung

Sarahs Onkel erhielt zwar Unterstützung seitens der Angehörigen während der Rauchentwöhnung, jedoch sei dies laut Sarah nicht ausschlaggebend für die Rauchentwöhnung. Sie beschreibt, dass der eigene Wille einen dazu antreibt und danach die Unterstützung der Angehörigen folgt, um Rauchen erfolgreich entwöhnen zu können (vgl. Transkript 9, Z. 173 – 181).

Sarah betont, dass eine Rauchentwöhnung mit Angehörigen zusammen sehr wirksam wäre. Ihr Onkel wurde zu allen Arztterminen von seinen Angehörigen begleitet. Mittlerweile nimmt er die Termine alleine wahr, tut dies jedoch ungern (vgl. Transkript 9, Z. 383 – 387).

Hilfsangebote

Motivation

Sarah sieht keinen Bedarf bei sich, da sie selbst nicht aufhören möchte zu rauchen. Sie nimmt sich vor, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn sie schwanger ist oder selbst an Krebs erkrankt (vgl. Transkript 9, Z. 235 – 241). Das Rauchen nimmt die Funktion der gesellschaftlichen Verbindung, welche sie nicht missen möchte (vgl. Transkript 9, Z. 281 – 286).

- Herausforderungen

Sarah beschreibt die Mehrfachbelastung von Patient:innen, die sie bewältigen müssen. Neben der Bewältigung der Erkrankung, müsste die Rauchentwöhnung ebenfalls durchgeführt werden. Für das Individuum kann dies zusätzlich belastend sein (vgl. Transkript 9, Z. 204 – 208).

Bei Krebspatient:innen schätzt sie die Motivation höher ein, wobei sie sich nicht sicher ist, ob die Krebsbewältigung bereits eine hohe Hürde ist, die zuerst zu bewältigen gilt (vgl. Transkript 9, Z. 324 – 327). Zudem schätzt sie die Motivation zur Teilnahme bei Patient:innen niedrig ein, wenn sich diese bereits im Endstadium ihrer Krebserkrankung befinden und keine Aussicht auf Heilung besteht (vgl. Transkript 9, Z. 362 – 369).

Gestaltung eines Entwöhnungsprogrammes

- Inhaltliche Gestaltung

Es sollte darauf geachtet werden, dass die Inhalte nicht einer schulischen Aufklärung ähneln oder lediglich Broschüren verteilt werden:

„Und ich glaube, da wäre Hilfe schon nötig, aber halt auch nicht dieses Schulhelfen, dieses Aufklären mit irgendwelchen Broschüren. Ich glaube, damit kommst du nicht weit, weil, das guckst du dir an und dann wirfst es in irgendeine Ecke, wenn du es überhaupt anguckst. Und dann ist das Thema erledigt, weil, du konzentrierst dich ja eher darauf, kriege ich eine Chemo, werde ich operiert, wie wir der Verlauf sein?“ (Transkript 9, Z. 208 – 213)

Die Inhalte sollten eindrucksvoll sein und abschreckend wirken. Sarah stellt sich ein Präventionsprogramm vor, in welchem die Aufklärung nachhaltig wirksam bleibt (vgl. Transkript 9, Z. 336 – 347).

- Formale Gestaltung

Das Entwöhnungsprogramm sollte laut Sarah in Präsenz und in Gruppenform stattfinden, da sonst der persönliche Bezug unter Betroffenen fehle (vgl. Transkript 9, Z. 354 – 358).

Vermittlungshilfe

Ein Bedarf nach Vermittlungshilfe ging aus diesem Interview kaum hervor.

4.10 Jonas

Jonas ist 24 Jahre alt und arbeitet als Callcenter-Agent. Er raucht momentan ca. 15 Zigaretten am Tag und tut dies auch, wenn er krank ist. Seine Großmutter hat 2012 die Diagnose Krebs erhalten und ist an den Folgen von Krebs verstorben.

Aufklärung

Medizinisches Personal

Das Rauchverhalten der Großmutter wurde vom medizinischen Personal kaum thematisiert. Er vermutet, dass die vorherige Rauchreduktion der Grund hierfür gewesen ist (vgl. Transkript 10, Z. 31 – 38). Durch einen Unfall konnte der Krebs festgestellt werden (vgl. ebd.).

Aufklärung durch andere Institutionen (Krebspatient:in)

Siehe „Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)“.

Aufklärung durch andere Institutionen (Angehörige)

Jonas beschreibt, dass die Aufklärung über gesellschaftliches Wissen und der Warnungen auf den Zigarettenpackungen erfolgt ist (vgl. Transkript 10, Z. 64 – 66).

Rauchverhalten

Zum Zeitpunkt der Diagnose

Bereits vor der Krebsdiagnose hat seine Großmutter das Rauchen stark reduziert. Zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose hat sie kaum Zigaretten geraucht und konnte keinen alltäglichen Aktivitäten mehr nachgehen (vgl. Transkript 10, Z. 41 - 42).

Jonas hat zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose einen hohen Rauchkonsum fortgeführt. Danach hat er versucht, sein Rauchverhalten zu stoppen und einen gesünderen Lebensstil zu führen (vgl. Transkript 10, Z. 46 – 51).

Nach der Diagnose

Jonas Großmutter hat nach der Krebsdiagnose nur sehr wenige Zigaretten geraucht. Kein:e Angehörige:r hat ihr jedoch empfohlen, das Rauchen zu entwöhnen, da keine Heilungschancen bestanden (vgl. Transkript 10, Z. 76 – 79).

Suchtverhalten

Jonas beschreibt, dass er bereits einen Rückfall hatte (vgl. Transkript 10, Z. 50). Jedoch erwähnt er auch, dass er aufhören könnte, wenn er möchte. Er sei nicht süchtig und auf das Rauchen angewiesen (vgl. Transkript 10, Z. 92 - 95). Für ihn hat das Rauchen eine stressreduzierende Wirkung. Eine Entwöhnung löst bei ihm Reizbarkeit und Stress aus (vgl. Transkript 10, Z. 102 – 104).

Auswirkungen auf Angehörige

- Rauchen als Konfliktthema

Das Thema Rauchen wurde von Jonas nicht angesprochen, da seine Großmutter bereits ihren Rauchkonsum reduzierte und die Krebserkrankung sie schnell schwächte.

- Umgang mit dem Rauchverhalten

Auch hat er noch keinen Umgang mit seinem eigenen Rauchverhalten gefunden. Er scheint den Rauchkonsum zu genießen und weiß, dass er jederzeit damit aufhören könnte. Die Krebsdiagnose seiner Großmutter hat scheinbar dazu beigetragen, eine Rauchentwöhnung durchzuführen (vgl. Transkript 10, Z. 46 – 49).

- Handlungsunfähigkeit

Jonas beschreibt das Gefühl der Handlungsunfähigkeit nicht gegenüber einer Rauchentwöhnung seiner Großmutter. Er bezieht dies auf die Krankheit, welche er nicht mehr verhindern konnte und der Hilflosigkeit, die er verspürte:

„Also es hat einen schon mitgenommen, weil man halt nichts mehr für sie tun konnte, ich konnte ihr da jetzt nicht mehr helfen, außer es zu akzeptieren und ihr ein schönes restliches Leben zu bereiten.“ (Transkript 10, Z. 90 – 92)

Beziehung zum/ zur Patient:in

Jonas hatte eine sehr gute Beziehung zu seiner Großmutter. Sie stellte eine weitere Bezugsperson in seinem Leben dar (vgl. Transkript 10, Z. 25).

Konfliktthema „Rauchen“

Hier gibt es keine relevanten Angaben.

Bedeutung soziale Unterstützung

Die Bedeutung sozialer Unterstützung schätzt Jonas sehr hoch ein. Er beschreibt, dass Angehörige eine wichtige Kraft- und Unterstützungsquelle für krebserkrankte Personen darstellen. Er

bezieht sich hier auf seine Großmutter, die in ihrer letzten Lebensphase von Angehörigen gepflegt wurde (vgl. Transkript 10, 140 – 142).

Hilfsangebote

Motivation

Jonas schätzt den Bedarf bei Krebspatient:innen sehr hoch ein. Er betont, dass eine Rauchentwöhnung für Krebspatient:innen und Angehörige in einem professionellen Rahmen stattfinden sollte. Er findet, dass Unterstützungsprogramme wie beispielsweise Rauchentwöhnungen Teil der medizinischen Versorgung werden sollten (vgl. Transkript 10, Z. 110 – 114). Er sieht jedoch keinen Bedarf bei sich. Er betont, dass er sofort eigenständig mit dem Rauchen aufhören könnte, wenn er das wollte. Hierbei kommt es auf die Willenskraft an, jedoch könnten andere Angehörige einen höheren Bedarf an Unterstützung haben (vgl. Transkript 10, Z. 92 – 99).

- Herausforderungen

Jonas erwähnt, dass Krebspatient:innen, welche eine geringe Chance auf Heilung auf Heilung haben, vermutlich nicht an Unterstützungsprogrammen teilnehmen:

„Ich meine, selbst wenn da noch was zu retten ist so, natürlich wäre sowas wichtig. Aber ich sage mal so: wenn einem schon gesagt wird, wie lange man noch zu leben hat, dann (..) ich glaube, man gibt dann relativ wenig darauf, was man so (..) was man im Endeffekt macht.“ (Transkript 10, Z. 87 – 90)

Eine weitere Herausforderung für die Teilnahme könnte die Finanzierung sein. Wenn Unterstützungsprogramme nicht von Krankenkassen übernommen werden, könnte dies eine Belastung für Betroffene darstellen (vgl. Transkript 10, 130 – 134).

Gestaltung eines Entwöhnungsprogrammes

- Inhaltliche Gestaltung

Jonas stellt sich ein Rauchentwöhnungsprogramm in einem therapeutischen Setting, mit Therapiestunden vor (vgl. Transkript 10, Z. 123 – 123).

- Formale Gestaltung

Dieses Programm kann in Form einer Kur stattfinden. Auch er schlägt hier einen Gruppensetting vor (vgl. ebd.).

Vermittlungshilfe

Hierzu gibt es keine relevanten Angaben.

5 Diskussion der Ergebnisse

Gesamtauswertung

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviewstudie nach Kuckartz (2018) zeigen, dass eine Unteraufklärung der Krebspatienten über die gesundheitlichen Folgen des Rauchkonsums durch das medizinische Personal vorliegt. Die Hauptkategorie ‚Aufklärung‘ zeigt auf, dass selten empfohlen wird, das Rauchverhalten zu entwöhnen. Auch andere institutionelle Kontexte wie Schulen führten kaum Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Nikotin durch. Die meisten Patienten haben Kenntnisse über die Risiken des Rauchens durch Warnungen auf Zigarettenschachteln oder allgemein bekannte Tatsachen erlangt. Ausnahmen bestehen bei einigen Angehörige wurden hauptsächlich durch Schulprogramme aufgeklärt, jedoch hatte dies keine Wirkung gezeigt, unabhängig davon, ob sie aktuell Raucher oder Ex-Raucher sind. Es wird festgestellt, dass Schulen hauptsächlich für Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen zum Thema Nikotin verantwortlich sind, während andere institutionelle Einrichtungen oder Angebote der Sozialen Arbeit nicht erwähnt werden.

Die Kategorie *Rauchverhalten* bezieht sich sowohl auf das Rauchverhalten von Krebspatienten als auch von Angehörigen der Subkategorie zum Zeitpunkt und nach der Krebsdiagnose. Es wurde festgestellt, dass einige (ehemalige) Krebspatienten trotz der Diagnose weiter geraucht haben, während andere Patienten dazu bewogen wurden, das Rauchen aufzugeben. Angehörige zeigten Unmut und Enttäuschung über das Weiterrauchen der Patienten, obwohl sie Verständnis dafür haben, dass Rauchen eine Sucht ist. Dies führt zu einer Ambivalenz ihrer Gefühle. Einige Angehörige führten ebenfalls ihren Rauchkonsum fort, trotz der Krebsdiagnose eines Familienmitglieds. Eine weitere *Subkategorie ist das Suchtverhalten*, das von den Befragten beschrieben wurde. Diese Kategorie wurde induktiv herausgearbeitet, da viele Befragte dieses Thema in Zusammenhang mit ihrem Rauchverhalten erwähnten. Einige rauchende Befragte gaben an, nicht nikotinsüchtig zu sein und/oder jederzeit aufhören zu können. Es wurde auch festgestellt, dass Rauchen in stressigen und belastenden Phasen verstärkt vorkommt, da Zigaretten als Mittel zur Stressbewältigung dienen, jedoch zu erneutem Stress führen können, wenn Entzugssymptome auftreten. Die Rauchentwöhnung kann für Angehörige in stressigen Phasen und mit zusätzlichen Herausforderungen im Alltag schwierig sein. Einige Befragte erwähnten auch, dass trotz erfolgreicher Rauchentwöhnung Rückfälle auch nach einigen Jahren oder sogar lebenslang möglich wären. Einige Befragte beschrieben das Suchtverhalten der Krebspatienten und die damit verbundene Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit, die sie als Angehörige empfanden. Die Mehrfachbelastung im Alltag und die zusätzliche Belastung durch die Krebserkrankung können die Entzugssymptome beeinträchtigen und somit eine erfolgreiche Rauchentwöhnung erschweren. Es besteht auch die Angst, dass die

Krebspatienten trotz der Diagnose wieder rückfällig werden. Die Subkategorie ‚Auswirkungen auf Angehörige‘ zeigt auf, dass das Thema Rauchen häufig konfliktbelastet ist und oft nicht im Angehörigenkreis angesprochen wird. Dies führt häufig zu Streitigkeiten und Diskussionen, die eine negative Atmosphäre verursachen können. In einigen Fällen wird das Thema gemieden, um potenzielle Auseinandersetzungen zu vermeiden. Es wird häufig Akzeptanz für das fortgesetzte Rauchen gezeigt, da man es als Angehöriger nicht verhindern oder ein Aufhören erzwingen kann. Offene und konfliktfreie Kommunikation zum Thema Rauchverhalten ist selten. Der Umgang mit dem eigenen oder dem Rauchverhalten von Patienten hat auch Auswirkungen auf die Angehörigen. Einige hören auf zu rauchen, um nicht selbst an Krebs zu erkranken, während andere trotz Warnungen und prägender Erfahrungen mit der Erkrankung weiterrauchen oder Rückfälle erleben. Es scheint, dass die extrinsische Motivation allein nicht ausreicht, um eine Rauchentwöhnung zu beginnen oder dauerhaft rauchfrei zu bleiben. In der Interviewstudie wurde festgestellt, dass die betroffenen Angehörigen von Krebspatienten häufig das Gefühl haben, in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Sie wünschen sich, ihren erkrankten Angehörigen helfen zu können, wissen jedoch oft nicht, wie. Um ihre Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen, hatten die Angehörigen begonnen, eigenständig nach Informationen über Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen zu suchen. Einige bemühten sich auch um den Austausch und die Beratung im Angehörigenkreis. Die Befragten, deren Angehörige an der Krebserkrankung verstorben waren, hatten im Hinblick auf die Erkrankung eine Handlungsunfähigkeit und Hilflosigkeit verspürt. Sie versuchten hauptsächlich, den kranken Angehörigen durch eine positive Gestaltung der letzten Lebensphase zu helfen. In den Interviews wurden auch die allgemeinen Auswirkungen des Rauchverhaltens von Krebspatienten auf die Angehörigen beschrieben, insbesondere, dass kontinuierliches Rauchen zu psychischen Belastungen und Angstzuständen bei den Angehörigen führte. Es wurde auch festgestellt, dass die Mehrfachbelastung negative Auswirkungen auf ihre Psyche habe. Es ist bemerkenswert, dass nur vier Befragte die Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden erwähnt haben, obwohl der größte Teil von einer Mehrfachbelastung im Alltag berichtete.

In der Studie wurde festgestellt, dass *die Beziehung zur Krebspatientin / zum Krebspatienten* eine wichtige Hauptkategorie darstellt. Es konnten die Subkategorien ‚Rauchen als Konfliktthema‘ und die ‚Bedeutung sozialer Unterstützung‘ herausgearbeitet werden. Das Rauchen als Konfliktthema hat oft Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Angehörigen und Krebspatient:innen und kann diese belasten und strapazieren, wenn es sich zu einem (Dauer-)Streitthema entwickelt. In einigen Fällen konnte jedoch offen darüber kommuniziert werden und die Familienmitglieder konnten sich gegenseitig darin bestärken, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die Bedeutung sozialer Unterstützung wurde als sehr hoch eingeschätzt, sowohl bei der Rauchentwöhnung als auch bei der Bewältigung der Krankheit. Eine stabile Beziehung zwischen

Angehörigen und Krebspatient:innen wirkte sich positiv in Bezug auf die Teilnahme an einem Rauchentwöhnungsprogramm aus. So können sich die gegenseitige Motivation und das Verständnis füreinander positiv auf eine erfolgreiche Entwöhnung auswirken. Ein Befragter berichtete, dass er sich keine gemeinsame Entwöhnung mit der krebserkrankten Angehörigen vorstellen könne, da die Beziehung instabil und toxisch war, was bestätigt, dass eine gute Beziehung die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist und die Teilhabe an einer gemeinsamen Entwöhnung beeinflusst. Auf emotionaler Ebene kann soziale Unterstützung sich auch positiv auf Angehörige auswirken, die unter der Krebserkrankung der Bezugsperson leiden. Hierbei sollte nicht nur der enge Familienkreis als Unterstützung berücksichtigt werden, sondern auch der Freundeskreis.

Eine weitere Hauptkategorie bezieht sich auf *Hilfsangebote*. Sie ist in die Subkategorien Motivation und Bedarf, Gestaltung eines Rauchentwöhnungsprogrammes und Vermittlungshilfe unterteilt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sowohl die Befragten als auch Krebspatienten eine hohe Motivation und Notwendigkeit für Angebote zur Rauchentwöhnung aufweisen. Die professionelle Unterstützung und Begleitung dabei wurde als sehr bedeutend angesehen, da Patienten und Angehörige oft mehrere Belastungen tragen und eine eigenständige Rauchentwöhnung schwierig sein kann. Es wurde beobachtet, dass fast alle Befragten ihre Motivation und den Bedarf für Rauchentwöhnung als hoch einschätzten und einen Austausch von Erfahrungen, Gedanken, Tipps und Informationen unter Betroffenen wünschten. Es wurde auch erwähnt, dass eine gemeinsame Rauchentwöhnung die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen verringern kann, vorausgesetzt die Betroffenen erkennen ihre Nikotinsucht und arbeiten daran. Es wurden mehrere Herausforderungen genannt, die die Motivation oder die Bereitschaft zur Teilnahme beeinträchtigen können, wie die Erkrankung, private Probleme und die Herausforderungen des täglichen Lebens. Auch das Einhalten von Terminen, die Rauchentwöhnung selbst und mögliche Entzugssymptome können kräftezehrend sein. Des Weiteren kann das Schamgefühl, Hilfe zu benötigen, die Teilnahme und den Erfolg des Programms beeinträchtigen. Angehörige sind ebenfalls von mehreren Belastungen betroffen, da sie oft organisatorische und bürokratische Aufgaben für die Patienten übernehmen, diese bei Untersuchungsterminen begleiten und selbst berufstätig sind und das eigene Privatleben bewältigen müssen. Eine schwierige oder schlechte Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen kann die Teilnahmebereitschaft beeinträchtigen, da die Rauchentwöhnung auf gegenseitige soziale Unterstützung angewiesen ist. Eine letzte Herausforderung, die in Betracht gezogen werden muss, ist die Prognose der Krebserkrankung. Es wurde festgestellt, dass Patienten mit geringer Aussicht auf Heilung weniger wahrscheinlich an Rauchentwöhnungsprogrammen teilnehmen. Eine weitere mögliche Barriere kann die Finanzierbarkeit des Programms darstellen.

Eine weitere Subkategorie ist die *Gestaltung des Programmes*. Diese wird aufgeteilt in inhaltliche Gestaltung und formale Gestaltung. Im Programm sollten therapeutische Maßnahmen und Beratung beinhaltet sein. Eine vertiefende Aufklärung über die Auswirkungen des Nikotinkonsums sollte ebenfalls durchgeführt werden, wobei visuelle Inhalte zu bevorzugen sind, um einen nachhaltigen Eindruck bei den Teilnehmenden zu hinterlassen. Es sollte auf eine vielfältige Methodenauswahl geachtet werden, bei der die Teilnehmenden Unterstützung bei der Veränderung des eigenen Rauchverhaltens und dem der Angehörigen erhalten. Es sollte auch darauf geachtet werden, dass die Teilnehmenden nicht nur Informationen erhalten, sondern auch die Möglichkeit zum Austausch von Erfahrungen, Gefühlen, Sorgen, Ratschlägen und Tipps. Zudem sollte die Teilnehmenden einander emotionale Unterstützung geben. Eine druckfreie Atmosphäre sollte geschaffen werden, um eine erfolgreiche Entwöhnung zu ermöglichen. Eine motivierende Gruppendynamik wird ebenfalls bevorzugt, um die Ressourcen der Teilnehmenden zu stärken. Angehörige und Patienten sollten auch Unterstützung bei zwischenmenschlichen Konflikten erhalten, die das Thema Rauchen betreffen. In Bezug auf die formale Gestaltung sollten Rauchentwöhnungsprogramme sowohl in Gruppen- als auch Einzelsitzungen angeboten werden. Die Gruppen sollten besonders zu Beginn von einer professionellen Fachkraft begleitet werden, um später selbstständig fortgeführt werden zu können. Die Sitzungen können sowohl in Präsenz als auch online stattfinden. Die professionelle Fachkraft sollte aus einer psychologischen oder sozialen Fachrichtung kommen und Erfahrungen in der Gruppenarbeit und Suchtberatung vorweisen. Die Termine sollten so geplant werden, dass sie mit den Mehrfachbelastungen und dem Berufsleben vereinbar sind. Das Angebot für Rauchentwöhnung sollte niedrigschwellig sein, indem es leicht mit dem öffentlichen Nahverkehr erreichbar ist und in verschiedenen Sprachen angeboten wird. Es sollte kostenlos sein oder von den Krankenkassen übernommen werden, um Barrieren für die Teilnahme zu minimieren. Es ist wichtig, dass das Angebot für einen angemessenen Zeitraum zur Verfügung steht, da eine kurze Dauer oder abruptes Abbrechen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rauchentwöhnung beeinträchtigen könnten. Schließlich sollte die Anonymität der Teilnehmenden gewährleistet sein, um sicherzustellen, dass sie sich wohlfühlen und offen über ihre Erfahrungen sprechen können.

Eine weitere Subkategorie, die sich aus den Interviews ergab, ist die *Vermittlungshilfe*. Betroffene sollten über geeignete Hilfsangebote informiert und beraten werden. Eine Vermittlungsstelle könnte Entlastung bei bürokratischen Angelegenheiten und gegebenenfalls psychosoziale Beratung bieten. Die Ergebnisse der Interviewstudie decken sich mit Aspekten der bereits vorliegenden Studien (vgl. Kapitel 2). So beschreiben einige Befragte, dass sie Stress empfinden und diesen durch Rauchen lindern möchten, was jedoch zu erneutem Stress durch Entzugssymptome führt (vgl. Transkripte). Dies begünstigt die stabile Aufrechterhaltung des Rauchens durch negative Verstärkung. Ebenso werden Symptome wie Gereiztheit und

Anspannung erwähnt, die in wissenschaftlichen Untersuchungen belegt wurden (vgl. Mühling/Kröger, 2021: 28; Batra et al., 2021: 19). Die Interviewstudie offenbarte auch die positive Verstärkung des Rauchens, bei dem der Rauchkonsum oft als Belohnung dient oder als Teil von gesellschaftlichen Zusammenkünften fungiert (vgl. Transkripte), was ebenfalls in wissenschaftlichen Studien beschrieben wurde (vgl. Mühling/ Kröger, 2021: 28).

In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der vorliegenden Interviewstudie berichten einige der befragten Personen, dass sie bei früheren Versuchen der Rauchentwöhnung rückfällig geworden sind. Sowohl erfolgreich entwöhnte Raucher:innen, als auch noch Raucher:innen befürchten einen Rückfall (vgl. Transkripte). Wissenschaftliche Studien (Mühling/Kröger, 2021: 29) haben gezeigt, dass auch Jahre nach erfolgreichem Entzug die Möglichkeit eines Rückfalls besteht. Ursachen hierfür können Stress und Entzugssymptome sein (vgl. Transkripte; Kröger et al., 2016). Die Interviewstudie betont auch die Auswirkungen einer Krebserkrankung auf die Angehörigen wie psychische Belastungen und Kontrollverlust (vgl. Transkripte, Mehnert/Koranyi, 2018: 316 ff.; Ernst/Zimmermann, 2021: 39). Obwohl depressive Verstimmungen bei Angehörigen in der Phase der Palliativversorgung auftreten können (Mehnert/Vehling, 2017: 30 f.), wurden diese von den Befragten in der durchgeführten Studie nicht erwähnt.

5.1 Antworten auf die Teilfragen

Welche Bedeutung hat die gesundheitliche Aufklärung für das Rauchverhalten von Angehörigen von Krebspatient:innen?

In den Interviews gaben einige Angehörige von Krebspatienten an, dass sie eine Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen des Rauchkonsums ausschließlich durch Präventionsworkshops und Exkursionen in der Schulzeit erhalten hätten. Unter den Befragten, die trotz der Krebsdiagnose ihrer Angehörigen weiterhin rauchen, zeigten diese präventiven Maßnahmen keine nachhaltige Wirkung. Auch die befragten Ex-Raucher gaben an, dass die präventiven Maßnahmen und ihr aktueller Wissensstand über gesundheitliche Folgen kein ausschlaggebender Grund für die Rauchentwöhnung waren. Eine Studie aus dem Jahr 2008, die sich mit der Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms ‚Schüler in der Klinik‘ beschäftigt hatte, ergab, dass dieses einen primärpräventiven Effekt hatte, jedoch keinen Rauchstopp bei Tabakkonsumenten bewirkte (vgl. Stamm - Balderjahn et al., 2012). Einige Befragte gaben in den durchgeführten Interviews an, dass sie bereits im Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter das Rauchen begonnen hatten. Es konnte jedoch nicht nachvollzogen werden, ob die Präventionsmaßnahmen vor oder nach dem Rauchbeginn stattgefunden hatten. Lediglich eine Befragte erwähnte, dass ein Präventionsprogramm in ihrer Klasse durchgeführt wurde, weil die Anzahl der rauchenden Schüler:innen auffällig hoch war (vgl. Transkript 9). Dies bedeutet, dass die Präventionsmaßnahmen bei rauchenden Angehörigen

bereits zum Rauchbeginn wahrscheinlich keine Wirkung zeigten, wie die Studie widerspiegelt. Des Weiteren wurde festgestellt, dass das Rauchverhalten von Krebspatienten kaum vom medizinischen Personal thematisiert wurde, obwohl einige Patienten die Diagnose Lungenkrebs erhielten. In einem Fall wurde einem Patienten sogar trotz der Diagnose gestattet, weiter zu rauchen (vgl. Transkript 3). Innerhalb der Studie fiel auf, dass die institutionelle Aufklärung in den ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen der Befragten größtenteils mangelhaft ausfiel.

Der Beitrag von Hausärzten in der Vermittlung und Durchführung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung wird bisher unterschätzt (vgl. Muehling et al. 2004: 88f). Dies gilt sowohl im Bereich der Onkologie als auch in der allgemeinen Medizin (vgl. ebd). Ärzte haben das Potenzial, Raucher zu erreichen und sie zum Aufhören zu motivieren (vgl. Ulbricht/ Meyer, 2005). Studien haben gezeigt, dass jeder zehnte Raucher durch den Rat eines Arztes aufhört zu rauchen (vgl. Fiore, 2000: 1.200 ff.). In der Onkologie sollte das Thema Rauchverhalten spätestens bei der Diagnose einer Krebserkrankung angesprochen werden, da es einen potentiellen Zusammenhang zwischen Krebserkrankungen und dem Rauchen gibt (vgl. Kapitel 2.1.2). Im Zuge dieser Studie stellt sich die Frage, warum das Thema Rauchverhalten selten angesprochen wird. Mögliche Gründe könnten Zeitmangel, hohe Patientenzahlen, mangelnde Kompetenzen in der Tabakentwöhnung oder fehlendes Interesse der Patienten sein (vgl. Hoch et al., 2004: 47 ff.). Die durchgeführte Interview-Studie zeigt auch, dass die Diagnose einer Krebserkrankung bei einigen Befragten zu einer erfolgreichen Rauchentwöhnung führte, während andere sagten, dass sie trotz der Diagnose weiterrauchten (vgl. Kapitel 4.2; 4.7- 4.10). Die Befragten empfanden häufig eine Ambivalenz gegenüber dem Rauchverhalten von Krebspatienten. Einerseits gab es Enttäuschung und Ärger über das anhaltende Rauchen, andererseits Verständnis, da die Befragten die Sucht selbst erlebt hatten. Trotzdem überwogen die negativen Gefühle.

Welche Auswirkungen hat das Rauchverhalten von Krebspatient:innen auf Entscheidungen und Verhalten von Angehörigen?

Die Interviews ergaben, dass die Krebsdiagnose eines Angehörigen bei einigen Befragten eine erfolgreiche Rauchentwöhnung ausgelöst hat. Andere Befragte gaben hingegen an, dass sie trotzdem weiterrauchen (vgl. Kapitel 4.2; 4.7 - 4.10). Einige äußerten in diesem Zusammenhang eine Ambivalenz der Gefühle gegenüber dem Rauchverhalten von Krebspatienten.

Die Ergebnisse der Studie decken sich mit denen der Korean National Health Study, wonach 51,6 % der Raucher unter Krebspatienten weiterhin rauchten (vgl. Koo et al., 2020: 139 f.). Laut Angaben in den geführten Interviews rauchten fünf von zehn Angehörige der Krebskranken weiter, was die Annahme eines kontinuierlichen Rauchverhaltens trotz Krebsdiagnose

bestätigt. Auch wurde bereits in Kapitel 2 beschrieben, dass Angehörige von Krebspatient:innen trotz der gestellten Diagnose weiterrauen (vgl. Sarna, 1995: 35 f.). Die hier durchgeführte Studie stützt somit die These, dass eine Lungenkrebsdiagnose kein zwangsläufiger Motivationsgrund für einen Rauchstopp von Angehörigen sein muss (vgl. McBride/Pollack et al., 2003: 150 ff.). Die Auswirkungen des anhaltenden Rauchverhaltens seitens der Befragten auf die Krebspatienten konnte in diesem Rahmen nicht untersucht werden.

Es stellte sich heraus, dass das Thema Rauchen konfliktbehaftet ist (vgl. Kapitel 4.1 - 3; 4.5 - 4.8). Aus der Sicht der einiger Befragte kommt es in vielen Fällen zu Streitigkeiten und Diskussionen, was eine negative Atmosphäre hervorruft oder Frustration bei den Befragten auslöst, die von Krebspatienten einen Rauchstopp erwarten (vgl. ebd.). Eine bereits erwähnte kanadische Studie, bei der 16 Teilnehmer aus Familien rekrutiert wurden, beschäftigte sich mit den Auswirkungen des kontinuierlichen Rauchverhaltens seitens Angehöriger auf Patienten. Diese Studie beleuchtete die Perspektive der Krebspatienten, die Sorgen und Ängste darüber haben, dass ihr gesundes Familienmitglied ebenfalls an Krebs erkranken könnte (vgl. Bortoff et al., 2009). In der von der Autorin durchgeführten Studie wurden jedoch die Empfindungen der Angehörigen gegenüber dem Rauchverhalten von Krebspatienten fokussiert, was eine neue Perspektive eröffnet. So empfinden die Angehörigen neben Frustration auch psychischen Stress, Angst vor dem Tod der Patienten, Hilflosigkeit und ein Gefühl der Handlungsunfähigkeit (vgl. Kapitel 4.1 – 4.3; 4.5 - 4.6; 4.10). Häufig werden von Angehörigen eigene Hilfsangebote recherchiert (vgl. ebenda). Das eigene kontinuierliche Weiterrauen kann zu Konflikten zwischen Patienten und Angehörigen führen (vgl. Badr/Taylor, 2006), wie auch das der Krebspatienten. Es wurde auch deutlich, dass einige der Befragten das Rauchverhalten nicht mehr thematisieren, um Konflikte zu vermeiden (vgl. Kapitel 4.1 - 3; 4.5 - 4.8). Ebenso wird das Rauchverhalten teilweise hingegenommen, da Versuche des guten Zuredens gescheitert sind und die Beziehung nicht gefährdet werden soll (vgl. ebenda).

In der kanadischen Studie zeigte sich ebenfalls, dass Patienten Konflikte vermeiden möchten, um die Familienbeziehungen nicht zu gefährden. Zudem möchten auch einige Patienten nicht belehrend auf Angehörige einreden (vgl. Falbar/Sindelar, 2008: 96 ff.). Auch in den Interviews wurde deutlich, dass Angehörige umgekehrt Patienten nicht zurechtweisen möchten und das Thema daher nicht ansprechen (vgl. Kapitel 4.1 - 3; 4.5 - 4.8). Es wird in der Interviewstudie kaum deutlich, welche Auswirkungen das Rauchverhalten auf die Beziehung zwischen Patient:innen und Angehörige hat. Lediglich in einem Fall schien die instabile Beziehung die Motivation einer gemeinsamen Rauchentwöhnung negativ zu beeinflussen (vgl. Kapitel 4.6). Eine heterogene Stichprobe von Befragten, die unterschiedliche Beziehungsmuster zu ihren kranken Angehörigen aufweisen, wäre für die Aufstellung einer Hypothese hierzu wichtig. Der Großteil der Befragten hatte jedoch eine innige Beziehung zum Patienten.

Welche Herausforderungen einer Rauchentwöhnung gibt es aus Sicht der Angehörigen?

Die Befragten erwähnten hauptsächlich die Mehrfachbelastung. Aus Sicht der Angehörigen könnten für Krebspatienten private Problemlagen und die zu bewältigenden Herausforderungen des Alltags Gründe für eine geringere Teilnahmebereitschaft sein. Es wurde auch vermutet, die Mehrfachbelastung könne Auswirkungen auf die Beständigkeit der Restriktionen haben (vgl. Kapitel 4.1 – 4.2; 4.4; 4.6 - 4.7; 4.9). Das Einhalten von zusätzlichen Terminen sowie Entzugssymptome könnten belastend und kräftezehrend sein. Einige Befragte berichteten auch von ihren eigenen Mehrfachbelastungen, die organisatorische und bürokratische Aufgaben häufig mit sich bringen. Sie haben zudem berufliche und private Pflichten und leiden unter der Krebserkrankung des Patienten, was in manchen Fällen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden hat. Zusätzlich können Entzugssymptome eine erfolgreiche Entwöhnung erschweren (vgl. ebd.). Angehörige und Krebs Erkrankte müssen häufig neben psychischen Belastungen auch sozialrechtliche und soziale Probleme bewältigen, was zu einer Einschränkung der Lebensqualität und Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags führen kann (vgl. Kapitel 2). Hier benötigen Angehörige und Krebspatienten psychosoziale Unterstützung, möglicherweise auch innerhalb eines Rauchentwöhnungsprogramms. Eine instabile Beziehung untereinander könne ebenso die Motivation oder den Erfolg einer gemeinsamen Rauchentwöhnung, die unter anderem auf gegenseitiger Unterstützung basiert, beeinträchtigen (vgl. Kapitel 6). Es ist nicht auszuschließen, dass Konflikte während der gemeinsamen Entwöhnung trotz stabiler Beziehung auftreten, jedoch müsste dann im professionellen Rahmen nach Lösungen gesucht werden.

Befragte befürchten, dass es für Krebspatienten besonders schwierig sein kann, das Rauchen aufzugeben, da die Stressbelastung in der Krankheitsphase aufgrund der Mehrfachbelastung besonders hoch ist (vgl. Kapitel 4.1 – 4.2; 4.4; 4.6 - 4.7; 4.9). Dies könnte die Vulnerabilität der Patienten während der Krankheitsphase erhöhen und einen Rückfall begünstigen (vgl. ebd.). Um allgemeingültige Aussagen zu treffen, wären zusätzliche, größere Studien erforderlich. Die ambulante Suchthilfe macht diverse Angebote für Menschen mit Suchtverhalten. Sozialarbeiter:innen sind mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen ein wichtiger Bestandteil dieses Versorgungssystems. Sie verfügen über Kenntnisse im multiperspektivischen Fallverstehen, in der motivierenden Gesprächsführung und in der problemzentrierten Beratung. Auf der Basis arbeiten sie gemeinsam mit Suchtkranken an der Auflösung von Ambivalenzen in Bezug auf ihre Suchterkrankung. Sozialarbeiter:innen mit Kompetenzen in der Suchtberatung können in Rauchentwöhnungsprogrammen tätig sein.

Welche Rolle spielt soziale Unterstützung bei Entwöhnungsmaßnahmen?

Wie bereits in Kapitel 4.2.2.4 erwähnt, gibt es bislang kaum Studien zur Bedeutung sozialer Unterstützung bei einer Rauchentwöhnung. In der durchgeführten Studie gab jede:r Befragte:r an, die Relevanz der Unterstützung sehr hoch einzuschätzen. Gegenseitige Motivation und Förderung sowie der familiäre Rückhalt kommen als wichtige Ressourcen zur erfolgreichen Rauchentwöhnung zum Tragen. So kann eine gesunde Beziehung die Motivation zur gemeinsamen Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm steigern und ein ausschlaggebender Erfolgsfaktor sein (vgl. Kapitel 4.1 – 4.10). Wie beschrieben hat eine Studie aufgezeigt, dass zusammenlebende oder verheiratete Paare eine sechsfach höhere Erfolgschance bei einer gemeinsamen Rauchentwöhnung hatten (vgl. Lampridou, 2019). Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews zeigen auf, dass dies ebenso auf Familienangehörige zutreffen könnte.

Welche Bedarfe und Anforderungen haben (ex-)nikotinabhängige Familienangehörige krebserkrankter Menschen bezüglich einer gemeinsamen Rauchentwöhnung?

Aus Sicht der Angehörigen der Krebspatient:innen sollten mögliche Rauchentwöhnungsprogramme therapeutische Maßnahmen und Beratung beinhalten (vgl. Kapitel 4.1 – 4.10). Zudem sollte eine vertiefende Aufklärung über die Folgen von Nikotinkonsum durchgeführt werden, wobei mit möglichst visuellen Inhalten gearbeitet werden sollte, die einen nachhaltigen Eindruck bei den Teilnehmenden hinterlassen (vgl. Kapitel 4.1; 4.9). Es sollte auf eine vielfältige Methodenwahl geachtet werden, bei der Teilnehmende Ratschläge und Unterstützung beim Umgang mit dem eigenen Rauchverhalten und dem der Angehörigen erhalten. Neben Informationen werden ein reger Austausch über Erfahrungen, Gefühle, Sorgen, Ratschläge und Tipps sowie eine emotionale Unterstützung gewünscht (vgl. Kapitel 4.1 – 4.10). Zudem sollte darauf geachtet werden, dass eine entspannte Atmosphäre gestaltet wird, damit die Entwöhnung druckfrei durchgeführt werden kann. Zudem wird sich eine motivierende Gruppendynamik gewünscht, in welcher eigene Ressourcen gestärkt werden können. Ebenfalls sollten Angehörige und Krebserkrankte Unterstützung bei zwischenmenschlichen Konflikten zum Thema Rauchen erhalten.

Formal sollte eine Rauchentwöhnung sowohl in Gruppen- als auch Einzelsitzungen angeboten werden (vgl. Kapitel 4.2; 4.3; 4.5; 4.6; 4.7). Die Gruppen könnten zu Beginn professionell begleitet werden, sodass diese sich zu einem gewissen Zeitpunkt verselbstständigen (vgl. 4.2). Diese könnten in Präsenz stattfinden, wobei einige Befragte ein Online-Format bevorzugen (vgl. Kapitel 4.1; 4.4; 4.5). Die professionelle Fachkraft sollte aus Angehörigen Sicht aus dem psychologischen und/oder dem sozialen Bereich kommen und Kompetenzen in der

Gruppenarbeit und in der Suchtberatung vorweisen (vgl. Kapitel 4.7). Die Termine sollten mit den Mehrfachbelastungen und dem Berufsleben vereinbar sein. Das Angebot sollte niedrigschwellig sein, indem diese gut mit dem ÖPNV erreichbar sind und diese ebenfalls in möglichst verschiedenen Sprachen angeboten werden (vgl. Kapitel 4. 1; 4.5, 4.6). Die Leistung sollte kostenlos oder von den Krankenkassen übernommen bzw. mitfinanziert werden (vgl. Kapitel 4.6; 4.8; 4.10). Es sollte ein angemessener Zeitraum für die Dauer des Angebots gesetzt werden, da ein kurzer Zeitraum oder ein abrupter Abbruch eine nachhaltige und wirksame Raucherentwöhnung gefährden könnte (vgl. Kapitel 4.2; 4.6). Zuletzt sollte die Anonymität der Teilnehmenden gewährleistet sein.

Zudem beschreibt die Vermittlungshilfe Hilfsangebote, welche für die Beratung und Vermittlung von Betroffenen zuständig ist. So wurde in den Interviews erwähnt, dass Betroffene über passende Hilfsangebote beraten und informiert werden wollen. Auch diese sollten niedrigschwellig und wenn möglich in verschiedenen Sprachen angeboten werden (vgl. 4.5). Die Vermittlungsstelle könnte eine Entlastungsfunktion übernehmen, da betroffene Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten und gegebenenfalls psychosoziale Beratung erhalten.

Infolge der Krebsdiagnose setzten sich Angehörige und Krebspatient:innen häufig der Konfrontation mit dem Gesundheits- und Sozialleistungssystem auseinander. Sie benötigen Informationen zu möglichen Hilfsangeboten wie Raucherentwöhnungsprogrammen. Verschiedene Berufsgruppen, besonders Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen und Psycholog:innen bieten bereits eine Bandbreite an Unterstützung in Krebsstellen an, wobei ein Teil der psychonkologischen Versorgung größtenteils mit Sozialer Arbeit gewährleistet werden kann (vgl. Adlkofer et al. (o.J.): 1). Hierzu sollten ableitend aus dieser Studie die Informationsversorgung und Werbung möglicher Hilfsangebote und Programme zur Raucherentwöhnung zählen.

Inwiefern kann Soziale Arbeit einen Beitrag zur Raucherentwöhnung von Familienangehörigen und ihren krebskranken Familienmitgliedern leisten?

Die forschungsleitende Frage *„Inwiefern kann Soziale Arbeit einen Beitrag zur Gestaltung einer Raucherentwöhnung von Familienangehörigen und ihren krebskranken Familienmitgliedern leisten?“* ist unter dem Aspekt der Grenzen und Möglichkeiten Sozialer Arbeit zu betrachten.

Möglichkeiten Sozialer Arbeit

Soziale Arbeit ist sowohl in der Suchtberatung als auch in der Krebsberatung unabdingbar und findet Anwendung in medizinischen Behandlungssettings. Basierend auf dem Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit fokussiert sie die soziale Diagnostik und Beratung von Menschen in ihrer Lebenswelt. Wenn die Bewältigungsressourcen der Betroffenen ausgeschöpft

sind und die eigenständige Bewältigung von Herausforderungen nicht mehr möglich ist, ist häufig eine Unterstützung notwendig. Im Vordergrund steht dabei die Stärkung von Ressourcen, Lebensqualität und Handlungskompetenz (vgl. 2.4.1). Die Grundlage für den Beitrag der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Angehörigen und Krebspatient:innen bilden die theoretischen Strömungen der Profession. Daraus kommen der lebensweltliche Ansatz nach Hans Thiersch, die Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch und der systemische Ansatz nach Silvia Staub-Bernasconi zum Tragen. Sowohl die benannten Theorien als auch die praktische Arbeit der klinischen Sozialarbeit entwickelt sich stets weiter (vgl. Adlkofer et al. (o.J.): 3), wobei sich besonders Interventionen nach dem veränderten Bedarf richten. Der Ansatz der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch befähigt das Verständnis der Lebenswelt von Krebspatient:innen und ihren Angehörigen mit dem Ziel, bei psychosozialer Lebenslage und Lebensführung zu unterstützen (vgl. Thiersch, 2016). Die Interviewstudie verfolgt das Ziel, einen Zugang zur Lebenswelt der Betroffenen zu schaffen. Die Aufklärung, der Umgang mit dem eigenen und dem fremden Rauchverhalten, dessen Auswirkungen, die Beziehungen zwischen Angehörigen und Krebspatient:innen und die Gestaltung der Hilfsprogramme zeigen auf, dass verschiedene Aspekte in die Gestaltung eines Rauchentwöhnungsprogrammes miteinbezogen werden müssten. Offenbar sollte nicht nur die Erkrankung oder das Rauchverhalten von Betroffenen berücksichtigt werden, sondern weitere Aspekte aus deren individueller Lebenswelt. Neben der Behandlung der Suchterkrankung aus medizinischer und psychologischer Expertise braucht es vor allem Räume, um Problemlagen und Leiden thematisieren zu können. Dass das Rauchen als Bewältigungsform für Dauerstress genutzt wird, könnte darauf hinweisen, dass Individuen einen Raum für Austausch benötigen, der selbstschädigende Muster ersetzt. Die Theorie der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch begründet die Unterstützung von Angehörigen und Krebspatient:innen innerhalb eines Rauchentwöhnungsprogrammes. Die Teilnehmer:innen sind nicht in der Lage, ihre Hilflosigkeit in ihrer kritischen Lebenskonstellation zu thematisieren. Häufig folgen antisoziale Verhaltenstendenzen oder selbstdestruktives Verhalten unter anderem des Suchtverhaltens, wie hier das Rauchverhalten als Bewältigungsmechanismus für Stress und alltägliche Herausforderungen. Nach Böhnisch streben Menschen in kritischen Lebenskonstellationen meist nach psychosozialer Handlungsfähigkeit (vgl. Böhnisch, 2016a: 20). Die für diese Studie Befragten beschrieben neben der konfliktbehafteten Thematik des Rauchkonsums und deren Auswirkungen auf die Beziehungen die mangelnde Handlungsfähigkeit zur Unterstützung von Krebspatient:innen und den Bedarf der Handlungskompetenz im Umgang mit dem eigenen und fremden Rauch- und Suchtverhalten (vgl. Kapitel 4.1 – 4.10). Methodisch versucht die Soziale Arbeit, funktionale Möglichkeiten zu bieten, sodass Betroffene mit der Zeit spüren können, dass dysfunktionale Verhaltensweisen nicht mehr benötigt werden (vgl. Böhnisch, 2016a: 24). Es sollen Räume und Beziehungen geschaffen werden, in denen Menschen Anerkennung erfahren und selbstwirksam etwas

bewirken können. Aufgrund der Krebserkrankung haben Angehörige und Patient:innen verschiedene Herausforderungen zu bewältigen. Kommt das Rauchen als selbstschädigendes Verhalten zur Stressbewältigung mit seinen psychischen und physischen Auswirkungen hinzu, wächst bei jenen die Hilflosigkeit, die dies als Problem für sich anerkennen. In manchen Fällen ist zusätzliche Unterstützung erforderlich, um die Hürde der Rauchentwöhnung zu bewältigen (vgl. Kapitel 4). Die Studie ergab, dass das Gefühl von Hilflosigkeit, Ohnmacht und mangelnde Handlungsfähigkeit negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Angehörigen und Krebspatient:innen sowie auf den Umgang mit dem eigenen und fremden Rauchverhalten haben kann. Der Bedarf eines Austausches innerhalb einer Gruppe zeigt auf, dass sich Betroffene gegenseitige Bestärkung, Verständnis und Motivation wünschen, um die eigene Selbstwirksamkeit zu stärken und so destruktive Muster aufzubrechen (vgl. ebd.). Ist der Bewältigungsdruck groß, kann die Handlungsfähigkeit durch den Austausch mit anderen wieder zurückgewonnen werden (vgl. Böhnisch, 2016b: 23). Bei den Befragten existiert offenbar der Wunsch nach Empowerment und Vernetzung. Die Anerkennung und damit die Abhängigkeit anderer Gruppen, in denen Rauchen üblich ist und unreflektiert stattfindet, wird reduziert. Individuen können selbstwirksam handeln und selbstschädigendes Verhalten durch andere Verhaltensmuster ersetzen.

Der systemische Ansatz nach Silvia Staub-Bernasconi beschreibt, dass Betroffene einer Krebserkrankung, Angehörige und professionelle Fachkräfte als Teile des gesellschaftlichen Systems zu interpretieren sind (vgl. Mehnert, 2015: 30 f.). So sind die Informationsvermittlung zu Unterstützungsmaßnahmen sowie der Austausch unter Betroffenen und mit professionellen Fachkräften ein Bedarf, der sich aus der Studie ableiten lässt. Dieser resultiert aus dem Wunsch nach physischer und psychischer Gesundheit ebenso das Verständnis für die eigene Problemlage. Aufgrund von Mehrfachbelastungen ist eine Rauchentwöhnung ohne Unterstützung nicht zu schaffen. Staub-Bernasconi beschreibt das ‚Leiden‘ der Betroffenen als einen Zustand, in dem ein Individuum oder eine Gruppe unzufrieden ist, da Bedürfnisse nicht befriedigt werden können (vgl. Sagebiel, 2006: 10). Darunter fallen mangelnde Kenntnisse über mögliche Problemlösungen oder der fehlende Zugang zu Ressourcen, die das Problem lösen könnten (vgl. ebd.). Neben therapeutischen oder medizinischen Behandlungen, die zu einem Rauchstopp führen, sollten die Bedürfnisse der Betroffenen zuerst angehört werden. Die Interviews zeigen auf, dass Rauchen als wichtiger Regulationsmechanismus fungieren kann und einige Betroffene es nicht aufgeben wollen, vor allem in Stressphasen oder ungelösten Problemlagen (vgl. Kapitel 4.1 – 4.10). Ein Entwöhnungsprogramm für Krebspatient:innen und Angehörige berücksichtigt nicht nur das erkrankte Individuum, sondern auch das soziale Umfeld und weitere Aspekte. Ein Rauchentwöhnungsprogramm verlangt eine multiprofessionelle Zusammenarbeit von Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen sowie Ärztinnen und Ärzten. Dabei müssen auch Sozialarbeiter:innen ihren Beitrag in der Mitgestaltung und Entscheidung über

den Einsatz medizinischer und psychologischer Expertise leisten. Das betrifft Empfehlungen, wann, wo und wie die genannten Expertisen sinnvoll einfließen können. Die Bedarfe einer Rauchentwöhnung decken sich mit den allgemeinen Aufgaben, die Soziale Arbeit erfüllt (vgl. Adlkofer et al. (o. J.): 4f.):

- Überwindung von Kommunikationsproblemen und Konflikten
- Erhöhen und Schaffen eines Zugangs von Wissen zum Spektrum möglicher Versorgungsleistungen
- Verstetigung des Rehabilitationserfolgs nach der Rauchentwöhnungsmaßnahme
- Unterstützung des Zugangs zu Selbsthilfeorganisationen und Förderung des Selbsthilfepotenzials
- Stabilisierung und Stärkung des familiären Netzes
- Wiedererlangen und Stärkung der Handlungsfähigkeit und Autonomie
- Aktivierung eigener und sozialer Ressourcen
- Krankheitsverarbeitung, einschließlich möglicher Einschränkungen durch die Langzeitfolgen einer Krebserkrankung

Grenzen Sozialer Arbeit

Die vorliegende Studie erlaubt einen Einblick in die Lebenswelt der Betroffenen. Dieser bildet die Grundlage der Entwicklung und Gestaltung von sozialarbeiterischen und medizinisch-präventiven Angeboten. Die Gesamtauswertung spiegelt unter anderem wider, dass Klinische Sozialarbeit anscheinend nicht genügend Reichweite besitzt, um Bedürftige zu erreichen. Eine Vernetzung anderer Institutionen mit denen der (klinisch-onkologischen) Sozialen Arbeit ist für die Werbung von Hilfsangeboten wie Rauchentwöhnungsprogramme wichtig (vgl. Kapitel 4.8). Zudem sind Suchthilfe und -beratung, Gruppenarbeit und onkologische Sozialberatung Aufgabenfelder, in der Soziale Arbeit professionell die Bedarfe der Befragten abdecken könnte. Inwiefern kann Klinische Sozialarbeit den genannten Bedürfnissen (vgl. Kapitel 4) einer Rauchentwöhnung von Angehörigen und Krebspatient:innen gerecht werden? Klar ist, dass die Klinische Sozialarbeit ein großes Spektrum an Aufgaben übernimmt und zugleich auf bestimmte Aufgabenbereiche spezialisiert ist (vgl. Kapitel 2.4). Knappe finanzielle und zeitliche Ressourcen und die hohe Erwartung an Flexibilität und Anpassung an neue Aufgabenbereiche wie Gruppenarbeit, Suchtberatung, Kriseninterventionen etc. könnten innerhalb der Klinischen Sozialarbeit in der onkologischen Versorgung ein Problem der Überlastung darstellen. Zudem können konkrete Angebote wie psychotherapeutische und medizinische Maßnahmen innerhalb des Programms der Sozialen Arbeit abgedeckt werden. Inwiefern Sozialarbeiter:innen tatsächlich in Rauchentwöhnungsprogramme von Krebspatient:innen involviert sind, ließ sich aus den bisherigen Recherchen nicht erschließen. Sowie die Vielfältigkeit an

Handlungsfeldern als Teil der Professionalisierung Sozialer Arbeit Vorteile besitzt, so ist es schwierig, Grenzen und Möglichkeiten klar hervorzuheben. Die Relevanz der Sozialen Arbeit wurde in den Ausführungen der Befragten deutlich und damit bestätigte sich, dass die Profession auch unter medizinischen Berufen an Anerkennung verdient.

5.2 Limitationen

Die in dieser Arbeit durchgeführte Forschung weist sowohl relevante Aspekte als auch Limitationen auf. Damit diese in zukünftigen Forschungsabsichten berücksichtigt werden, gilt es, sie zu analysieren und aufzuzeigen.

Die durchgeführte Studie weist mehrere Stärken auf. Die qualitative Vorgehensweise, die ein Leitfadeninterview und die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) beinhalten, ermöglichte einen größeren Spielraum bezüglich der Vorstellungen von Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der Angehörigen. Hierbei konnten neue und für die Befragten wichtige Aspekte beleuchtet und ergänzt werden, ohne dass diese von der Interviewenden thematisiert wurden. Die Lebenswelt der Betroffenen, die von Eindrücken, Erfahrungen und erlebten Emotionen geprägt ist, konnte rekonstruiert und wiedergegeben werden. Es wurde aufgezeigt, dass eine Rauchentwöhnung die Deckung weiterer Aspekte und Bedarfe einschließen sollte als psychologische oder medizinische Behandlungsmaßnahmen. Des Weiteren konnten voneinander unabhängige Angehörige befragt werden. Dennoch ergaben sich ähnliche Vorstellungen und Sichtweisen auf den Bedarf, die Anforderungen und die Gestaltung eines möglichen Entwöhnungsprogrammes. Die Vorschläge konnten in dieser Arbeit in konkretisiert und zusammengefasst dargestellt werden. Neben den Stärken existieren Limitationen, die ebenfalls zu beleuchten sind. Darunter fällt die geringe Anzahl an Befragten. Eine höhere Anzahl an Teilnehmenden ist notwendig, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Zudem ist eine subjektive Interpretation der Daten erfolgt, ohne Einbeziehung anderer Interpretationen und Sichtweisen, die für eine möglichst zuverlässige und objektive Darstellung wichtig wären. Hinzu kommt, dass der Großteil der Befragten zufällig weiblich ist und es sich ausschließlich um Familienangehörige handelt. Eine heterogenere Mischung könnte eventuell neue Aufschlüsse über die Bedarfe liefern. Für die Gestaltung von Unterstützungsprogrammen wie z. B. Entwöhnungsprogrammen müssten die Ergebnisse gegebenenfalls mit Expert:innen in Form von Leitfrageninterviews besprochen werden, um ausführliche Details zu den Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit erheben zu können.

6 Schlussbetrachtung

6.1 Fazit

Die Hauptziele der Arbeit waren die Ermittlung von Bedarfen an Rauchentwöhnungsprogrammen aus Sicht der Angehörigen von Krebspatient:innen, die Ermittlung der Relevanz der Sozialen Arbeit in diesem Bereich und deren Möglichkeiten, einen Beitrag zur Gestaltung eines Programmes mit Krebspatient:innen und Angehörigen zu leisten. Generell wurde deutlich, dass ein Angebot wie dieses wichtig für Angehörige von Krebserkrankten ist. Diese Gruppe findet bislang leider noch zu wenig Beachtung in Wissenschaft und Praxis, obwohl sie ebenfalls Mehrfachbelastungen ausgesetzt ist und unter der Krebserkrankung der Patient:innen leidet. Der Fokus sollte hier auf deren Bedarfe, Wünsche und relevante Aspekte ihrer Lebenswelt gelegt werden. Auch wurde deutlich, dass besser über Hilfsangebote und gesundheitliche Folgen von Zigarettenkonsum aufgeklärt werden muss. Diese Arbeit unterstreicht auch, dass die Soziale Arbeit mithilfe ihrer spezifischen Methoden und Dienstleistungen das Potenzial hat, Betroffene besser zu erreichen als andere therapeutische oder beratende Berufsgruppen. Es wurde deutlich, dass zwischen der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung ein ergänzendes und stützendes Verhältnis existiert, das dennoch durch Spannungen geprägt ist. Neben medizinischen und therapeutischen Entwöhnungsmaßnahmen sind weitere Bedarfe in der Rauchentwöhnung bei Angehörigen und Krebspatient:innen zu decken, die die Soziale Arbeit lebensweltorientiert und ganzheitlich berücksichtigt. Durch den Einbezug von Sozialer Arbeit können mögliche Versorgungslücken geschlossen und bestimmte Bedarfe abgedeckt werden. Die Studie ergab, dass neben medizinisch-therapeutischen Maßnahmen der Bedarf an psychosozialer und psychoonkologischer Beratung, Vermittlung, Suchthilfe und -prävention, Beziehungsarbeit und die Stärkung der Beziehungsnetze sowie der Austausch in Gruppen innerhalb eines Rauchentwöhnungsprogrammes mit Krebspatient:innen und Angehörigen einzubeziehen sind. Die Relevanz der Sozialen Arbeit ist an die Weiterentwicklung ihrer Identität gekoppelt, die sich als multiprofessionelles Paradigma zeigt. Die Profession muss sich weiterhin in Praxis und Wissenschaft festigen. Zudem sollten die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen, damit hochqualitative und gute Soziale Arbeit geleistet werden kann. Diese muss sich ihrer Möglichkeiten und Relevanz, ihrem Nutzen, aber auch ihrer klaren Grenzen bewusst sein.

6.2 Ausblick

Die Interviewstudie liefert die Perspektive der Angehörigen von Krebspatient:innen auf eine Gestaltung einer gemeinsamen Rauchentwöhnung, die Bedarfe und Wünsche sowie Sorgen und Herausforderungen ihrer Lebenswelt widerspiegelt. Weiterführend könnten die Erkenntnisse aus der durchgeführten Studie im Rahmen von Expert:inneninterviews besprochen

werden. Die Expert:innen könnten einen Einblick in die Realität der gängigen Praxis liefern, sodass Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in onkologischen Hilfsangeboten wie eine Raucherentwöhnung von Angehörigen und Krebspatient:innen formuliert werden könnten. Zeitgleich könnten so Herausforderungen, Grenzen und Möglichkeiten der Profession herausgearbeitet werden. Des Weiteren sind größere Studien für die Datenerhebung einer inhaltlichen und formalen Gestaltung aus Sicht der Angehörigen notwendig, um Konzepte zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Hierzu bietet sich die Anwendung der Mixed-Methods-Forschung an, bei der sowohl qualitative als auch quantitative Forschung zum Tragen kommt. Die Studien könnten nicht nur im Rahmen der Sozialen Arbeit, sondern auch innerhalb eines Forschungsrahmens in Psychologie, Medizin oder Soziologie durchgeführt werden, da dieses Hilfsangebot auch in der Praxis einer multiprofessionellen Zusammenarbeit bedarf.

7 Literaturverzeichnis

Adlkofer, Ulrike/ Bruns, Gudrun/ Dr. Prindl, Michael/ Schröter, Katharina/ Stecker, Petra (o.J): Soziale Arbeit in der ambulanten Krebsberatung – ein wesentlicher Baustein zur bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung. Online unter:

https://bak-ev.org/downloads/Soziale_Arbeit_in_der_ambulanten_Krebsberatung_BAKWebsite.pdf (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Badr, H./ Taylor, C.L. (2006): Social constraints and spousal communication in lung cancer. *Psycho-Oncology*.

Batra, Anil/ Petersen, Kay Uwe/ Hoffmann, Sabine/ Kiefer, Falk (2021): S3-Leitlinie. Rauchen und Tabakabhängigkeit. Screening, Diagnostik und Behandlung. 2.Auflage. Springer Verlag: Berlin.

Batra, Anil/ Kiefer, Falk/ Kopp, Ina/ Petersen, Uwe (2021): S3-Leitlinie. Rauchen und Tabakabhängigkeit. Screening, Diagnostik und Behandlung. AWMF.

Berthel, Toni (2021): Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In: Krebs, Marcel/ Mäder, Roger/ Mezzera, Tanya: Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis. Springer VS: Wiesbaden.

Beta Institut gemeinnützige GmbH (2022): Palliativversorgung. Online unter:

<https://www.betanet.de/palliativversorgung.html> (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Bottorff, J.L./ Kalaw, C./ Johnson, J.L./ Chambers, N./ Stewart, M./ Greaves, L.(2005). Unraveling smoking ties: How tobacco use is embedded in couple interactions. *Research in Nursing and Health*.

Bruns, Gudrun (2020): Soziale Arbeit in der ambulanten Krebsberatung. Ein wesentlicher Baustein zur bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung. In: *Forum 1* 2020, 12 – 15.

Böhnisch, Lothar (2016 a): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Beltz: Weinheim.

Böhnisch, Lothar (2016b): Der Weg zum sozialpädagogischen und sozialisationstheoretischen Konzept Lebensbewältigung. In: Litau, John/ Walther, Andreas/ Warth, Annegret/ Wey, Sophia: Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologische Vergewisserungen und empirische Befunde. Beltz Juventa: Weinheim.

Choi, M. / Craft, B./ Geraci, S.(2011): Surveillance and monitoring of adult cancer survivors. (o.A.).

Online unter: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(11\)00273-7/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(11)00273-7/fulltext) (Letzter Zugriff, Januar, 2023).

Dresing, Thorsten/ Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Eigenverlag: Marburg.

Dahlke, Rüdiger (1999): Krankheit als Sprache der Seele. Bedeutung und Chance der Krankheitsbilder. Wilhelm Goldmann Verlag: München

Deutsches Krebsforschungszentrum (2021): Krebs vorbeugen: Was kann ich tun? Möglichkeiten, um das persönliche Krebsrisiko zu verringern. Eine Broschüre des Krebsinformationsdienstes. Krebsinformationsdienst: Heidelberg.

Deutsches Krebsforschungszentrum (2020): Grundlagen zum Thema Krebs. Prävention, Entstehung und Behandlung. Krebsinformationsdienst: Heidelberg.

Deutsches Krebsforschungszentrum (2018): Erstmals für Deutschland ermittelt: Vermeidbare Risikofaktoren verursachen 37 Prozent aller Krebsfälle. Online unter:

<https://www.krebsinformationsdienst.de/aktuelles/2018/news070-vermeidbare-risikofaktoren.php> (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Deutsche Krebshilfe (2020): Die blauen Ratgeber. Ihr Krebsrisiko. Sind Sie gefährdet? Antworten. Hilfen. Perspektiven. Stiftung Deutsche Krebshilfe: Bonn.

Deutsche Krebshilfe (2020): Die blauen Ratgeber. Hilfen für Angehörige. Antworten. Hilfen. Perspektiven. Stiftung Deutsche Krebshilfe: Bonn.

Dilling, H. (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber: Bern.

Ebbert, J./ Williams, B. / Sun, Z. (2005): Duration of smoking abstinence as a predictor for non-small-cell lung cancer survival in women. Lung Cancer. :165-172.

Ehrenzeller, M./ Mayer, D./ Goldstein, A. (2018): Smoking prevalence and management among cancer survivors. Oncol Nurs Forum: 55-68.

Online unter: <https://store.ons.org/pubs/article/239881/download> (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Ernst, Jochen/ Zimmermann, Tanja (2022): Mein Mann hat Krebs. Wie gehen wir als Paar mit der Erkrankung um. Springer Verlag: Berlin.

Falba, T./ Sindelar, J. (2008): Spousal concordance in health behavior change. Health Services Research.

Fiore, M. (2000): US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. In: Respir Care: 1200 – 1262.

Flick, Uwe (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. Springer VS: Wiesbaden.

Fagerström, K. (2011): Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence Nicotine Tob Res. Heft 14 (1): 75-78.

Frioriksdottir, N. et al. (2011): Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. Acta Oncol.: 252 – 258.

Girgis et al. (2013): Some things change, some things stay the same: a longitudinal analysis of cancer caregivers' unmet supportive care needs. In: Psychooncology 22.: 1557 – 1564.

Grunfeld, E. (2004): Family caregiver burden. Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. Can Med Assoc.: 1795 – 1801.

Giesler, J./ Weis, J. (2016): Psychosoziale Belastungen bei Krebspatienten. Der Gastroenterologe, 11: 179-182 Springer Medizinverlag. Heidelberg.

Götze, H. et al. (2014): Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. In: Support Care Cancer: 2775 – 2782.

Heine, Julia (2019): Psychische Belastungen und Lebensqualität von Angehörigen von Patienten mit Krebserkrankungen in der spezialisierten stationären Palliativversorgung.

Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Hoch, E./ Mühlhng, S./ Hofler, S./ Lieb, M./ Wittchen, HU. (2004): How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? (o.A.).

Koo, Ey. et al. (2020): Prevalence and predictors of sustained smoking after a cancer diagnosis in Korean men. In: Cancer Res Treat.:139-148.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4 Aufl. Beltz Juventa: Weinheim/ Basel.

Kurz, Andrea/Stockhammer, Constanze/Fuchs, Susanne/Meinhard, Dieter (2009): Das problemzentrierte Interview. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. 2. Aufl., Wiesbaden: GWV Fachverlage: 463-475.

- Lampridou M. (2019): Want to Quit Smoking? Partner up. Uropean Society of Cardiology. Online unter: <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/04/190412085218.htm>. (Letzter Zugriff: Januar, 2023).
- Lamnek, Siegfried/ Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. Beltz Verlag: Weinheim und Basel.
- Lemos Rodriguez, Raquel (2022): 5 weise Zitate von Benjamin Franklin. Online unter: <https://gedankenwelt.de/5-weise-zitate-von-benjamin-franklin/> (Letzter Zugriff: Januar, 2023).
- Maosheng, H. et al. (2007): High - order interactions among genetic variants in DNA base excitions repair pathway genes and smoking in bladder cancer susceptibility. In: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.: 84 – 91. Online unter: <https://aacrjournals.org/cebpa/article/16/1/84/276644/High-Order-Interactions-among-Genetic-Variants-in> (Letzter Zugriff: Januar 2023).
- Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. Beltz: Weinheim und Basel.
- McBride, C.M./ Pollack, K.I./ Garst, J./ Keefe, F./ Lyna, P./ Fish, L. (2003). Distress and motivation for smoking cessation among lung cancer patients' relatives who smoke. Journal of Cancer Education. (o.A.).
- Mehnert, Anja/ Vehling, Sigrund (2017): Psychoonkologische Unterstützung von Patienten und Angehörigen in der Terminalphase. Forum. (o.A.).
- Mehnert, A. (2015): Berufstätigkeit und Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung in: Weber, A./ Peschkes, L./ De Boer, W.: Return to Work – Arbeit für Alle, Gentner Verlag: Stuttgart.
- Mehnert, A./ Koranyi, S. (2018): Psychoonkologische Versorgung: eine Herausforderung. TumorDiagn u Ther: 453 – 460.
- Muehling, S./ Nowak, D. (2004): Neun Thesen zur Rauchentwöhnung. In: Suchtmed.
- Mühling, Stephan/ Kröger, Christoph (2021): Ätiologie. In: Batra, Anil et al.: S3-Leitlinie. Rauchen und Tabakabhängigkeit. Screening, Diagnostik und Behandlung. AWMF.
- Neumann, Melissa et al. (2021): Impact of Family and Social Network on Tobacco Cessation Amongst Cancer Patients. In: Lung Cancer -focus on prevention and early detection.: 1- 5.
- Nohl, Arnd-Michael (2006): Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis, 1. Auflage, GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Parsons, A. et al. (2010): P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systemic review of observational studies with meta-analysis.: 340. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5569> (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Juventa Verlag: Weinheim.

Przyborski, A./ Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4 erw. Aufl. Oldenbourg Verlag: München.

Robert-Koch-Institut (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018. Ausgabe 13. RKI: Berlin.

Robinson C./ Bottorff J./ Smith M./ Sullivan K. (2010): Just because you've got lung cancer doesn't mean i will. Lung cancer, smoking, and family dynamics. J Fam Nurs.

Rosenberger, C. et al. (2012): Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. Psychother Psych Med 2012: 185 – 194.

Rösler, Marie/ Walther, Jürgen/ Schneider, Sabine/ Adolph, Holger (2016): Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht. Im Auftrag der „Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie“ (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. Online unter: <https://docplayer.org/22620658-Soziale-arbeit-in-der-onkologie-eine-zusammenfassende-uebersicht.html> (Letzter Zugriff: Januar 2023).

Sarna, L. (1995): Smoking behaviors of women after diagnosis with lung cancer. Image: Journal of Nursing Scholarship. (o.A.).

Sagebiel, Juliane (2006): Mensch in der Gesellschaft sein. Soziale Probleme und Soziale Arbeit – zentrale Themen einer Sozialarbeitswissenschaft nach Silvia Staub – Bernasconi. Online unter:

https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/7/publikationen_4/dokumente_44/sagebiel/Sagebiel-2006-Mensch_in_der_Gesellschaft_sein.pdf (Letzter Zugriff: Januar 2023)

Stamm – Balderjahn, S./ Groneberg D./ Kusma, B./ Jagota, A./ Schönfeld, N. (2012): Smoking prevention in school students – positive effects of a hospital – based intervention. In: Deutsches Ärzteblatt: 746 – 752.

Sharma, R. et al. (2011): Interactions among genetic variants in tobacco metabolizing genes and smoking are associated with head and neck cancer susceptibility in North Indians. (o.A.).

Ulbricht, Sabina/ Meyer, Christian (2005): Rauchverzicht: Der Hausarzt sorgt für Motivation. Online unter:

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/rauchverzicht-der-hausarzt-sorgt-fur-motivation-2703.php> (Letzter Zugriff: Januar, 2023).

Unterkofler, Ursula/ Franz, Julia (2021): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. Prinzipien und Erfahrungen. Band 23. Verlag Barbara Budrich: Leverkusen.

Weichbold, Martin (2014): Pretest. In: Baur, Nina/ Blasius, Jörg: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS: Wiesbaden.

Grunwald, K./ Thiersch H. (2016): Praxis Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Juventa: Weinheim und München.

Weis, Joachim (2022): Psychische Langzeitforschung von Krebserkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz: 431 - 438.

Weizsäcker, von Viktor (2008): Warum wird man krank. Rimpau, von Wilhelm (Hg), Suhrkamp Taschenbuch: Frankfurt am Main.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung–Theories, Methods, Applications, vol. 1: 1–9.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main/New York.

8 Anhang

Anhang 1: Transkript 1 - Dana

Anhang 2: Transkript 2 - Tom

Anhang 3: Transkript 3 - Mona

Anhang 4: Transkript 4 – Lilli

Anhang 5: Transkript 5 – Dilara

Anhang 6: Transkript 6 – Justin

Anhang 7: Transkript 7 – Silvano

Anhang 8: Transkript 8 – Bianca

Anhang 9: Transkript 9 – Sarah

Anhang 10: Transkript 10 - Jonas

Anhang 11: Leitfaden

1 **Transkript - Dana**

2 **I:** Ah, okay, super. Genau kannst du mich noch hören?

3 **B:** (?Jetzt.)

4 **I:** Ah okay, ich höre mich gerade so ein bisschen versetzt, ist das okay, wenn ich-,also du
5 kannst, wenn du möchtest auch die Kamera ausschalten. Aber ich höre dich dann nicht so gut.

6 **B:** Ja.

7 **I:** Okay super. Okay gut. Alles klar, dann würde ich mal beginnen. Also, erstmal guten Tag
8 oder guten Abend. Genau erstmal zur Info, ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg
9 und verfasse meine Masterthesis im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Universitäts-
10 klinik Hamburg. Und ich bedanke mich für deine Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Und
11 ja das primäre Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist einfach die Erkenntnisgewinnung von
12 Informationen für ein Nikotinpräventionsprogramm bei Angehörigen von KrebspatientInnen mit
13 ihnen aus deiner Sicht. Und wie gesagt ich werde dir erstmal ein paar allgemeine Fragen stel-
14 len. Und es gibt keine falschen Antworten und wenn du eine Frage nicht beantworten möch-
15 test, dann ist das auch okay und dann kannst du das auch gerne sagen.

16 **B:** Okay.

17 **I:** Also erstmal muss ich dich fragen, wie alt du bist.

18 **B:** Fünfundzwanzig.

19 **I:** Okay gut und was du arbeitest, also deine berufliche Stellung.

20 **B:** Bankkauffrau.

21 **I:** Ah super, okay. Und deinen Familienstand, also ledig oder verheiratet?

22 **B:** Verheiratet.

23 **I:** Ah verheiratet, okay. Und was die damals, du hattest ja erzählt, dass dein Onkel da an Krebs
24 erkrankt ist oder gewesen ist, ob du weißt welche Art der Krebserkrankung das war?

25 **B:** (?Männlich) ist das weniger riskante?

26 **I:** Genau, ja also okay-

27 **B:** Der hatte einen Tumor, einen gutartigen am Hals. Ja. Mehr weiß ich dazu nicht.

28 **I:** Okay das reicht auch (lacht). Und weißt du auch noch, wann das Datum der Krebserkran-
29 kung war, also wann das diagnostiziert wurde?

30 **B:** Ja, Januar, nein das war Dezember 2012.

31 **I:** Aha okay. Und jetzt nochmal zu dir selbst, du hattest ja angegeben, dass du Exraucherin
32 bist, beziehungsweise Gelegenheitsraucherin. Wie lange-, also wie das bei dir so ist, also wie
33 oft rauchst du im Monat oder vielleicht über einen Zeitraum hinweg? Sind das so jeden Monat
34 eine Zigarette oder ist das immer unterschiedlich, wie würdest du das selber beschreiben?

35 **B:** Immer unterschiedlich, im Urlaub auf jeden Fall mehr als eine im Monat. Also früher war
36 das halt täglich, aber jetzt ist das halt nur im Urlaub, wenn überhaupt. Und wenn im Urlaub
37 dann die ganzen drei Wochen vielleicht fünf.

38 **I:** Ah okay alles klar.

39 **B:** Also wirklich ganz selten jetzt.

40 **I:** Okay. Alles klar, dann würde ich jetzt nochmal fragen, weil ich hatte dir vorhin eine Frage zu
41 deinem Onkel gestellt. Welche Beziehung du zu deinem Onkel hast, beziehungsweise welche
42 Rolle er in deinem Leben spielt. Wie würdest du das beschrieben?

43 **B:** Also das könnte man als zweiten Vater so bezeichnen. Wir haben eine sehr enge Bezie-
44 hung zueinander, deshalb ist er mir und der Familie sehr sehr wichtig. Die Diagnose hat uns
45 auch alle sehr belastet, obwohl der Tumor ja nur gutartig war.

46 **I:** Okay. Und inwiefern wurde also das Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Diagnose überhaupt
47 vom medizinischen Personal thematisiert? Also war das überhaupt dieses Rauchverhalten von
48 deinem Onkel, war das überhaupt Thema in der Klinik? Beziehungsweise im medizinischen
49 Personal oder wurde das gar nicht thematisiert? Und wie hats du das erlebt?

50 **I:** Also es wurde thematisiert, ich bin nämlich direkt nach seiner OP, also als dieser gutartige
51 Tumor entfernt worden ist, gleich danach war ich bei ihm im Schockraum als erste Person.
52 Und da hatte der Arzt auch gesagt, das ist auf jeden Fall kommt durch das Rauchen und war
53 selbst am Rauchen. Da haben wir auch gefragt, okay? Da meinte er, dass es auch Leute gibt,
54 die es nicht vom Rauchen haben, aber bei ihm ist das definitiv davon. Wenn man nochmal
55 gefragt hatte, warum kann das jetzt sein und dann meinten die Ärzte immer, das kommt vom
56 Rauchen. Weil er richtig Kettenraucher war.

57 **I:** Ah okay. Und als du das gehört hast, so dass die das selbst thematisiert haben, was hat das
58 in dir ausgelöst, also hattest du irgendwie Gefühle dazu oder Gedanken zu dem Zeitpunkt?

59 **B:** Ich war da noch relativ jung. Und da war ich sowieso mal ein bisschen mehr Antirauchen.
60 Und das ist auch jetzt der Grund, warum man jetzt nicht die ganze Zeit durch raucht, weil man
61 immer dieses Bild hat. Weil ich war halt im Schockraum und da sind die ja noch komplett
62 verkabelt und man sieht ja die Wunde, also das war zwar vielleicht umgewickelt, aber die

63 Wunde wo sie ist und wie fertig die Person dann ist. Und das ist halt so immer, wenn man eine
64 Zigarette sieht, das Bild was man sieht.

65 Hätte er noch weiterhin nach der Diagnose geraucht, dann wäre das glaube ich schon schlimm
66 für mich. Also ich hätte permanent Angst, dass er sich weiter gefährdet und er noch einen
67 Tumor bekommt, aber einen bösartigen. Das Schlimmste ist ja, dass ich oder auch wir als
68 Familie ihm ja nicht helfen könnten. Ich meine wie sollten wir das, wir wüssten ja auch nicht,
69 wie.

70 I: Meinst du, es hätte sich auch schlecht auf dich ausgewirkt?

71 B: Ja, definitiv, also bestimmt hätte es jeden von uns aufs Gemüt geschlagen. Weil allein die
72 Tatsache, dass er krank ist und das alles, das kommt ja auch dazu. Also ein Glück hat er ja
73 nach der Diagnose aufgehört, aber es gibt ja auch manche Menschen, die es weitermachen
74 und da tun mir dann die Angehörigen auch Leid. Weil, wenn man das dann weiterhin vor den
75 Augen der anderen tut (...) ich, ähm, ich könnte mir vorstellen, dass das dann eventuell schon
76 so ein Dauerstreit-Thema wäre (...) da würden wir das wahrscheinlich eher sein lassen, weil
77 es nichts bringt, das ständig anzusprechen, außer schlechte Laune oder Streit vermutlich.

78 I: Okay und wie weit würdest du sagen wurde das Rauchverhalten von dir, also wurde das von
79 dir auch jemals thematisiert zu diesem Zeitpunkt? Also hattest du das auch mal irgendwie als
80 Thema, als das diagnostiziert war, hast du da mit deinem Onkel auch mal drüber geredet?

81 B: Ja man hat halt gesagt, das kommt halt dadurch, dass du so viel geraucht hast und dann
82 hat er auch gesagt, ja. Aber mehr hat man dazu dann auch nicht gesagt, halt nur ja wir wissen,
83 wovon das kommt, und ich mache es jetzt nicht mehr. Also von ihm aus.

84 I: Okay und hat dich also damals als du noch geraucht hast zu diesem Zeitpunkt, würdest du
85 sagen, dass dich diese Diagnose bei dir etwas ausgelöst hat oder dein Rauchverhalten irgend-
86 wie verändert hat? Also dein eigenes. Hatte das irgendwie einen Einfluss?

87 B: Ich habe ja sozusagen danach erst ein bisschen- Also ich war ja da jünger und dann habe
88 ich halt danach erst geraucht. Aber ich habe das zum Beispiel durch mehr Stress gemacht,
89 aber ja ich habe mich dann immer, wenn ich Bilder gesehen habe auf den Schachteln, habe
90 ich dann auch an meinen Onkel selbst gedacht. Weil es auch so ein Bild vom Hals gibt. Und
91 das war immer so der Grund, wo man gesagt hat, okay ich lasse es jetzt lieber.

92 I: Du meinstest ja, dass du weitergeraucht hast nach der Diagnose. Wie bist du dabei mit

93 B: Nein, nein.

94 I: Ah okay. Und dementsprechend bist du dann mit dem Rauchverhalten dann so umgegan-
95 gen. Also es gab keine Herausforderungen für dich oder also es war für dich, also hätte er jetzt

96 noch weiter geraucht, dann wäre das auf jeden Fall wahrscheinlich irgendwie für dich unbe-
97 greiflicher?

98 **B:** Ja genau, also es war, ich bin nicht die Einzige, sondern sein Sohn, also mein Cousin hat
99 genauso aufgehört, nachdem diese Diagnose kam, aber es gibt genauso genug Verwandte,
100 die es weiter machen. Aber das ist halt so der Grund. Also er hat auch selbst gesagt, wenn ich
101 sehe, das war ein gutartiger Tumor, es hätte auch ein bösartiger sein können. Seitdem raucht
102 er auch gar nicht mehr. Das ist jetzt auch zehn Jahre fast her. Ich glaube, dass es total schwer
103 ist, das aufzugeben, weil die Sucht einen ja auch kontrolliert irgendwo. Ich bin froh, dass mein
104 Onkel dann irgendwann aufgehört hat, obwohl er ja Kettenraucher war. Man kann sich ja auch
105 nicht sicher sein, ob er wieder rückfällig wird. Also Angst hatte ich schon davor, da er mir
106 wichtig ist. Weil in diesem Kampf steht man ja auch unter Dauerstress und da kann es jeder
107 Zeit dazu kommen, dass man nicht mehr stark genug ist, um das Rauchen fortzusetzen. Und
108 dass schlimmste ist, dass der Krebs halt wieder zurückkommt, aber nicht gutartig.

109 **I:** Hast du Angst, du könntest auch rückfällig werden?

110 **B:** Also Angst habe ich keine. Ich weiß ja, dass ich gegen diese Sucht ankämpfe, auch wenn
111 das unterbewusst geschieht. Anfangs ja noch bewusst, weil man total merkt, dass einem was
112 fehlt, irgendwann aber wird es zur Gewohnheit, dass es einem fehlt und dann kommt das
113 Verlangen nur in so Trigger-Phasen wie Stress auf der Arbeit.

114 **I:** Ah okay,

115 **B:** Also aus dem Grund sozusagen raucht er nicht mehr.

116 **I:** Ah okay, das ist doch gut.

117 **B:** Ja.

118 **I:** Ja. Okay. Und würdest du sagen, wurde dein, Onkel auch früher auch so aufgeklärt? In der
119 Schule oder so?

120 **B:** Nein, also das kam aus dem privaten Umfeld. Erst durch das medizinische Personal.

121 Und du selbst?

122 Ich hatte auch nie Aufklärung. Also echt nie, vielleicht mal in der Schule aber ich weiß es echt
123 nicht mehr genau.

124 **I:** Ah okay. Und wurde dir auch mal erklärt, wie du deinen Onkel unterstützen kannst mit dem
125 Rauchen aufzuhören also hat dein Onkel auch Unterstützung benötigt?

126 **B:** Der hat keine Unterstützung benötigt. Aber es wurde ihm auch nicht, kann mich nicht erin-
127 nern, dass ihm das aktiv gesagt worden ist, er muss damit aufhören. Also es war nur in diesem

128 Schockraum, wo ich war, da haben sein Sohn und ich den Arzt gefragt, ob das durch das
129 Rauchen halt kommt und dann meinte er ja. Aber es wurde nie so richtig bei ihm thematisiert,
130 dass er damit aufhören soll, dass es davon halt kommt. Nur nach der OP halt.

131 **I:** Ah okay. Und wie wurdest du über die Folgen aufgeklärt? Also wurdest du jemals darüber
132 aufgeklärt?

133 **B:** Nein nur anhand der Bilder auf den Packungen.

134 **I:** Okay. Ja das sagt ja auch schon viel aus. Okay. Aber die Aufklärung, genau das ist jetzt
135 auch noch eine Frage, inwiefern hatte die Aufklärung einen Einfluss auf dein eigenes Rauch-
136 verhalten? Also hat es das reduziert, hat es dich abgeschreckt?

137 **B:** Also damals hat mich das abgeschreckt, als ich dann angefangen habe zu rauchen hat
138 man es aus einem anderen Grund gemacht. Aber als man dann nochmal überlegt hat, was
139 mache ich gerade, habe ich wieder an die Situation gedacht und das hat mich dann wieder
140 abgeschreckt. Ganz kompliziert.

141 **I:** Nein alles gut, auf jeden Fall verständlich. Und jetzt würde mich nochmal interessieren, wie
142 hoch du den Bedarf für beispielsweise so Unterstützungshilfe oder Programme zur Rauchent-
143 wöhnung bei PatientInnen einschätzt? Also ob du meinst, dass es da überhaupt einen Bedarf
144 gibt, so Unterstützungshilfen für PatientInnen gibt, die immer noch rauchen.

145 **B:** Also ich würde sagen, dass das auf jeden Fall nötig ist. Beziehungsweise ich glaube das
146 ist zu wenig. Mein Onkel jetzt kann man vielleicht auch nicht so ganz als Beispiel nehmen.
147 Weil er ist halt so einer, wenn der Arzt sagt, du darfst das nicht mehr, dann macht er das auch
148 nicht, weil er Angst hat. Aber es gibt ja genug Patienten, die keine Angst haben. Und dann
149 trotzdem weiter machen. Und wie gesagt, das kam ja nicht von denen, dass die gesagt haben,
150 du musst aufhören oder du musst darauf verzichten. Das kam ja von ihm selbst eher. Sonst
151 hätte er danach wieder rauchen können. Aber hat er nicht. Aber ich glaube nicht, dass jeder
152 so wie mein Onkel dann ist.

153 **I:** Ah okay. Und würdest du sagen, jetzt auch aus deiner Sicht, also wie würdest du das ein-
154 schätzen für dich, also hättest du damals beispielsweise so ein Unterstützungsprogramm oder
155 Angebot in Anspruch genommen, also als du aufhören wolltest mit dem Rauchen? Ob es da
156 auch Bedarf gebe oder hättest du das selbst auch in Anspruch genommen?

157 **B:** Ich selbst nicht, wenn ich mir was sagen wir mal als Ziel setze, dass ich das nicht mehr
158 machen möchte, hätte ich das nicht gebraucht. Wenn das vielleicht über einen längeren Zeit-
159 raum gewesen wäre, also wirklich von über fünf, sechs Jahren oder so dann wahrscheinlich
160 schon.

161 **I:** Okay also meinst du das Programm sollte so lange gehen oder meinst du hättest du so lange
162 geraucht quasi?

163 **B:** Hätte ich so lange geraucht genau.

164 **I:** Ah genau und du würdest immer wieder aufhören wollen, aber würdest es nicht schaffen?

165 **B:** Genau, wenn ich jetzt länger dran, also wenn ich länger Raucherin bin, als- Weil ich war
166 jetzt nicht so lange und gelegentlich und nur eine kurze Phase lang. Aber wenn ich jetzt daran
167 denke, hätte ich jetzt wirklich vier, fünf Jahre durch geraucht, dann könnte ich nicht einfach so
168 aufhören. Ohne dass man so ein Unterstützungsprogramm hat.

169 **I:** Okay und was meinst du so aus dem Stehgreif raus, welche Unterstützungsmöglichkeiten
170 würdest du dich oder Menschen, die eben in dieser Situation stecken, die eben vielleicht er-
171 krankt sind aber eben noch rauchen, was meinst du was könnte man da anbieten, also so
172 vielleicht gibt es da sowas wie eine Beratungsstelle oder so ein Programm. Also meinst es gibt
173 da etwas, was du dir vorstellen kannst, wie das aussehen kann?

174 **B:** Also ich weiß nicht aber, vielleicht also am besten ist es ja immer, wenn man mit Leuten
175 spricht, die es halt vielleicht nicht so gut überstanden haben wie einer selbst, der dann wieder
176 rauchen kann. Weil wenn du wieder rauchen kannst stelle ich mir das vor, dass es dir besser
177 geht. Weil wenn es dir nicht so gut geht, ich weiß nicht ob man dann wirklich rauchen kann.
178 Aber ich finde meistens schreckt die Leute das ja ab, wenn sie sehen, wie sie doch schlimmer
179 enden könnten. War bei meinem Onkel zum Beispiel auch so, er hat einen Bekannten, der
180 hatte genau das gleiche wie er und der kann jetzt nicht reden, weil am Hals sich der Tumor zu
181 sehr ausgeweitet hat, dass das an die Stimmbänder ging.

182 **I:** Okay, krass ja.

183 **B:** Ja und dann, wenn man sowas sieht, dann das schreckt halt mehr ab. Weil bei Beratungs-
184 stellen denke ich immer, dass die Leute dann sagen, ist wieder so eine Beratungsstelle, was
185 soll ich da?

186 **I:** Ja verstehe. Und würdest du sagen, oder welche Bedeutung hatte denn diese Rauchent-
187 wöhnung bei deinem Onkel? Also hatte das irgendwie eine Priorität oder war das eher so, ja
188 mache ich irgendwann mal? Wie würdest du das einschätzen?

189 **B:** Also, dass er dann aufhört damit oder?

190 **I:** Genau also welche Bedeutung das für ihn hatte.

191 **B:** Also hat ja bestimmt nicht aufgehört, also davor hat er ja auch nie versucht damit aufzuhö-
192 ren, das kam wirklich nur mit dem Einschlag von Sie haben einen Tumor.

193 **I:** Okay. Also du würdest auch denken, okay hätte er das nicht gehabt, dann würde er das
194 nicht auch ansteuern. Also er würde dann nicht irgendwie versuchen wegzukommen davon.

195 **B:** Genau.

196 **I:** Okay und welche Bedeutung hatte das bei dir selbst, weil du hattest ja dann auch aufgehört,
197 hatte das da auch eine Priorität für dich oder hattest du das immer weiter wieder aufgeschob-
198 ben? Weil man kennt es ja, man schiebt das immer wieder auf und man sagt, ja morgen. Oder
199 wolltest du unbedingt auf jeden Fall von jetzt auf gleich dann, also war dir das wichtig?

200 **B:** Ja als ich gemerkt habe, dass das Gesundheitlich mich anschlägt, da habe ich glaube ich
201 gesagt, so jetzt ist wieder ein Cut.

202 **I:** Okay. Alles klar. Und welche positiven und negativen Konsequenzen würdest du bei einer
203 Reduktion, also beim Aufhören für Krebserkrankte erwarten oder für deinen Onkel? Also gibt
204 es da so positive und negative Konsequenzen, die du so nennen würdest, die aus dieser Re-
205 duktion entstehen?

206 **B:** Also bei der Konsumreduktion würde ich nichts Negatives sehen. Positiv würde ich auf
207 jeden Fall also zum Beispiel, dass man ja Geld einspart vielleicht schon, halt die Gesundheit,
208 vielleicht auch Mitlebende, die dann den Rauch mit einrauchen müssen. Dass man halt ein
209 bisschen mehr auf die anderen dann achtet und nicht vor sich hin raucht. Nur weil man es halt
210 selbst brauch, aber dann, dass der Partner oder so dass dann mit einatmen muss oder wie
211 auch immer. Wie gesagt die Gesundheit. Ja.

212 **B:** Ja das sind auf jeden Fall gute Punkte. Und genau ich hatte ja davor schon gefragt so
213 Unterstützungshilfen und Programme, welche Erfahrungen du damit gemacht hast. Also ob du
214 jemals damit in Berührung bekommen bist oder Erfahrungen gemacht hast?

215 **B:** Nein, gar keine Erfahrungen.

216 **I:** Okay. Und auch nicht für deinen Onkel also du hattest da auch keine Erfahrungen gemacht,
217 dass er sowas in Anspruch genommen hat oder?

218 **B:** Nein hat er nicht.

219 **I:** Okay. Und was meinst du oder genau eine Einschätzung einfach, was meinst du wie hoch
220 wäre denn die Motivation also für diese Teilnahme an solchen Konsumreduktionsprogram-
221 men? Also könntest du dir vorstellen beispielsweise hättest du damals noch geraucht und dein
222 Onkel noch geraucht, das gemeinsam mit ihm sowas an so einem Programm teilzunehmen?

223 **B:** Ja also, wenn man jemanden hat, das ist ja eigentlich, wie bei jeder anderen Sache auch,
224 wenn ich jemanden habe, den ich kenne, dann sind wir schonmal zu zweit, dann würde ich da
225 eher hingehen, als wenn ich alleine gehen müsste.

226 **I:** Ah okay. Und du findest auch, dass die Motivation dann höher wäre dran teilzunehmen?

227 **B:** Also für mich persönlich ja, weil dann weiß ich schonmal, ich gehe dahin und ich kenne
228 einen. Und den, den ich kenne habe ich auch sage ich mal lieb oder habe ein gutes Verhältnis
229 zu dem. Und gerade, wenn es dann halt so zielmäßig ist, dass es uns eigentlich im Nachhinein
230 besser gehen soll, da hätte ich sowas wahrgenommen, wenn es dann nicht anders gehen
231 würde.

232 **I:** Und würdest du auch an sowas teilnehmen, wäre jetzt beispielsweise dein Angehöriger also
233 dein Onkel nicht dabei gewesen? Wäre da die Motivation ebenfalls so hoch oder wie würdest
234 du die da einschätzen?

235 **B:** Das kommt vielleicht auch darauf an, wie das beworben wird, wo man hingeht. Wenn es
236 mich sehr interessiert, also wenn es mich wirklich sehr betrifft, dass ich damit aufhören möchte,
237 würde ich auch alleine gehen.

238 **I:** Okay, wenn du das selber sehr priorisierst quasi?

239 **B:** Ja genau.

240 **I:** Ah okay. Und wie hoch würdest du einschätzen bei KrebspatientInnen so allgemein, dass
241 die daran teilnehmen würden, also wie hoch die Motivation wäre an so einem Konsumreduk-
242 tionsprogramm beispielsweise in der Klinik oder allgemein so teilzunehmen, so aus deiner
243 Sicht. Was würdest du da denken?

244 **B:** Also ich glaube, das kommt wieder drauf an, wie es dem Krebspatienten selbst geht. Wenn
245 er merkt, es wird schlechter kann ich mir gut vorstellen, dass er vielleicht schon was dagegen
246 tun würde. Sie müssen einsehen, dass sie Hilfe brauchen. Und wenn es dem Krebs Patienten
247 vielleicht besser geht, dass er dann vergisst, woher das kommt oder was der Grund sein
248 könnte und dann die Motivation nicht so hoch ist, dass man damit aufhören möchte.

249 **I:** Okay. Und was meinst du so welche Hindernisse gebe es bei dir und also jetzt so wenn du
250 dich zurückversetzt so, was meinst du was gäbe es so für Hindernisse, dass euch beide also
251 deinen Onkel und dich hindert daran teilzunehmen oder auch andere? Also gäbe es da so et-
252 was, was einen zurückhält?

253 **B:** Vielleicht das Schamgefühl, dass man es nicht alleine hinkriegt. Das kann ich mir bei mei-
254 nem Onkel zum Beispiel sehr gut vorstellen. Dass er sich da nicht hintrat, weil er sagt, na toll
255 jetzt merken alle ich schaffe das von alleine nicht, dabei kann das ja nicht so schwer sein, weil
256 es kann da ja Leute geben, die auch Ex-Raucher sind. Oder dass man belächelt wird, jetzt bist
257 du selbst schuld, dass du jetzt in der Lage bist. So das ist der Grund, du hast selber Schuld,
258 weil du geraucht hast.

259 **I:** Ja. Und du selbst was meinst du hätte dich gehindert?

260 **B:** Ich glaube, dass schwer wäre, das unterzubringen. Wenn das wirklich regelmäßige Termine
261 sind, dann wäre es schwer weil man so viele andere Arzttermine hat, die man ja auch mitbe-
262 gleitet und dann hat man selbst auch noch eigene Pflichten, wie wenn man Kinder hat oder so
263 (..) also es müsste so gestaltet sein, dass man das wahrnehmen kann. Sonst ist es nur eher
264 zusätzliche Belastung als Hilfe. Und dass ich die vielleicht nicht mag oder schlechte Erfahrun-
265 gen mit denen habe so das ist eher so dieses Persönliche. Nicht unbedingt am Thema.

266 **I:** Okay und was meinst du also auch jetzt so aus dem Stehgreif, wie könnte so ein Programm
267 aussehen also für dich und deinen Onkel also was hättest du dir da gewünscht was gemacht
268 würde oder thematisiert werden würde?

269 **B:** Ich glaube das ist schon schwer, also klar die könnten immer alle sagen, das ist der Grund,
270 zu viel Nikotin, zu viel geraucht, also da Zahlen, Daten, Fakten. Wäre glaube ich zu langweilig
271 und würde nicht das erreichen was sein soll. Dann halt wirklich da ich sehe in echt was den
272 Leuten passiert oder ich sehe, wie es einem anderen schlechter geht, dieser Erfahrungsaus-
273 tausch, ich glaube das trifft es, Erfahrungsaustausch würde dazu passen.

274 **I:** Okay. Und was meinst du wie könnte, also wie würde so ein Programm formal aussehen,
275 damit man dran teilnimmt oder damit du daran teilnehmen würdest? Zum Beispiel halt so Flyer
276 oder wäre das eher so ansprechender wäre das so online oder Gruppen oder Einzelsitzungen?
277 Also wie hättest du das dann, genau wie hättest du das gerne gehabt, beziehungsweise wo
278 würdest du sagen, okay daran würde ich eher teilnehmen?

279 **B:** Ich würde eher dran teilnehmen, wenn es eine kleinere Gruppe ist, also jetzt nicht zu groß.
280 Einzel auf jeden Fall nicht, das wäre mir glaube ich ein bisschen, ich weiß nicht, frontal so.
281 Was labert er jetzt da vor mir. Und ich persönlich würde jetzt online präferieren. Weil das viel
282 einfacher ist, man nicht irgendwohin fahren muss.

283 **I:** Also online lieber als Präsenz beispielsweise?

284 **B:** Ja, weil das bei Online hätte ich nicht so viele Gründe zu sagen ich gehe da nicht hin. Weil
285 ich kann ja online mich von überall aus einloggen.

286 **I:** Ah okay und ich glaube auch, dass man da vielleicht eher dran teilnimmt, wenn man diesen
287 PC aufmachen kann, als da extra hinzufahren oder?

288 **B:** Ja genau. Und vielleicht dann auch, dass mich vielleicht nicht jeder erkennt oder sieht und
289 sagen kann, okay die kenne ich vielleicht vom Einkaufen oder so. Ein bisschen anonymisierter
290 ist. Wenn es jetzt in der Gruppe ist.

291 **I:** Ja und würdest du, also wie lange könnte dieses Programm dauern, also könntest du dir das
292 vorstellen über Monate hinweg, einen Monat oder ein paar Tage oder wie könntest du dir das
293 vorstellen?

294 **B:** Also, wenn ich jetzt persönlich daran teilnehmen würde, dann würde mich das am meisten
295 reizen, wenn es jetzt zum Beispiel eine Woche am Stück ist, dann immer zu einer bestimmten
296 Zeit, aber ich glaube mehr würde ich auch nicht machen.

297 **I:** Okay also wirklich nur so quasi eine Woche aber dann mehrmals oder einfach einmalig eine
298 Woche?

299 **B:** Nein, ich würde jetzt sagen zum Beispiel, wir fangen an eine Woche und dann sehen wir
300 uns nach drei Monaten wieder mit den und den Erfahrungen, die man gesammelt hat und dann
301 immer so weiter.

302 **I:** Okay ja cool. Okay, ja genau und jetzt nochmal eine letzte Frage, die mich interessieren
303 würde, wie hoch du den bedarf an sozialer Unterstützung aus der Umgebung durch Freunde
304 oder Familie oder Bekannte bei der Entwöhnung bei deinen Angehörigen sehen würdest. Also
305 wie hoch, jetzt damals, hättest du das eingeschätzt?

306 **B:** Also das auf jeden Fall als sehr wichtig. Wenn ich so dran denke bei uns, wenn man dann
307 so sagt, ach komm das ist nur eine Zigarette, das macht jetzt den Kohl auch nicht fett oder wie
308 man das sagt. Komm noch eine, ach komm jetzt ist der andere Cousin mit dabei jetzt rauchen
309 wir noch- Also ich glaube doch das ist schon sehr wichtig. Aber da hatten wir halt den Vorteil,
310 dass viele bei mir hier in Deutschland nicht rauchen. Und dann auch nicht diese Situation kam
311 bei meinem Onkel. ... #00:27:43#

312 **I:** Okay, also meinst du auch, dass Angehörige oder halt Familie beispielweise einen hohen
313 Einfluss auch haben, ob diese Person entwöhnt, also nicht mehr raucht oder halt schon noch
314 mehr raucht?

315 **B:** Ja auf jeden Fall. Ich denke, dass die Unterstützung der Familie und der Freunde eine
316 große und positive Wirkung haben, egal ob man die Person während der Diagnose oder einer
317 Rauchentwöhnung begleitet, das ist echt wichtig und dieser Faktor wird echt unterschätzt. Und
318 deswegen machen vielleicht auch so Programme eventuell Sinn, wenn man halt zusammen
319 mit jemand anderem vielleicht mit einem Angehörigen, das zusammen durchzieht.

320 **B:** Ja.

321 **I:** Okay, ja cool.

322 **B:** Also würde ich jetzt bei mir auf jeden Fall so sehen.

323 I: Okay, cool. Also ich würde dann-, also eigentlich-, ich habe jetzt keine Fragen mehr, ich
324 bedanke mich auf jeden Fall erstmal, dass du dir Zeit genommen hast, meine Fragen zu be-
325 antworten und ich schalte das Diktiergerät jetzt mal kurz aus.

1 **Transkript 2 - Tom**

2 I: OK, es läuft. Wie schon gesagt, ich stelle mich nochmal kurz vor, das habe ich glaube ich
3 noch gar nicht so. Ähm un zwar bin ich Dorina Kurta (lacht) ich studiere Soziale Arbeit an der
4 HAW Hamburg und verfasse momentan meine Master-Thesis im Rahmen eines Forschungs-
5 projekts an der UKE und genau, also wie gesagt, ich bedanke mich nochmal bei dir für deine
6 Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Ich werde gleich erstmal ein paar allgemeine Fragen
7 stellen und dann offenere Fragen stellen. Alles, was du sagst, ist wertvoll für mich und wenn
8 du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann ist das auch in Ordnung.

9

10 B: OK.

11 I: Alles klar, dann würde ich dich erstmal fragen, wie alt du bist?

12 B: 28 bin ich.

13 I: Und deine berufliche Stellung?

14 B: Ich arbeite als Erzieher in einer Krippengruppe.

15 I: Ah, OK. Und dein Familienstand?

16 B: Ich bin jetzt verlobt.

17 I: Alles klar. Und du hattest mir ja noch erzählt, dass deine Mutter damals an Krebs erkrankt
18 war. Um welche Art der Krebserkrankung hat es sich gehandelt?

19 B: Ähm, sie hatte Lungenkrebs.

20 I: Alles klar. Und weißt du noch, wann das diagnostiziert wurde?

21 B: So grob, September oder Oktober, 2012.

22 I: Dann würde ich dir noch ein paar weitere Fragen stellen, also zu deinem Nikotinkonsum. Du
23 hattest ja selbst berichtet, dass du bis vor zwei Jahren selbst Nikotin konsumiert hast, ähm,
24 kannst du dich daran erinnern, wie viele Zigaretten du damals geraucht hast am Tag?

25 B: Es waren Zigarillos, und es waren zehn Stück.

26 I: OK, und hast du trotzdem weitergeraucht, als du krank warst? Hattest du dann eher verzich-
27 tet?

28 B: Nein also ich habe dann trotzdem geraucht, also genau so viel dann.

29 I: OK. Alles klar dann erstmal vielen Dank, das wars schon mit den Standardfragen. Jetzt würde
30 ich dann zum eigentlichen Interview kommen.

31 B: OK.

32 I: Genau ähm, jetzt würde ich dich gerne einmal fragen ähm, welche Beziehung du, also du zu
33 deiner Mutter hattest damals, also, war die eher also, genau wie würdest du die beschreiben,
34 also hat sie eine Rolle, also eine wichtige Rolle in deinem Leben gespielt, oder wie war das
35 für dich, wie sah das aus?

36 Tom: (Pause) Also sie hat ne sehr wichtige Rolle in meinem Leben gespielt, weil ähm, neun
37 Jahre davor ist mein Vater schon verstorben.

38 I: Mhm.

39 Tom: Und ähm, genau ich bin halt viel mit meinem Bruder bei meiner Mutter und meiner Oma
40 aufgewachsen quasi.

41 I: Mhm. OK.

42 Tom: Ja.

43 I: Ok, ähm, alles klar, gut. Ähm, genau, dann würde ich das auf jeden Fall so interpretieren,
44 dass sie auf jeden Fall eine wichtige Person in deinem Leben war und dass ihr auf jedem Fall
45 eine Verbindung zueinander hatten.

46 Tom: Ja auch ne gute Verbindung, das ist ja nicht immer so.

47 I: Ja, das stimmt auf jeden Fall. Ähm, OK und ähm, damals, ähm, hattest, genau du hattest ja,
48 wie gesagt dass sie auch schon ähm selber Nikotin ähm geraucht hat. Ähm wurde das jemals
49 von dir ähm, mal thematisiert also ähm, vor der Diagnose und nach der Diagnose, also war
50 das jemals n Thema dieses Rauchen ?

51 Tom: Ähm, ich hab halt kurz vor der Diagnose selber angefangen zu rauchen .. da war es
52 natürlich Thema dann (unv.) zu sagen die raucht ja, warum darf ich dann nicht ? Bin ja auch
53 erwachsen.

54 I: Mhm.

55 Tom: Ähm... und als Kind äh und als Jugendlicher fand ich es halt total blöd, dass meine
56 Mutter geraucht hat, weil es ähm, natürlich ungesund ist.

57 I: Mhm.

58 Tom: Ähm, und da sie am Ende auch Lungenkrebs hatte und dass..ja. Man kann es natürlich
59 nicht genau dann sagen, woran es gelegen hat aber es gibt leider natürlich einen Zusammen-
60 hang.

61 I: Mhm.

62 Tom: Ähm, ... ja.

63 I: OK, also ähm, alles klar. Genau, weil das ähm würde ich jetzt auch so verstehen, dass ähm,
64 dass das auf jeden Fall auch ein Thema war, was du definitiv bestimmt schon mal irgendwie
65 in dem Zusammenhang wahrscheinlich thematisiert hast und dass es nicht einfach so dieses
66 „ja hingenommen“ und dass das gar nicht thematisiert wird dann.

67 Tom: Nee, das wurde überhaupt nicht verschwiegen. Ich habe das ähm, zwar nicht immer
68 wenn sie geraucht hat, aber immer wieder mal ähm, dann gesagt. Dass ich das blöd von ihr
69 und schlecht von ihr fand.

70 I: Mhm. Ok. Und wurde das Rauchverhalten, also ähm vom medizinischen Personal mal the-
71 matisiert? Also, bei ihr auch, während, also auch vor der Diagnose aber auch während und
72 nach der Diagnose, also weißt du das?

73 Tom: Das kann ich gar nicht genau sagen ähm.

74 I: OK.

75 Tom : Ich hab, ähm. Wir haben sie einige Monate nach der Diagnose ins Hospiz dann ge-
76 bracht... und ähm... sie hat, sobald es ihr halt körperlich möglich war, hat sie auch dort noch
77 geraucht. Weil sie ist ja selber nicht mehr vom Bett in den Rollstuhl gekommen und kam dann
78 nur mit fremder Hilfe nach draußen ähm...

79 I: Mhm.

80 Tom: Aber so, wenn sie dann halt mal draußen war, hat sie auch eine geraucht, nh.

81 I: Ah ok, also sie hat auch nach der Diagnose weiter geraucht ?

82 Tom: Ja, das ähm. Das fand ich die ganze Zei..das fand ich immer schwierig. Ja, das äh. Aber
83 ich konnte es halt auf der anderen Seite auch verstehen, dass man das nicht von heute auf
84 morgen sein lassen kann. Auch wenn das äh, natürlich eine Schock-Diagnose ist. Da ähm.

85 I: Mhm.

86 Tom: Sie hat auch im medizinischen Bereich gearbeitet, sie war selbst in der Onkologie tätig.

87 I: OK, Ok.

88 Tom: Daher hatte sie vermutlich.. konnte sie die Diagnose, die sie bekommen hat, viel besser
89 interpretieren.

90 I: Ja.

91 Tom: Und wusste, dass es dann halt eher ... ja für sie halt .. das war halt im Endstadium, da
92 gab es keine oder sehr geringe Chancen auf Heilung.

93 I: OK.

94 Tom: Und dann kann ich ja auch verstehen, dass sie dann sagt, sie will das.. ja halt noch
95 genießen.

96 I: Mhm. Du hast ja auch irgendwie gesagt, dass das für dich trotzdem, dass du es verstehen
97 konntest, aber, dass es für dich schwierig war auch. Wie bist du denn damit umgegangen?
98 Beziehungsweise, was hat dir da so geholfen?

99 Tom: Ja, also ähm. Das war gar nicht, also das war... ähm..es gab halt ne Menge zu tun bevor
100 sie ins Hospiz ist, habe ich äh.. ich sie gepflegt zu Hause mit meiner Oma zusammen und
101 ähm..ja dann, da war .. wenn sie dann mal rauchen wollte, dann habe ich ihr sogar auch noch
102 geholfen, da habe ich ihr vom Sofa im Rollstuhl sie dann zur Terasse halt geschoben.

103 I: Okay, ja. Danke auf jeden Fall erstmal so weit, das ist eine wertvolle Info einfach auch be-
104 zogen darauf wie man mit diesem Rauchverhalten auch umgeht obwohl sie diese Diagnose
105 bekommen hat und auch drinsteckt, und dass das ja auch für die Angehörigen nicht leicht
106 wahr, so nachzuvollziehen war in dem Moment.

107 Tom. Ja.

108 I: Und würdest du sagen, dass, oder inwiefern hat sich die Diagnose vielleicht auf dein eigenes
109 ausgewirkt?

110 Tom: Ich habe dann ja noch 8 Jahre danach geraucht. Ehm, also es hat mich nicht davon
111 abgehalten und ich hatte auch kein schlechtes Gewissen dadurch, auch wenn ich genau
112 wusste, was für Folgen das halt haben kann...

113 I: Ja.

114 Tom: Ähm... ja.

115 I: Du hattest ja aufgehört auf jeden Fall, was hat dich denn dazu motiviert?

116 Tom: Ich hatte immer wieder überlegt, eben weil es so teuer ist und ich es nicht mag, ähm,
117 mich abhängig zu fühlen. Und dann musste ich praktischerweise nach der Arbeit in Quaran-
118 täne und die Packung war halt gerade alle. Und da dachte ich „Ich kann nicht kaufen“ und
119 dadurch kann ich mal versuchen aufzuhören.

120 I: Aaah, OK, verstehe ! Dann hast du diese Zeit als Auszeit für dich genutzt.

121 Tom: Also es war kein geplanter Versuch, es hat einfach gerade gepasst und weil ich eh schon
122 überlegt hatte...

123 I: Ja.

124 Tom: Genau.

125 I: Und wie wurdest du über das Rauchen aufgeklärt? Das ist immer so eine Standardfrage,
126 aber das läuft in manchen Fällen ja anders ab.

127 Tom: Mein Vater hatte auch geraucht und das fand' ich auch schon blöd, also als Kind wird
128 mir irgendwann mal gesagt worden sein, dass das ungesund ist und ähm...man will natürlich
129 nicht, dass die Eltern was ungesundes machen..und ansonsten das, was man ansonsten über
130 Werbung und Schule mitbekommt. In der Schule hatten wir das mal thematisiert, oder durch
131 das Thema „Rauchverbot an Gaststätten“ damals wurde auch sehr viel darüber gesprochen.

132 I: Okay.

133 Tom: Ja.

134 I: Und würdest du sagen, dass deine Eltern darüber gut aufgeklärt wurden?

135 Tom: Also ich glaube, als sie angefangen haben, vielleicht nicht. Aber mit der Zeit, dann schon.
136 Also die wussten beide, was das für Folgen haben kann. Also meine Mutter ja sowieso, weil
137 sie in dem Bereich gearbeitet hat. Aber von meinen Großeltern werden sie da nicht groß auf-
138 geklärt worden sein. Das glaube ich nicht.

139 I: Okay, es würde mich interessieren, ob du glaubst, dass Krebspatient:innen, die selbst noch
140 rauchen, an einer Rauchentwöhnung teilnehmen würden, beziehungsweise wie hoch du deren
141 Bedarf einer Rauchentwöhnung einschätzen würdest.

142 Tom: Ich hatte auch mal selbst überlegt, mir so eine App anzugucken, welche zum Rauchstopp
143 verhelfen sollte. Für mich war das n-i-c-h-t-s. Und ich bin ja jetzt wirklich rauchfrei seit zwei
144 Jahren, weil ich das auch wirklich so möchte. Ich verstehe eben, wie die Sucht funktioniert und
145 in welchen Momenten ich mir dann immer wieder sagen muss „Nee, du kaufst dir jetzt keine
146 Packung“ auch wenn ich KÖNNTE. Also Aufklärung darüber, wie Süchte funktionieren, das ist
147 so das meiste, was mir geholfen hat.

148 I: Also auch schauen, wie die Sucht quasi funktioniert, damit man sich quasi selber auch ver-
149 steht?

150 Tom: Ja, dass man auch wenn es einem fünf Monate später wieder überkommt und man denkt,
151 man will eigentlich, dass man weiß, dass ist jetzt einfach auch Teil der Sucht und das gehört
152 noch dazu und ich muss einfach nur wieder „Nein“ in dem Sinne sagen.

153 I: Also du sagst, dass jetzt beispielsweise Rauchentwöhnung in Form von zum Beispiel Unter-
154 stützungsprogrammen nichts für dich wären.

155 Tom: Also, ich habe mir da jetzt keine angeguckt.. ich habe mir halt so eine App angeguckt
156 und für mich gesagt, dass es nicht das ist, was ich machen möchte. Oder in Anspruch nehmen
157 möchte. Das ist, ähm.. auf der anderen Seite denke ich aber, dass es sehr wichtig ist, dass
158 das Angebot auf jeden Fall DA ist. Weil das, bei jedem, helfen einfach unterschiedliche Sa-
159 chen. Und was mir hilft, hilft anderen ja vielleicht nicht.

160 I: Und du hattest neben der App auch keine weiteren oder anderen Unterstützungsmaßnah-
161 men, richtig?

162 Tom: Genau.

163 I: Und meinst du, es gäbe eine hohe Motivation an der Teilnahme, wenn es eine Rauchent-
164 wöhnung gäbe, an der Krebspatient:innen mit ihren Angehörigen zusammen teilnehmen wür-
165 den?

166 Tom: Ja, also man setzt halt in einem Zeitpunkt im Leben an, der für Patienten und den Ange-
167 hörigen sehr schwierig ist. Und ähm, emotional auch einfach sehr anstrengend ist, sehr mit-
168 nimmt und das sind die Phasen, wo man tendenziell eher mehr raucht und ähm, sich vielleicht
169 noch schlechter reinreden lässt..weil es eben ..“es ist halt so stressig, und wenn es halt wieder
170 besser läuft, höre ich auf“ oder sowas, das ist .. stimmt zwar auch nicht immer, aber das ist..
171 halt noch eine Ausrede mehr, die dazukommt.

172 I: Ah okay, mhm. Und vielleicht auch, dass es darauf ankommt, was für Aussichten das sind,
173 ob es positive Aussichten sind, oder nicht?

174 Tom: Ja das auch, also für die Patienten auf alle Fälle, meine Mutter hätte das halt nicht ge-
175 macht, sie hat halt auch nicht aufgehört, aber bei ihr war die Aussicht halt auch nicht gut. Und
176 wenn da die Aussicht halt besser ist, kann ich mir vorstellen, dass man sich sagt „ ich will den
177 Krebs besiegen, auch dauerhaft besiegen, gehört halt auch dazu, dass man mit dem Rauchen
178 aufhört“.. ja.

179 I: Mhm, ja. Und

180 Tom: Und da kann dann gerade Unterstützung halt helfen. Aus dem selben Grund wie eben.
181 Es ist eine schwierige Situation und wenn man dann nicht alleine gelassen wird, das ist dann..
182 viel wert.

183 I: Genau, und der soziale Aspekt ist dann ja vielleicht auch wichtig, vor allem wenn eine Person
184 aus dem engen Kreis vielleicht auch aufhören möchte, dass das vielleicht den Effekt verstärkt,

185 dass man davon loskommen möchte. Und was meinst du, wie so ein gemeinsames Entwöhnungsprogramm aussehen könnte?
186

187 Tom: Es macht vielleicht Sinn, da zweigleisig zu fahren. Erstmal in einer Gruppe, mit Krebspatient:innen und Angehörigen, die das zusammen durchziehen können, glaube aber auch,
188 dass es für manche Sinn macht und es für sich machen wollen. Ich habe auch für mich entschieden,
189 es alleine zu machen. Hätte ich Druck von anderen bekommen, dann hätte es bei mir nicht funktioniert,
190 also weil ich bei Druck immer mit Widerstand reagiere. Und wenn dann halt so ein Gruppendruck entsteht,
191 dann steuere ich halt dagegen. Dann hätte ich halt.. schlechter aufhören können. Auf der anderen Seite bin ich halt auch ähm.. bin ich gerade
192 aufgrund der Trauer halt noch von damals gerade in einer Selbsthilfegruppe und die hilft mir schon SEHR.
193 Also miteinander Erfahrungen auszutauschen, Gefühle auszutauschen die eben nur Leute kennen können,
194 die ähnliche Erfahrungen haben ist da sehr hilfreich. Und ich denke, es könnte eben bei einer Entwöhnungsmaßnahme auch sein.
197

198 I: Ja. Ich dachte mir auch, dass so eine Maßnahme einen selbsthilfe-Charakter haben kann,
199 allerdings muss da auf die Gruppendynamik geachtet werden, weil da Druck entstehen kann und das sehr kontraproduktiv sein kann.
200

201 Tom: Da ist dann halt die professionelle Begleitung gefragt, dass sie halt den Druck aus der Gruppe rausnimmt.
202

203 I: Und was meinst, du wie lange müsste sowas dauern? Es gibt ja Programme, die eine bestimmte Zeitraum anhalten.
204

205 Tom: Ich weiß, dass ich stressigen Phasen immernoch das Verlangen habe, zu Rauchen, aber weil sich das so tief verankert hat,
206 dass ich damit Druck abbauen kann, kann ich sagen, dass es jetzt selbst nach zwei Jahren eben noch nicht raus ist.
207 Ich weiß nicht, wann es raus sein wird. Also ich glaube, dass die Gruppe, also das muss ja nicht über den ganzen Zeitraum dann
208 professionell begleitet sein, da ist eben der Anfang am wichtigsten, aber dass man sich halt nach und nach weiterhin auch selbstständig unterstützen kann.
209 Also ich glaube, ein Monat ist halt zu kurz, also wenn man eine Zeit lang dann Hilfe bekommt und im Regen dann wieder steht,
210 dann ist das ein bisschen zu kurz dann.
212

213 I: Ja.. um das nachhaltig zu gestalten, wäre das vielleicht eine Idee, es in Hybrid-Form zu gestalten.
214 Also am Anfang vielleicht mit einer professionellen Unterstützung und dann vielleicht als Selbsthilfe-Gruppe,
215 wo man sich auch gegenseitig unterstützen kann. Freiwillig natürlich alles, dass man sozusagen ..ja.
216

217 Tom: Die gruppe hat dann auch immer Schwierigkeiten, einen Ort zu finden, wo sie sich treffen.
218 Also dass man hierfür Räumlichkeiten zur Verfügung stellt und vielleicht auch noch Info-

219 Material dazu zugeben, wenn es neue Forschung dazu gibt, dass sie nicht ganz allein sind,
220 aber sobald sie eigentlich im Thema dann irgendwann drin sind, dass sie sich dann auch selbst
221 irgendwann helfen können.

222 I: Und was wären beispielsweise positive Effekte und negative Effekte der Rauchreduktion?

223 Tom: Positive Effekte... dass man nicht in die Gefahr läuft, an Krebs zu erkranken. Dass man
224 sich generell fitter und gesünder fühlt. Das negative ist eben, dass man andere gesündere
225 Wege finden muss, mit Stress und Belastungen umzugehen, da Rauchen dafür keine langfris-
226 tige Lösung sein kann..

227 Ok. Und wie würdest du die soziale Unterstützung einschätzen? Bei der Entwöhnung zum
228 Beispiel?

229 Sie ist sehr wichtig. Bei einer Rauchentwöhnung kann das für andere wirklich helfen, diesen
230 Aspekt sollte man vielleicht nicht so unterschätzen. Von daher finde ich, ist es eine sehr gute
231 Idee, die Rauchentwöhnung zusammen mit Angehörigen zu gestalten. Denn wir spenden ja
232 auch Kraft während der Krebserkrankung, warum sollte dies dabei nicht auch positive Vorteile
233 haben?

234 - Audio endet -

1 **Transkript 3 – Mona**

2 I: Hallo, schön, dass du dich bereit erklärt hast, an dem Interview teilzunehmen. Ich studiere
3 Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und verfasse momentan meine Master-Thesis im Rah-
4 men eines Forschungsprojekts an der UKE und genau, also wie gesagt, ich bedanke mich
5 nochmal bei dir für deine Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. So, jetzt stelle ich dir ein
6 paar allgemeine Fragen. Wie alt bist du?

7 Mona: 25.

8 I: OK. Und deine berufliche Stellung?

9 Mona: Ich arbeite als Bürokauffrau.

10 I: Und dein Familienstand?

11 Mona: Ledig.

12 I: Ok. Und an welchem Krebs ist dein Vater erkrankt?

13 Mona: An Lungenkrebs.

14 I: Okay und wann wurde es diagnostiziert?

15 Mona: 2019.

16 I: Du hast geraucht oder?

17 Mona: Genau, ich bin seit 4 Jahren rauchfrei.

18 I: Und als du noch geraucht hast, wie viele Zigaretten hast du damals am Tag geraucht?

19 Mona: So fünf Stück am Tag.

20 I: Und hast du trotzdem weitergeraucht, als du krank warst ?

21 Mona: Nein, das nicht.

22 I: Vielen Dank, dass du diese Fragen beantwortet hast. Jetzt möchte ich dich fragen, ähm..
23 wie ist denn deine Beziehung zu deinem Vater?

24 Mona: Mein Vater ist an Krebs erkrankt, wir haben eine gute Beziehung. Wir sind wie beste
25 Freunde immer gewesen. Er war anders irgendwie. Wir sind zusammen ausgegangen, haben
26 zusammengearbeitet, haben zusammen einige Kunstprojekte gemacht. Ich kann sagen das
27 wir wirklich offen mietender sind. Ich musste mich nie schämen wegen etwas oder verstecken.
28 Ich habe ihm gefühlt alles nach gemacht (lächelt). Er ist nämlich Künstler und ich Grafik De-
29 signerin. Wir basteln oft zusammen an neuen Sachen und es macht uns mega Spaß.

30 I: Alles klar. Und was macht diese Beziehung so aus?

31 Mona: Ich bin sehr stolz auf unsere Beziehung, die hatte natürlich auch mal Höhen und Tiefen
32 aber die Beziehung zu ihm hat mich zu dem gemacht was ich bin .. und ich bin sehr froh
33 darüber.

34 I: Schön! Also spielt dein Vater eine wichtige Rolle in deinem Leben?

35 Mona: Er spielt eine sehr große Rolle in meinem Leben, eine wirklich sehr sehr große. Ich bin
36 in seine Fußstapfen getreten. Und hoffe das er stolz ist.

37 I: Alles klar, Danke. Und wurde das Rauchverhalten deines Vaters jemals vom medizinischen
38 Personal thematisiert?

39 Mona: Leider wurde das von den Ärzten nicht thematisiert..wir als Familie haben wirklich ge-
40 hofft, dass sie ihm das wenigstens ausreden können, aber haben sie leider nicht. Wir waren
41 wütend, weil wir dachten, die würden wirklich was dagegen machen und nicht weiter zulassen,
42 dass ein Stängel weiterhin sein Leben kontrolliert.

43 I: Verstehe..mhm. Und wurde das jemals von dir mal thematisiert?

44 Mona: Mit jeder Zigarette, die er sich anmacht, verschlimmert sich manchmal die Laune der
45 Personen, die im selben Raum sind wie er. Weil.. wir zusehen, wie er einfach damit weiterma-
46 chen tut. Ihm macht es nichts aus... ist ja auch vielleicht das einzige Ding, was ihm geblieben
47 ist von seinem vorherigen Leben. Vielleicht raucht er ja deshalb weiter. Wir unterstützen das
48 Ganze überhaupt nicht, da wir der Meinung sind, dass es weder ihm noch uns guttut ! Das
49 sage ich selbst als Ex-Raucherin. Ich muss sagen, dass er wirklich ein Kettenraucher ist. Ich
50 wünschte, er wäre echt nicht mehr abhängig von dem kleinen Stängel.

51 I: Oh Mensch... das kann ich mir echt vorstellen, dass das ganz schlimm für euch ist.

52 Mona: Ja, ist es wirklich.

53 I: Und hatte die Diagnose eine Auswirkung auf dein eigenes Rauchverhalten?

54 Mona: Ich habe es mit der Zeit verringert gehabt.. und irgendwann ganz aufgehört. Ich habe
55 vor ihm nicht geraucht, wenn dann ein bis zwei Mal. Ich dachte, dass es vielleicht bei ihm dann
56 ankommt, dass es nicht gut ist.

57 I: Alles klar. Danke dir für die Antwort... und wie bist du mit dem Rauchverhalten seit der
58 Diagnose von deinem Vater umgegangen?

59 Mona: Es hat nicht lange gedauert bis er seine erste Zigarette angemacht hat. Leider hat er
60 zurück zu dem Rauchen gefunden. Ich persönlich sehe es ungerne mit an.

61 I: OK. Und welche Herausforderungen gab es da für dich?

62 Mona: Man versucht oft mit ihm auf eine sanfte Art zu reden und ihm klar zu machen, dass es
63 keinem gut tut. Und es doch einfach eklig ist, dass Rauchen einen so kontrollieren kann.

64 I: Alles klar.. und was hat dir zu dieser Zeit geholfen?

65 Mona: Tatsächlich nicht viel. Wir sind ziemlich alleine auf uns gestellt...da unsere ganze Fa-
66 milie verteilt ist. Niemand wenn man das so sagen kann.. also niemand Außenstehendes. Es
67 gibt nur meine Eltern, meinen Bruder, meinen Mann und mich.

68 I: OK! Und gibt es etwas, was du DIR gewünscht hättest?

69 Mona: ... Eigentlich habe ich mir nicht viel gewünscht .. einfach nur meine Freunde, die viel-
70 leicht mit mir im Regen vor dem UKE gewartet hätten zum Beispiel .. oder einfach jemand der
71 mal einem die Hand hält ... man muss nicht mal viel sagen.

72 I: Alles klar.. mhm. Verstehe. Und wurde dein Vater mal über die Folgen vom andauernden
73 aufgeklärt?

74 Mona: NEIN..gar nicht. Es hieß, dass es nicht vom Rauchen kommt und er wenn er will, weiter
75 rauchen kann.

76 I: Im Ernst? Das ist total schräg.

77 Mona: Ja, wirklich. Ich konnte es auch nicht glauben, aber ja, so.. ähm..war das.

78 I: OK, und wie wurdest du im Umgang mit dem Rauchverhalten deines Vaters unterstützt?

79 Mona: Überhaupt nicht...meine Mutter hat es jedes Mal im Termin beim Arzt versucht ... es
80 anzusprechen und dieses Problem zu klären... aber erfolglos.

81 I: Und ich nehme an, dass du auch kaum aufgeklärt wurdest?

82 Mona: Genau.. also wurde ich nicht. Früher in der Schule..ja, aber so nicht.

83 I: Alles klar. Und wie hoch schätzt du den Bedarf an Unterstützungsprogrammen zur Rauch-
84 entwöhnung bei deinem Vater ein ?

85 Mona: Sehr hoch. Es sollte wirklich was geben, was das viel ernster nimmt und einem da durch
86 hilft...beiden, sowohl Patienten als auch Angehörige. Ich würde sowas halt auch in Anspruch
87 nehmen, zusammen mit meinem Vater.

88 I: OK. Und welche Unterstützungsmöglichkeit würdest du dir für dich oder andere Angehörige
89 wünschen?

90 Mona: Dass man vielleicht mit uns redet, wie wir auch helfen können, wie wir zum Beispiel den
91 Entzug unterstützen könnten und wie wir damit umgehen sollen. Weil es ja nicht einfach ist mit
92 einer Sache nach 40 Jahren aufzuhören. Das wissen wir ja, aber Unterstützung von jemandem
93 der Ahnung und Erfahrung hat wäre schon hilfreich.

94 I: Ja, kann ich nachvollziehen. Und welche Bedeutung hat eine Rauchentwöhnung bei deinem
95 Vater?

96 Mona: Eine sehr große... das wäre unser absoluter Traum.

97 I: Ja... OK, ähm...und hast du oder dein Vater Erfahrungen mit Unterstützungsprogrammen
98 zur Entwöhnung gemacht?

99 Mona: Wir beide noch gar keine.

100 I: Und wie hoch wäre die Motivation für die Teilnahme an so einem Programm? Könntest du
101 es dir vorstellen, es mit deinem Vater zu machen?

102 Mona: Ich wäre sehr motiviert, da ich es wichtig finde...meine Familie und ich würden es be-
103 stimmt organisiert bekommen immer mit ihm dahin zu gehen.

104 I: Und wie hoch schätzt du die Motivation deines Vaters ein?

105 Mona: ? Könnte 50/50 sein ... aber könnte genauso auch bei null sein leider.

106 I: Ah und wie würdest du sowas gestalten? Also so ein Unterstützungsprogramm?

107 Mona: Eventuell mit anderen Personen darüber reden, gewisse Themen tiefgründiger bespre-
108 chen und gewisse Aktivitäten soweit es möglich ist auszuführen. Habe mich damit nicht aus-
109 einandergesetzt, aber allein, dass man darüber reden könnte gibt mir ein gutes Gefühl.

110 I: Und welche Hindernisse würdest du bei deinem Vater sehen? Daran teilzunehmen.

111 Mona: Dass mein Vater vielleicht keine Lust irgendwann hätte und das alles für unnötig hält.

112 I: OK, ja. Und welche Bedürfnisse hättest du für ein Reduktionsprogramm für Angehörige?

113 Mona: Ein offenes Ohr und Tipps würden schon helfen. Jemand der einen versteht ... das
114 reicht schon oft aus. Alles andere wäre purer Luxus und willkommen.

115 I: Und welche Bedürfnisse hättest du für Patient:innen?

116 Mona: Ich würde mir sehr gerne wünschen, dass jemand Neutrales ihm die knallharte Wahrheit
117 des Rauchens vors Gesicht halten würde. In lieber, aber dennoch harter Realität.

118 I: Alles klar... und wie sollte sowas formal aussehen? Also beispielsweise Länge, oder Prä-
119 senz?

120 Mona: Hm.. also es muss auf jeden Fall länger gehen, weil da reichen paar Wochen nicht.
121 Mehrere Monate müssten es schon sein. Dann Präsenz und vielleicht so als Gruppen- aber
122 auch Einzelsitzungen. Ich kenne meinen Vater und er ist sehr stolz... es wäre ihm peinlich da
123 in so einer Gruppe zu sitzen, obwohl es das objektiv nicht ist. Aber ja. Wo Beratung, Aufklärung
124 und Unterstützung stattfindet und therapeutische Maßnahmen.

125 I: Dankeschön. Und wie hoch schätzt du deinen Bedarf an Unterstützung durch Freunde oder
126 Familie bei der Konsumreduktion bei deinem Vater ein?

127 Mona: Sehr hoch - einiger seiner Freunde und Familie würden denke ich das auch total unter-
128 stützen und sich freuen, wenn es sowas geben würde für ihn.

129 I: Alles klar, ich bedanke mich bei dir für deine Zeit !

130 Mona: Gerne doch. Kannst dich bei Fragen immer melden.

131 -Interview endet

1 **Transkript 4 - Lilli**

2 I: Hallo. Erstmal (..) schön, dass du dich bereit erklärt hast, an dem Interview teilzunehmen.
3 Ich bin Dorina Kurta und ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und verfasse mo-
4 mentan meine Master-Thesis im Rahmen eines Forschungsprojekts an der UKE und genau,
5 also wie gesagt, ich bedanke mich nochmal bei dir für deine Bereitschaft, am Interview teilzu-
6 nehmen. Ich werde gleich erstmal ein paar allgemeine Fragen stellen und dann offenere Fra-
7 gen stellen. Alles, was du sagst, ist wertvoll für mich und wenn du eine Frage nicht beantworten
8 möchtest, dann ist das auch in Ordnung.

9 B: Ok.

10 I: Wie alt bist du?

11 B: 35.

12 I: Und als was arbeitest du?

13 B: Ich arbeite als Konditorfachverkäuferin.

14 I: Und dein Familienstand?

15 B: Ledig.

16 I: Ok, und wann wurde der Krebs bei deinem Bruder diagnostiziert?

17 B: Vor vier Jahren. Also Lungenkrebs.

18 I: Ok, du sagtest ja bereits, dass du rauchfrei bist auch seit 3 Jahren. Wie viele Zigaretten
19 hattest du pro Tag geraucht?

20 B: So 20.

21 I: Ok, auch wenn du krank warst ?

22 B: Genau, auch als ich krank war habe ich weiter geraucht.

23 I: Ok, vielen Dank soweit.

24 B: Gerne.

25 I: Dann beschreib mir doch bitte nochmal die Beziehung zu deinem Bruder.

26 B: Also wir haben eine sehr gute Beziehung zueinander, wir sind eigentlich wie beste Freunde.
27 Wir können uns alles erzählen und über alles reden und genau. Also (...) es ist auch wirklich
28 hart für mich, dass es ihn getroffen hat. Ich mache mir eben Sorgen, also um ihn.

29 I: (...) Das kann ich nachvollziehen, gerade wenn das ein geliebter Mensch ist, kann man
30 überhaupt nicht fassen oder auch akzeptierten.

31 B: Ja.

32 I: Danke auf jeden Fall, dass du so viel mit mir geteilt hast. Wurde das Rauchverhalten deines
33 Bruders zum Zeitpunkt der Diagnose mal vom medizinischen Personal thematisiert?

34 B: Ja, also als er die Diagnose bekam, wurde er auf jeden Fall mal darauf angesprochen, dass
35 er raucht. Es wurde ihm halt auch empfohlen damit aufzuhören, weil er das ja auch schon
36 jahrelang tut und es generell der Gesundheit schadet, zusätzlich mit der Diagnose.

37 I: Ah ja, OK. Und wurde das Rauchverhalten mal von dir thematisiert?

38 B: Ja, also wir können ja über alles reden und dann ist es klar, dass ich das schon mal thema-
39 tisiert habe. Also ich habe ihm vorgeschlagen, dass wir versuchen, zusammen aufzuhören,
40 weil ich habe zu dem Zeitpunkt ja auch geraucht (..) und da dachte ich mir „geteiltes Leid ist
41 halbes Leid“, also dass man gemeinsam das vielleicht eher abgewöhnen kann und man sich
42 dabei auch gegenseitig hilft so.

43 I: Genau, also die Frage hängt schon fast mit der Antwort zusammen, aber inwiefern hat sich
44 die Diagnose auf dein eigenes Rauchverhalten ausgewirkt?

45 B: Also als dann die Diagnose kam, habe ich mir wirklich auch Gedanken um meine eigene
46 Gesundheit gemacht. Also ich habe eigentlich auch direkt daran gedacht, dass ich selbst ja
47 rauche und ja, habe das irgendwie damit in Verbindung gebracht (...) und ich wollte dann aber
48 auch nicht vor ihm rauchen, also, weil das irgendwie halt ja auch so unpassend ist (...) letztlich
49 weiß man ja nicht, ob es wirklich auch von der Zigarette kam. Weil in unserer Familie hatte
50 sonst niemand soweit Krebs.

51 I: OK, er hat ja auch nach der Diagnose kurz weitergeraucht oder?

52 B: Ja, aber auch nicht lange. Also nach ein paar Monaten hatten wir uns dazu entschlossen,
53 zu versuchen, aufzuhören.

54 I: Alles klar, ja. Weißt du, ob und wie die Aufklärung über Folgen bei deinem Bruder aussah,
55 gab es sowas mal in seinem Leben?

56 B: Ja, in der Schule gab es eine Präventionsveranstaltung, darüber hatten wir tatsächlich mal
57 geredet, da kamen an einem Tag Personen an die Schule und haben dann aufgeklärt, ansons-
58 ten ne.

59 I: Und wie siehst bei (..) ähm dir aus?

60 B: Eigentlich ähnlich. Also irgendwie war das sonst nicht wirklich Thema. Man weiß ja allge-
61 mein, dass es schädlich ist und dass es Krebs verursachen kann, auch. Aber mehr darüber
62 jetzt nicht, ich habe mir da auch nie selbst darüber Gedanken gemacht, darüber mal zu re-
63 cherchieren oder so, ja.

64 I: Alles klar, OK und wie würdest du den Bedarf einer Unterstützung zur Rauchentwöhnung
65 bei Patient:innen einschätzen?

66 B: Das wäre ziemlich hilfreich, denke ich. Also wir haben es zwar schon geschafft, aber auch
67 nur, weil wir es natürlich selbst wollten, aber auch uns gegenseitig unterstützt haben. Also mit
68 Unterstützung ist das auf jeden Fall einfacher (...) und vor allem, wenn dies von Fachleuten
69 begleitet wird.

70 I: Und wie hoch wäre da so der Bedarf bei Angehörigen, die rauchen oder selbst geraucht
71 haben?

72 B: Also wenn sie geraucht haben, dann wäre das mit Sicherheit auch sehr hilfreich, weil ich
73 merke bei mir ja auch, dass es schon wieder Phasen gibt, wo ich beinahe schwach werde und
74 zur Zigarette greife fast (..) also irgendwie ist man glaube ich nie ganz davon los. Vielleicht ein
75 Leben lang nicht. Also es würde bestimmt helfen, dass wenn man merkt, dass man in letzter
76 Zeit häufig darüber nachdenkt, dass man eben so eine Unterstützung in Anspruch nimmt, da-
77 mit es eben nicht zu einem Rückfall kommt (...) also zur Prävention.

78 I: Ich nehme auch an, dass so eine Rauchentwöhnung eine hohe Bedeutung für euch beide
79 hatte, oder?

80 B: Ja, definitiv, wir wollten beide damit aufhören und das war uns schon wichtig.

81 I: Und was sind so die positiven und negativen Konsequenzen bei Krebspatient:innen, die
82 eben aufhören wollen mit dem Rauchen, also was fällt dir da so ein?

83 B: Also gut wäre es für die Gesundheit. Dass man den Krebs vielleicht nicht noch mehr fördert.
84 Es ist auch so, dass du nichts weiter davon hast, außer mehr Stress. Du rauchst vielleicht, weil
85 du es gerade stressig findest oder aus Gewohnheit, aber ich denke, das schwingt ja schon ein
86 schlechtes Gewissen miteinher, dass man raucht, obwohl man die Diagnose hat.

87 Ich habe ja auch aufgehört, weil ich zum einen Rücksicht nehmen wollte auf meinen Bruder
88 und zum anderen, weil ich die Zigarette immer mit der Krankheit meines Bruders assoziiert
89 habe. Irgendwann hat das schlechte Gefühl dann eben überwogen. Und negativ ist eben, dass
90 man da durch muss, TROTZ Diagnose, trotz des Stresses und der Belastungen und dass man
91 da standhaft bleiben muss. Nur so kommt mal leider davon weg, man kann schlecht halbe
92 Sachen machen.

93 I: OK ich danke dir so weit. Und hast du Erfahrungen mit Unterstützungshilfen zur Entwöh-
94 nung?

95 B: Nee, ich wusste nicht mal, dass es sowas gibt, um ehrlich zu sein.

96 I: Ich nehme an, dein Bruder dann genau so wenig?

97 B: Genau (lacht).

98 I: Und was meinst du wie hoch die Motivation wäre, an sowas teilzunehmen? Also wenn du
99 und dein Bruder an sowas teilnehmen würdet?

100 B: Ich denke schon hoch. Also wir haben es jetzt gemeinsam gemacht und das hat uns viel
101 geholfen, aber ich bin sicher, dass wenn man da auch professionell begleitet wird, dass das
102 auch wirklich präventiv wirken kann. Also ich finde die Idee wirklich gut.

103 I: Und wie würdest du so ein Programm gestalten, was ist wichtig ?

104 B: Ich glaube, dass das vielleicht auf jeden Fall Raum gibt für Austausch und dass man sich
105 gegenseitig bestärkt, innerhalb einer Gruppe vielleicht und ähm, ja. Also ich glaube, dass man
106 nicht nur individuelle therapeutische Maßnahmen benötigt, sondern auch Personal, welches
107 Teilnehmer weitervermittelt an andere Unterstützungsangebote, weil man einfach nichts dar-
108 über weiß, was es gibt.

109 I: Es gibt ja auch Hindernisse bei der Teilnahme an solchen Unterstützungsprogrammen. Wel-
110 che Hindernisse würdest du bei den Erkrankten und ihren Angehörigen an solch einem Pro-
111 gramm sehen?

112 B: Ich glaube, die Beständigkeit oder das Aufrechterhalten der Motivation ist wichtig. Deshalb
113 ist es besonders wichtig, dass das fachliche Personal eine motivierende und positive Umge-
114 bung schafft, an der die Personen auch gerne teilnehmen. Neben der Krankheit hat man ja
115 auch sehr viel anderes im Alltag, was man erledigen muss. Also Organisatorisches und Ämter-
116 Sachen, dann ist man als Angehöriger ja auch emotionale Unterstützung, obwohl die Krankheit
117 einen selbst belastet. Also wenn Personen mit krebserkrankten Angehörigen erscheinen, müsste
118 man eben davon ausgehen, dass das Thema Belastungen, Krebserkrankungen etc. wahr-
119 scheinlich öfters aufkommt, auch wenn man eigentlich zur Raucherentwöhnung da ist. Also wich-
120 tig ist auch, dass der Raum für verschiedene Themen geschaffen wird, für die Entwöhnung,
121 für die Sorgen und den Austausch von Erfahrungen.

122 I: Und was wären deine Anregungen und Bedürfnisse an so einem Programm?

123 B: Dass auf die unterschiedlichen Bedürfnisse auf Angehörige und ihren krebserkrankten Ange-
124 hörigen eingegangen wird (..) und dass man ohne Druck der Entwöhnung angehen kann, also

125 wenn jetzt beispielsweise nur ein Monat so ein Programm durchführt, ist es vermutlich nicht
126 ganz so wirksam. Also eine angemessene Länge wäre auch wichtig.

127 I: Und wie könnte sowas formal aussehen?

128 B: Also formal (...) wie jetzt?

129 I: Könnte sowas in Präsenz oder eher Online, oder telefonisch und so weiter stattfinden bei-
130 spielsweise?

131 B: Also Präsenz finde ich gut. Wenn es nicht zu aufwändig ist, ist Online und Präsenz ganz
132 cool, weil manche Menschen vielleicht weiter weg wohnen und trotzdem daran teilnehmen
133 wollen, also sodass niemand benachteiligt wird. Andere haben ja auch vielleicht sehr viel zutun
134 und das Angebot wäre so leichter zu erreichen.

135 I: Ich habe auch verstanden, dass du findest, dass soziale Unterstützung bei der Entwöhnung
136 ein wichtiger Aspekt ist, oder?

137 B: Ja total. Mein Bruder und ich haben uns ja auch gegenseitig unterstützt und motiviert, das
138 hat wirklich viel geholfen. Aber professionelle Unterstützung und Beratung, und eben diese
139 therapeutischen Schritte, das wäre halt auch lang anhaltend wichtig, dass man sowas in An-
140 spruch nehmen kann. Also es ist super wichtig, dass sowas in der sozialen und medizinischen
141 Versorgung angeboten wird.

142 I: Alles klar, ich bedanke mich bei dir für deine Offenheit. Tatsächlich habe ich auch keine
143 weiteren Fragen mehr.

1 **Transkript 5 - Dilara**

2 I: Hallo Dilara. Freut mich, dass du dich dazu bereit erklärt hast, an meinem Interview teilzu-
3 nehmen. Ich bin Dorina Kurta und ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und ver-
4 fasse momentan meine Master-Thesis im Rahmen eines Forschungsprojekts an der UKE. Ich
5 bedanke mich nochmal bei dir für deine Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Gleich werde
6 ich erstmal ein paar allgemeine Fragen stellen und dann offenerere Fragen stellen. Alles, was
7 du sagst, ist wertvoll für mich und wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann ist
8 das auch in Ordnung.

9 B: Alles klar, Okay.

10 I: So, wie alt bist du?

11 B: Ich bin 27 Jahre alt.

12 I: Und was ist dein Beruf?

13 B: Ich arbeite als Projektmanagerin.

14 I: Und Familienstand?

15 B: Ledig.

16 I: Und wann wurde der Krebs bei deinem Onkel diagnostiziert?

17 B: Vor fünf Jahren, also Kehlkopfkrebs. Und er raucht halt immernoch.

18 I: Okay und du meinstest ja auch, dass du jetzt mittlerweile rauchfrei bist. Wie viele Zigaretten
19 hast du damals denn geraucht?

20 B: Uff, das weiß ich gar nicht so genau, so ca. sieben oder acht pro Tag.

21 I: Und hast du geraucht, obwohl du krank warst und im Bett bleiben solltest?

22 B: Nein, das nicht.

23 I: Dankeschön, dass du das alles mit mir geteilt hast. Kannst du mir vielleicht beschreiben, wie
24 deine Beziehung zu deinem Onkel ist?

25 B: Eigentlich wirklich gut. Also wir haben ihn sehr oft besucht und andersrum er uns auch.
26 Unser Familienleben ist (..) sehr eng und wir sehen uns eigentlich alle so oft wir können. Seit-
27 dem er die Diagnose bekommen hat, sind wir sogar viel öfter bei ihm.

28 I: Alles klar. Du hast ja auch berichtet, dass er raucht, ähm (..) wurde das Rauchen jemals vom
29 medizinischen Personal thematisiert? Also zum Zeitpunkt der Diagnose?

30 B: Vom medizinischen Personal wurde das eigentlich nicht thematisiert, nein (...). Ich habe ihn
31 auch ab und zu mal begleitet bei den Terminen und das wurde soweit nicht thematisiert.

32 I: Gar nicht?

33 B: Also zumindest nicht, als ich dabei war.

34 I: Alles klar. Danke (...). Und wurde das mal von dir angesprochen, also dass er weiterraucht?

35 B: Ja, also eigentlich von uns allen in der Familie. Also wenn er dann bei uns ist oder wenn wir
36 bei ihm sind und er sich eine Zigarette anzündet, das bekommen wir dann eben mit und ja, wir
37 haben das eben häufig angesprochen bei der Diagnose, nur jetzt eigentlich nicht wirklich mehr,
38 weil das eben nicht geholfen hat und ja, also man lässt es eben sein. Weil man eben dann
39 schon so ein wenig diskutiert hat und ja. Dann möchte man das halt lieber vermeiden. Aber
40 dass er raucht, das finden wir überhaupt nicht gut, also nee, echt nicht.

41 I: Du meinst ja auch, dass du selbst weitergeraucht hast nach der Diagnose, aber jetzt gerade
42 dabei bist, aufzuhören oder?

43 B: Genau, ja. Also nach der Diagnose habe ich jetzt noch ein Jahr weitergeraucht.

44 I: Hatte die Diagnose denn eine Auswirkung auf dein eigenes Rauchverhalten?

45 B: Zunächst einmal nicht, also ich habe weiterhin geraucht, allerdings mit einem schlechten
46 Gewissen, oder besser gesagt, mit dem Bewusstsein, dass mich sowas eventuell auch treffen
47 könnte. Es war einfach unglaublich schwer aufzuhören. Also zu der Zeit habe, habe ich meine
48 Bachelor-Arbeit geschrieben und nebenher gearbeitet, also die Phase war echt einer der stres-
49 sigsten in meinem Leben (...) und als dann die Diagnose meines Onkels kam, das hat mir
50 wirklich zugesetzt und irgendwie war Rauchen echt so eine Sache, die sehr schnell und leicht
51 zu beschaffen war und mich dann irgendwie direkt auch entspannen konnte. Es war unglaub-
52 lich schwer für mich, darauf zu verzichten, obwohl ich genau wusste, dass das schlimme Aus-
53 wirkungen auf meine Gesundheit haben kann. Aber zu der Lebensphase, das ging nicht. Jetzt
54 aber so mit der Zeit, hat mich das geprägt, also es war quasi ein Prozess. Jetzt bin ich schon
55 drei Monate rauchfrei und ja, darauf bin ich auch stolz.

56 I: Und wie bist du persönlich damit umgegangen? Also dass er weitergeraucht hat, obwohl er
57 ja die Krankheit diagnostiziert bekommen hat?

58 B: Ich habe versucht, mit ihm darüber zu reden, also auch irgendwie Angeboten, dass wir das
59 zusammen durchstehen können. Ich habe auch mal recherchiert, was es so für Hilfsangebote
60 gibt, aber irgendwie passte das alles nicht so und ja, er schien dafür nicht bereit zu sein. Weil
61 ihn das in dem Moment glaube ich gestresst hat, und ja. (...). Ich habe akzeptiert, dass er Zeit
62 braucht und dass er gerade andere Probleme hat.

63 I: Und was hätte dir zu der Zeit vielleicht geholfen, damit besser zurecht zu kommen?

64 B: Ich war irgendwie überfordert, also ich wusste gar nicht so recht, was ich machen sollte,
65 wie ich ihm helfen kann. Es war schwer, das mit anzusehen, wie er sich damit nur Schlechtes
66 tut. Also ich hätte mir vielleicht gewünscht, dass ich mehr Infos hätte darüber, was es für An-
67 gebote gibt. Aber für mich gab es einfach nicht so viel, also wo ich auch mehr mit einbezogen
68 werde. Er kann ja nicht so gut Deutsch und ja, ich müsste theoretisch halt dabei sein, weil ich
69 besser kommunizieren kann mit dem Menschen. Ich glaube, dass ist auch so ein Grund, wa-
70 rum er das abgelehnt hat, weil er nicht wollte, dass ich wegen ihm noch mehr Stress habe und
71 er eben Hilfe braucht, sowas zu regeln.

72 I: Alles klar, ich danke dir für diese wichtigen Aspekte. Weißt du, ob dein Onkel mal aufgeklärt
73 wurde? Also über die Risiken des Rauchens?

74 B: Also man weiß ja, es ist ja kein Geheimnis, dass es schädlich ist (...). Oder dass es Krebs
75 fördert (...). Aber so direkt ? Also in Schulform? Nein, also das glaube ich nicht. Also sowas
76 gab es zu der Zeit in der Türkei auch nicht.

77 I: Und bei dir?

78 B: Also es kann sein, dass wir mal in der Schule oder so darüber geredet haben, weil sowas
79 machen ja fast alle Schulen aber ich kann mich da nicht so ganz daran erinnern. Ich glaube,
80 da ging es hauptsächlich um Alkohol.

81 I: Ah, OK. Ja (...) spannend. Alles klar, wie hoch würdest du den Bedarf an Unterstützungs-
82 möglichkeiten bei Angehörigen?

83 B: Ich denke, sehr hoch, weil man so in dieser Situation nicht alleine gelassen wird. Es sind
84 unterschiedliche Lebenslagen und schwierige Lebensphasen, in denen diese Menschen ste-
85 cken und da gibt es unterschiedliche Bedarfe die auch in der medizinischen Versorgung ab-
86 gedeckt werden müssten. Wie beispielsweise die Weitervermittlung an passenden Hilfsange-
87 boten, oder wie dieses Thema hier, die Rauchentwöhnung für krebskranke Menschen, die
88 alleine nicht die Kraft besitzen, aufzuhören.

89 I: Und bei Angehörigen bzw. bei dir?

90 B: Auch sehr hoch, weil es wichtig ist, die Angehörigen auch zu integrieren und einzubeziehen.
91 Sie leiden auch unter der Erkrankung. Zwar nicht direkt, ist ja nicht zu vergleichen, aber psy-
92 chisch kann sich das auch negativ auswirken. Zumindest hat es sich negativ auf mein Wohl-
93 befinden ausgewirkt. Wir sind dann mit unseren eigenen Sachen bereits belastet und aber
94 möchten natürlich für unsere Angehörigen da sein und helfen. Bei so wichtigen Themen wie
95 Unterstützung bei Entwöhnung, beim Erfahrungsaustausch und bei bürokratischen

96 Regelungen ist sowas echt nötig, dass wir da auch als Stütze miteinbezogen werden, aber
97 auch, weil Angehörige sowas eben auch brauchen.

98 I: Alles klar, vielen Dank. Welche positiven und negativen Konsequenzen würdest du bei einer
99 Rauchentwöhnung bei deinem Onkel sehen?

100 B: Ich denke, dass sich sein Wohlbefinden verbessern würde. Also ich merke bei mir, am
101 Anfang war es wirklich schwer, ich war echt ziemlich gereizt und gestresst und es ist unglaub-
102 lich hart, dran zu bleiben, man muss es wirklich wollen. Aber nun fühle ich mich tatsächlich
103 auch besser, das wäre bei ihm sicherlich auch der Fall. Und es würde vielleicht den Heilungs-
104 prozess fördern. Negativ eigentlich nur die Entzugserscheinungen. Ich weiß auch nicht, wie
105 sich das auf den Heilungsprozess auswirkt, ich habe keine Ahnung, es kann ja auch sein, dass
106 es doch kontraproduktiv sein kann auf einer Art, aber ich denke, dass die positiven Aspekte
107 überwiegen.

108 I: OK, ja, Dankeschön erstmal. Und sag mal, welche Erfahrungen hat dein Onkel mit Unter-
109 stützungshilfe gehabt?

110 B: Keine soweit ich weiß.

111 I: Und du?

112 B: Ich hatte auch keine.

113 I: OK. Und wie hoch wäre deine Motivation, an so einem Programm teilzunehmen?

114 B: Sehr hoch, also ich würde es gut finden, wenn man als Angehöriger dabei sein kann.

115 I: Und für deinen Onkel?

116 B: Ich denke auch, dass es hoch wäre. Er möchte sowas halt einfach nicht alleine machen,
117 also gerade wegen der sprachlichen Barriere. Deshalb wäre es gut, wenn diese auch mehr-
118 sprachig eventuell zur Verfügung gestellt wird, damit auch viele andere Personen teilnehmen
119 können, damit das keine Hürde ist.

120 I: Ich wollte gerade fragen, wie sowas gestaltet werden kann (lacht). Was sollte deiner Meinung
121 auf jeden Fall in so ein Programm?

122 B: Auf jeden Fall, dass man zusammen mit den erkrankten Angehörigen hin kann, dass man
123 vielleicht zusammen so eine Rauchentwöhnung macht. Ich kann mir gut vorstellen, dass es in
124 einem größeren Gruppenkontext funktionieren kann, also mit Menschen, die genau so aufhö-
125 ren wollen und in einer ähnlichen Lebenslage sind. Aber auch Vermittlungshilfe und ja, dass
126 man quasi begleitet wird professionell.

127 I: Und wie sollte sowas formal gestaltet werden? Eher vor Ort, oder telefonisch?

128 B: Also auf jeden Fall vor Ort, vielleicht kann man auch so eine Mischung aus Präsenz und
129 Online machen, oder unterschiedliche Gruppen. Dann aber auch Einzelsitzungen vielleicht,
130 wo spezifisch auf die individuellen Bedürfnisse besser eingegangen werden kann.

131 I: Alles klar, vielen Dank für diese wichtigen Aspekte und Hinweise. Und ich habe auch ein-
132 deutig herausgehört, dass soziale Unterstützung bei der Entwöhnung wichtig ist.

133 B: Ja sehr, also so als Familienmitglied kann ich das bestätigen. Zu den Angehörigen können
134 aber auch enge Freunde oder so gehören, also falls man keine mehr hat, das kann auch vor-
135 kommen, aber diese sollten ebenfalls die Möglichkeit haben, an sowas teilzunehmen.

136 I: Alles klar, ich danke dir wirklich! Ich würde das Diktiergerät jetzt ausschalten.

1 **Transkript 6 – Justin**

2 I: Hey Justin. Vielen Dank, dass du dich dazu bereit erklärt hast, an meinem Interview teilzu-
3 nehmen. Ich bin Dorina Kurta und studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg. Momentan
4 verfasse ich meine Masterarbeit im Rahmen eines Forschungsprojekts an der UKE. Zuerst
5 stelle ich dir allgemeine Fragen, dann vertiefende. Alles, was du sagst, ist wichtig für mich.
6 Wenn du etwas nicht beantworten möchtest, ist das auch in Ordnung.

7 B: Okay, verstanden.

8 I: Also, wie alt bist du?

9 B: Ich bin 26 Jahre alt.

10 Und was arbeitest du?

11 B: Ich bin Bankkaufmann.

12 I: Und dein Familienstand?

13 B: Ledig.

14 I: Alles klar. Und wann wurde der Krebs bei deiner Mutter diagnostiziert?

15 B: Das müsste im April 2019 gewesen sein.

16 I: Und welcher Krebs ?

17 B: Kehlkopfkrebs.

18 I: Okay, also sie raucht aber noch immer oder?

19 B: Ja, ich denke schon.

20 I: Und du?

21 B: Ich rauche schon seit 2020 nicht mehr.

22 I: Okay und wie viele Zigaretten hast du damals geraucht?

23 B: Ich weiß nicht so richtig. Also pro Tag locker 10 – 15 Stück.

24 I: Hast du auch dann noch geraucht, wenn du krank warst?

25 B: Ja, da habe ich trotzdem weitergemacht.

26 I: Alles klar. Vielen Dank dir soweit! Ähm... dann würde ich dich gerne fragen, wie die Bezie-
27 hung zu deiner Mutter ist.

28 B: Hm, ja, also die war eher eigentlich immer so ... geht so. Also keine so gute eigentlich. Sie
29 hat halt narzisstische Züge und eigentlich haben meine Schwester und ich unter ihren .. Aus-
30 brüchen gelitten.

31 I: Ah Okay, also habt ihr auch kein Kontakt?

32 B: Ist schwierig, weil der Kon..Kontakt jetzt mittlerweile sehr sporadisch ist. Also wir telefonie-
33 ren manchmal, aber das ist dann auch genug, weil mir der Kontakt auf Dauer nicht guttut.

34 I: Alles klar, Dankeschön, dass du so viel mit mir geteilt hast... also du meinstest ja, sie hatte
35 Kehlkopfkrebs..und dass sie eben auch ganz lange Kettenraucherin war.

36 B: Ja, genau.

37 I: Wurde ihr Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Diagnose jemals vom medizinischen Personal
38 thematisiert?

39 B: Also eigentlich gar nicht, soweit ich weiß. Damals hatten wir ja ganz normal Kontakt und ich
40 hatte sie auch immer bei solchen Untersuchungen begleitet, aber es war eigentlich kein
41 Thema.

42 I: Alles klar. Wurde das denn mal von dir angesprochen?

43 B: Hm, also vor der Diagnose ja, das mochte ich eigentlich nie, dass sie geraucht hat. Also,
44 weil es halt eben einfach nicht gesund ist. Und zum Zeitpunkt der Diagnose erst, als ich ge-
45 merkt habe, dass sie damit weitergemacht hat. Das... war dann auch richtig unangenehm,
46 also es hat die Stimmung generell dann immer kaputt gemacht, wahrscheinlich weil ich ihr
47 keine Vorwürfe machen wollte und andersrum auch.

48 I: Ach, Okay, also war das ein sensibles Thema?

49 B: Ja, also schon.. also sie ist dann immer ausgerastet und hat mir dann Vorwürfe gemacht,
50 dass ich ja selber rauche.

51 I: Hm, OK. Und hat dich die Krebsdiagnose auf dein Rauchverhalten ausgewirkt?

52 B: Ja schon, also es hat mich schon geprägt. Ich habe nach der Diagnose ja noch weiter
53 geraucht und dann habe dann ein Jahr nach der Diagnose aufgehört. Ich wollte meiner Mutter
54 halt ein Beispiel sein, dass ich es schaffe und sie es auch schaffen kann. Außerdem könnte
55 sie mir das ja nicht vorhalten, wenn ich sie davon überzeugen möchte. Es macht ja kein Sinn,
56 selber weiterzumachen damit und aber gleichzeitig mit seinem Finger auf andere zu zeigen
57 (..). Außerdem ist es halt teuer und ja .. ungesund und selbst möchte man ja nicht daran er-
58 kranken.

59 I: Und wie bist du damit umgegangen? Also, dass sie einfach weitergemacht hat?

60 B: Naja irgendwann habe ich dann aufgehört. Weil ich gesehen habe, dass das nichts bringt
61 (...) also ich habe es dann tatsächlich irgendwann aufgegeben und mich distanziert. Wenn sie
62 dann rausgegangen ist zum Rauchen, dann habe ich so getan, als würde ich es nicht sehen.

63 I: (...) Und gibt es etwas, was dir geholfen hat, damit umzugehen?

64 B: Also nicht wirklich, ich habe mit meiner Schwester darüber geredet, also wir beide fanden
65 das halt überhaupt nicht gut, dass sie trotz (..) ähm der Diagnose weitergemacht hat mit dem
66 Rauchen. Und sie konnte das auch nicht mitansehen also (..) sie hat sie ja auch mehrfach
67 darauf angesprochen. Aber ja, wir beide haben da eigentlich oft darüber geredet und uns auch
68 ausgetauscht, wie wir ihr dabei helfen könnten.

69 I: OK, was meinst du, hätte dir zu der Zeit geholfen, damit besser klarzukommen?

70 B: Ich glaube, dass schlimmste war eben, hilflos zu sein. Dass man nichts dagegen tun konnte
71 und man quasi mitansehen musste, dass sie trotz der Erkrankung weiter raucht. Also mir hat
72 geholfen, darüber mit meiner Schwester zu reden, um es besser auszuhalten. Aber vielleicht
73 hätte es mir auch mehr geholfen, wenn man professionelle Beratung hätte, also eine Anlauf-
74 stelle oder Austausch mit anderen, denen es auch so geht, um zu sehen, wie andere damit
75 umgehen, dass man nicht alleine damit ist.

76 I: Vielen Dank. Und wie wurde deine Mutter über die Folgen von andauerndem Rauchen auf-
77 geklärt?

78 B: Also soweit ich weiß, gab es die nicht. Also ich weiß, dass meine Oma ebenfalls geraucht
79 hat. Und ich meine, dass Rauchen schädlich ist, steht ja auch auf den Verpackungen. Ich
80 denke irgendwie aber nicht, dass sie mal richtig über die Folgen aufgeklärt wurde, also nicht
81 dass ich wüsste.

82 I: Aha, OK. Und wie wurdest du aufgeklärt ? (...) Wenn du das überhaupt wurdest.

83 B: Ähm (...) also wir hatten in der Schule mal so ein Alkohol- und Rauchpräventionskurs und
84 wir sind mal in so einer Ausstellung gewesen, Körperwelten, glaube ich. Aber ja, also da war
85 ich in der achten Klasse oder so. Bei der Ausstellung hat man auch eine echte Raucherlunge
86 betrachten können. Das hat mich schon abgeschreckt damals. Aber so wirklich, was das für
87 gesundheitliche Schäden haben kann und dass das im Grunde genommen eine Suchterkrankung
88 irgendwo ist, dass wurde irgendwie nie richtig benannt. Es wird ja häufig von „Drogen,
89 Zigaretten und Alkohol“ gesprochen, dabei sind Zigaretten ja auch Drogen. Die können das
90 Leben ebenfalls gefährden.

91 I: Ja (...) stimmt. Und also wie hoch schätzt du den Bedarf für Unterstützungshilfe zur Rauch-
92 entwöhnung bei Patient:innen ein?

93 B: Ja (...) schon sehr hoch. Also vor allem, wenn man aufhören möchte, aber man nicht kann,
94 weil die Sucht einen so fest im Griff hat. Sowas im professionellen Kontext kann einem ja
95 weiterhelfen und die Chancen erhöhen, davon loszukommen, gerade für die Menschen, die
96 Krebs haben. Allerdings kann ich mir vorstellen, dass es sehr schwierig ist, wenn das nochmal
97 dazukommt, gerade weil man ja auch andere Arzt-Termine wahrnehmen muss und viele an-
98 dere Sachen regeln muss. Aber dennoch sollte es sowas geben, denn wenn man das Rauchen
99 aufgibt, kann es ja auch eventuell im Heilungsprozess förderlich sein.

100 Und wie hoch bei dir?

101 Auch hoch, also so bekommt man Werkzeuge in die Hand, wie man in der eigenen Situation
102 handeln könnte. Das würde auf jeden Fall eine Entlastung sein.

103 I: Oh, alles klar. Ja, verständlich. Und welche Unterstützungsmöglichkeiten würdest du dir für
104 Angehörige oder dir selbst wünschen?

105 B: Also es wäre schon toll, wenn man so eine Anlaufstelle hätte, wo man mit solchen Bedenken
106 und Sorgen hingehen kann, wo man beraten wird und weitervermittelt wird an andere Hilfsan-
107 gebote. Vielleicht auch, wie man mit solchen Situationen besser umgeht, dass man auch Hilfe
108 erhält beim Aufhören.

109 I: Alles klar, ja, verstehe ich. Und welche Bedeutung hätte eine Rauchentwöhnung für deine
110 Mutter?

111 B: Das kann ich gar nicht so genau einschätzen, um ehrlich zu sein. Also dadurch, dass wir ja
112 sporadisch Kontakt haben und wir uns darüber eigentlich kaum unterhalten, weiß ich nicht, ob
113 sie das noch macht. Beim letzten Mal, als ich sie gesehen habe, hat sie geraucht und ich
114 wüsste nicht, dass sie großartig Anstalten gemacht hat, damit aufzuhören. Von daher (..).

115 I: Und welche positiven und negativen Konsequenzen würdest du bei Krebspatient:innen se-
116 hen?

117 B: Also positiv wäre es, weil man so vielleicht ein Stückweit die Heilungschancen vergrößern
118 kann. Einen gesunderen Lebensstil natürlich und es würde eben nicht so viel Geld verschwen-
119 det werden. Negativ nicht wirklich, aber ich glaube, wenn man an so einer Erkrankung leidet
120 und der Stresspegel eh so hoch ist, dass das mit der Entwöhnung etwas schwieriger wird, weil
121 man dann eben doch zur Zigarette greift, um das Stresslevel mit den ganzen Hürden des
122 Alltags und der Bekämpfung der Erkrankung senken will. Und also ich kann mir auch vorstel-
123 len, dass manche Patienten andere Erkrankungen haben wie Depressionen und so weiter. Ich
124 weiß nicht, wie es da mit der Motivation aussieht oder ob jetzt noch so ein Rauchentzug, was
125 ja meist mit Entzugserscheinungen einhergeht, durchführbar ist.

126 I: Vielen Dank für den wertvollen Aspekt (...) und welche Erfahrungen hast du mit Unterstüt-
127 zungshilfen gemacht bei der Rauchentwöhnung?

128 B: Keine, also ich habe es alleine durchgezogen.

129 I: Und bei deiner Mutter?

130 B: Auch keine, also sie wollte ja auch nicht aufhören, aber ich meine, ich hätte auch nicht
131 gewusst, dass es sowas geben sollte.

132 I: Und wie hoch wäre deine Motivation an einer Teilnahme an so einem Programm? Könntest
133 du dir vorstellen, zusammen mit deiner Mutter an so einem Entwöhnungsprogramm teilzuneh-
134 men?

135 B: Also relativ hoch. Die Idee oder das Konzept finde ich wirklich gut. Allerdings weiß ich nicht,
136 ob ich das in meiner Situation machen würde, weil meine Mutter und ich sowieso ein schwie-
137 riges Verhältnis haben (...). Also ich weiß nicht, wie machbar das für uns wäre. Aber für andere
138 Personen ist das sicherlich etwas Hilfreiches. Ich meine, das kann einem dann vielleicht wirk-
139 lich eher helfen, wenn man gemeinsam an einem Strang zieht und es versucht, gemeinsam
140 zu bewältigen.

141 I: Ja, stimmt (..) und wie könnte so ein Programm deiner Meinung nach aussehen?

142 B: (...) Also auf jeden Fall vielleicht in Gruppenform, wo man auch gemeinsam mit anderen
143 Krebskranken und Angehörigen da ist und man auch Erfahrungen austauschen kann und sich
144 gegenseitig vielleicht Ratschläge und Tipps einholen kann. Aber vielleicht in Kombination mit
145 Einzelsitzungen, damit vielleicht sowas wie Aufklärung über die Folgen bzw. der Nikotinsucht
146 erhält und man Rat und Tipps bekommt, welche Techniken man ausprobieren könnte, davon
147 besser loszukommen.

148 I: Und siehst du hierbei auch Hindernisse?

149 B: Ja, schon. Das alles braucht ja seine Zeit. Also wenn man beispielsweise einige Sitzungen
150 von der Krankenkasse finanziert bekommt und diese Sitzungen dann nicht mehr stattfinden,
151 weil diese Leistung nicht mehr finanziert wird, dann nützt das halt auch nichts. Also auf Druck
152 kann man gegen so eine Sucht nicht angehen, das ist dann eigentlich nur kontraproduktiv. Da
153 sehe ich halt so ein Hindernis, wie lange so ein Angebot überhaupt stattfinden kann für die
154 Teilnehmer, wie lange wer Anspruch auf so einen Platz hätte und so weiter.

155 I: Und welche Wünsche oder Anregungen hättest du an so ein Programm für dich als Ange-
156 höriger, wenn du an sowas teilnimmst?

157 B: Ähm, wie man mit dem Rauchverhalten meiner Mutter umgeht, also wie man sowas selbst
158 auch bewältigen kann. Was man tun kann, um zumindest ein wenig zu unterstützen und wie

159 man sowas ansprechen kann. Aber auch, dass man auch darüber reden kann und es nicht
160 verschwiegen wird. Und dass man ohne Druck quasi therapeutische Unterstützung und Bera-
161 tung erhält, wie man diese Sucht vielleicht durchbricht und auch langfristig aufhört, dass man
162 in diesem Prozess begleitet wird.

163 I: Und wie könnte sowas formal aussehen, also eher Präsenz oder ?

164 B: Ja also Präsenz wäre schon ganz gut, aber so, dass man diese Termine halt auch besser
165 wahrnehmen kann neben den ganzen anderen Untersuchungsterminen.

166 I: Und meinst du, soziale Unterstützung ist bei der Entwöhnung von hoher Bedeutung?

167 B: Ja, auf jeden Fall. Also meine Schwester hat mir halt immer gut zugeredet und mir immer
168 wieder Mut gemacht, als ich quasi wieder einen Rückfall hatte. Das hat mir echt geholfen, dass
169 ich wusste, ich habe da jemanden hinter mir stehen.

170 I: Alles klar, ich bedanke mich sehr, dass du dir die Zeit genommen hast, meine Fragen zu
171 beantworten

1 **Transkript 7 – Silvano**

2 I: Hallo Silvano. Vielen Dank, dass du heute zum Interview erschienen bist. Ich bin Dorina
3 Kurta und ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und verfasse momentan meine
4 Master-Thesis im Rahmen eines Forschungsprojekts an der UKE. Ich bedanke mich nochmal
5 bei dir für deine Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Gleich werde ich erstmal ein paar
6 allgemeine Fragen stellen und dann offenere Fragen stellen. Alles, was du sagst, ist wertvoll
7 für mich und wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann ist das auch in Ordnung.

8 Silvano: Alles..klar.

9 I: Wie alt bist du?

10 B: Ich bin jetzt 30.

11 I: Als was arbeitest du?

12 B: Als Sozialarbeiter.

13 I: Was ist dein Familienstand?

14 B: Ledig.

15 I: Okay, rauchst du momentan?

16 B: Ja, tue ich.

17 I: Und dein Vater?

18 B: Ja, auch.

19 I: Wie viele Zigaretten rauchst du täglich?

20 B: Müssten so um die fünfzehn sein.

21 I: Okay. Und rauchst du auch, wenn du krank bist?

22 B: Ja, tue ich.

23 I: Alles klar. Und dein Vater hat Krebs. Wann wurde es diagnostiziert?

24 B: Ist nicht so lange her, 2020.

25 I: OK, kannst du mir vielleicht etwas über die Beziehung zu deinem Vater erzählen? Du mein-
26 test ja, dass er momentan raucht und Krebs hat?

27 Silvano: Genau, bei ihm wurde Lungenkrebs diagnostiziert. Ähm... er ist sehr wichtig für mich.
28 Eigentlich ist er schon immer eine Art Vorbild für mich gewesen, weil er immer da war und sich

29 gekümmert hat, wenn es mir auch.. so psychisch nicht gut ging.. ich konnte immer über alles
30 mit ihm reden. Von daher.. ja. Eine wichtige Rolle.

31 I: Ok. Ich danke dir, dass du so viel mit mir geteilt hast soweit..jetzt würde mich interessieren..
32 inwiefern das Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose deines Vaters vom medizini-
33 schen Personal thematisiert wurde.. war das jemals Thema ?

34 Silvano: Ähm..eigentlich nicht. Nie wirklich.

35 I: OK.. aber dass er raucht, das ist ja bekannt, oder?

36 Silvano: Ja, das schon. Aber das war während der Untersuchungen trotzdem kaum ein
37 Thema.. also kann sein, dass das mal erwähnt wurde, dass das daran liegen könnte.. aber so
38 intensiv wurde es nicht thematisiert, aber höchstens bestimmt mal erwähnt.

39 I: Alles klar.. und inwieweit wurde das von dir jemals thematisiert?

40 Silvano: Hm.. also ich fand das schon immer schlecht.. also, dass er raucht. Früher habe ich
41 ihm immer wieder gesagt, dass es besser wäre, wenn er damit aufhört..weil es ja überhaupt
42 nicht gesund ist so. Aber ja.. er hat auch mal versucht, aufzuhören, hat aber nicht so richtig
43 geklappt.. das ist jetzt aber auch schon fünf Jahre her oder so. Also nicht nur ich habe das
44 angesprochen.. meine Mutter mochte das auch nie und es hat sie auch immer gestört.. aber
45 ähm..ja.

46 I: Du meinstest auch, dass du selbst rauchst. Hatte die Krebsdiagnose ebenfalls einen Einfluss
47 auf dein eigenes Rauchverhalten?

48 Silvano: Hm.. ja schon. Also seitdem habe ich auch schon zwei Mal versucht, damit aufzuhö-
49 ren. Irgendwie habe ich das aber nicht geschafft.. also im Studium hatte ich mal so eine richtig
50 stressige Phase und dann bin ich dann rückfällig geworden.. ja. Also die Diagnose hat mich
51 halt insofern beeinflusst, dass ich seitdem eigentlich immer im Kopf habe, aufzuhören. Jedes
52 Mal, wenn ich eine Zigarette anzünde, muss ich halt auch an die Diagnose denken.

53 I: Ah, OK, du assoziierst die Zigarette eigentlich mit der Diagnose?

54 Silvano: Ja genau. Ich habe dann immer ein sehr schlechtes Gewissen dabei. Deshalb habe
55 ich auch immer gleichzeitig im Kopf, damit aufhören zu müssen, wenn ich mir eine anzünde,
56 weil ich natürlich auch irgendwo Angst habe, dass mir das selbe passieren könnte. Klar ist
57 jetzt nicht sicher, wodurch der Krebs entstanden ist, aber ich glaube, dass das Rauchen schon
58 echt viel damit zutun hat.

59 I: OK, vielen Dank soweit. Jetzt würde mich interessieren, wie du seit der Diagnose mit dem
60 Rauchverhalten deines Vaters umgegangen bist?

61 Silvano: (lacht)...Ja, also irgendwie ist das immer so ein Konflikt..äh..konfliktbehaftetes
62 Thema. Wenn mein Vater nämlich sieht, dass ich rauche, findet er das gar nicht gut. Also dann
63 kann das schon mal sein, dass er mich anschnauzt. Er macht sich halt Sorgen, ich verstehe
64 das. Und andersrum, wenn er dann raucht, tue ich das genau so, weil sein Gesundheitszu-
65 stand gerade nicht.. unbedingt im besten Zustand ist. Und da versuche ich ihm eigentlich auch
66 immer, ins Gewissen zu reden. Aber irgendwie geraten wir dann manchmal aneinander, weil
67 wir uns immer Sorgen machen. Ja...

68 I: Und was hat dir da geholfen? Also, damit irgendwie zurechtzukommen?

69 Silvano: Naja, also wenn er rauchen geht, dann geschieht das meistens so, dass ich das nicht
70 merke. Ich rieche das immer nur, wenn er dann wieder reinkommt. Wir haben das so nicht
71 ausgemacht oder so.. irgendwie glaube ich, dass es unbewusst so ist, damit wir uns nicht
72 jedes Mal streiten..aber so gut ist das ja nicht.. damit wird das Thema ja nur mehr oder weniger
73 unter dem Tisch gekehrt.

74 I: Ja.. gibt es etwas, was du dir wünschst, also was dir dabei vielleicht im Umgang mehr ge-
75 holfen hätte?

76 Silvano: Ähm..keine Ahnung. Also ich wünschte mir, dass dieses Thema nicht mehr so ja..
77 konfliktbehaftet wäre und wir nicht jedes Mal irgendwie uns dann anschweigen, obwohl wir
78 wissen, dass der andere gerade geraucht hat. Und ja, also er hat ja auch schon versucht,
79 damit aufzuhören und ich ja auch.. und es ist halt bislang nicht dazu gekommen. Also ich weiß
80 auch, dass wenn man es wirklich will, schafft man das. Also man hört ja immer wieder, dass
81 andere Menschen aufgehört haben, es ist halt nicht unmöglich. Aber eventuell ist da vielleicht
82 professionelle Hilfe nötig, um davon wegzukommen, wenn man es alleine nicht schafft.

83 I: OK, vielen Dank. Jetzt möchte ich einmal wissen, wie und ob dein Vater mal aufgeklärt wurde
84 von den Folgen des Rauchens?

85 Silvano: Eigentlich kaum. Also ich denke, dass meine Großeltern das damals nicht gemacht
86 haben, weil ähm..naja also ich weiß, dass mein Opa auch geraucht hat. Und ich weiß halt
87 nicht, wie groß die Aufklärung damals war, aber sowas steht ja auch immer auf den Verpa-
88 ckungen beispielsweise. Aber so eine großartige Aufklärung gab es glaub ich nicht.

89 I: Dann nehme ich an, dass du als Angehöriger auch nicht darüber aufgeklärt wurdest?

90 Silvano: Ähm.. nein. Also nicht von den Mitarbeitern im Krankenhaus. In der Schule hatten wir
91 mal so eine Pflichtveranstaltung zum Thema Rauchen, aber das war's dann auch.

92 I: Alles klar, vielen Dank soweit. Und wie hoch würdest du den Bedarf für Unterstützungspro-
93 gramme zur Rauchentwöhnung bei deinem Vater oder generell Krebspatient:innen einschät-
94 zen?

95 Silvano: Ähm...ich denke, sehr hoch. Also ich merke ja selbst, wie schwer es ist, aufzuhören.
96 Und dass er die Diagnose Lungenkrebs hat und er trotzdem nicht damit aufhören kann, sagt
97 ja auch Einiges aus. Das Ding ist, dass es ja noch nicht zu spät wäre, also er könnte ja noch
98 kämpfen und dazu gehört eben auch, mit dem Rauchen aufzuhören. Aber offensichtlich schafft
99 er es alleine nicht.

100 I: OK und wie würdest du es bei dir selbst einschätzen?

101 Silvano: Ja, auch hoch. Also ich denke, es schadet nicht, sich in dieser Form Hilfe zu holen.
102 Vielleicht bekommt man dann auch mehr Aufklärung, also vielleicht fruchtet es ja im professi-
103 onellen Rahmen mehr, wenn da andere auch dabei sind, die das selbe Ziel haben. Ähm.. ja.

104 I. Alles klar, ja. Und welche Unterstützungsmöglichkeiten würdest du dir für deinen Vater und
105 dich wünschen?

106 Silvano: Naja, schon so eine Rauchentwöhnung, welche vielleicht so beide Parteien mit ein-
107 schließt. Also klar, dass es professionell begleitet wird und es an Krebspatient:innen gerichtet
108 ist, aber dass dann vielleicht auch man als Angehöriger daran teilnehmen kann. Ich glaube
109 aber auch, dass sowas den Nachteil haben kann, dass man irgendwie sich klar, so pusht und
110 so, aber auch dass man einem Gruppendruck ausgesetzt ist, dass man es schaffen MUSS.
111 Aber da muss dann die professionelle Begleitperson intervenieren.

112 I: Ja.. mhm. Also nehme ich auch an, dass die Rauchentwöhnung schon eine hohe Bedeutung
113 hat für deinen Vater?

114 Silvano: Ja definitiv.

115 I: Und bei dir auch?

116 Silvano: Ja, klar.

117 I: OK. Und jetzt würde ich mal fragen... welche positiven und negativen Konsequenzen wür-
118 dest du bei dir bei einer Entwöhnung erwarten?

119 Silvano: Äh...also ich denke, dass es auf jeden Fall die Chance minimieren würde, an Krebs
120 zu erkranken oder andere Krankheiten zu bekommen. Das ist so der Hauptpunkt. Auch wäre
121 es gesünder, wegen der Zähne. Und ich glaube auf langer Sicht, wäre ich nicht in diesem
122 Teufelskreis drin, wo ich versuche, die Anspannung durch Rauchen zu reduzieren. Weil im
123 Endeffekt macht mich das nur noch angespannter und unruhiger. Und negative Konsequenzen
124 habe ich ja gemerkt, als ich aufhören wollte damit. Ich war unruhig, gereizt. Irgendwann hatte

125 ich dann Scheißausbrüche und so. Und wenn du dann noch in einer stressigen Phase bist, wo
126 dein Studium, Arbeit stressig ist und dein Vater auch noch krank ist, dann ist es wirklich hart,
127 das irgendwo durchzustehen, auch wenn ich weiß, es ist nötig. Aber ja. Freunde haben ja auch
128 schon versucht, mir zu helfen. Also hatten da auch immer ein Auge so und wenn ich dann eine
129 Packung kaufen wollte, haben sie mich abgehalten, wenn wir feiern waren oder so. Aber es
130 nützt eben nichts, wenn es nicht „klickt“, weißt du?

131 I. Ja, verstehe. Und welche positiven und negativen Konsequenzen gäbe es bei deinem Vater?

132 Silvano: Naja, es würde eventuell helfen, den Krebs zu besiegen. Zumindest würde es seiner
133 Gesundheit guttun und eventuell würde der Heilungsprozess dann besser gehen und be-
134 schleunigen. Das wäre so das. Nachteile.. naja genau die selben Symptome eben wie ich.
135 Also man muss sich dann ja vorstellen, du bist an Krebs erkrankt, was ohnehin schon stressig
136 ist, bekommst dann so eine Therapie und hast 1000 Arzttermine und dazu kommt dann halt
137 die Symptome wie Gereiztheit, Schweißausbrüche und so.. das ist alles super anstrengend
138 und nervenaufreibend. Aber rational weiß man, dass man da durch muss. Es ist auf langfristi-
139 ger Sicht einfach besser.

140 I: Ja.. ja. Und Erfahrungen mit Unterstützungs.hilfen hast du nicht gesammelt oder?

141 Silvano: Nein. Also soweit nicht. Ich habe es irgendwie immer selbst versucht und meine
142 Freunde haben mir eben halt versucht, dabei zu helfen. Ansonsten nein.

143 I: Und dein Vater auch nicht oder?

144 Silvano: Nein, nicht das ich wüsste. Obwohl es sowas eigentlich auch gibt. Aber bislang sind
145 wir irgendwie nie darauf gekommen irgendwie.

146 I: Und was würde dich motivieren, damit aufzuhören?

147 Silvano: Ich weiß nicht. Also allein die Diagnose meines Vaters ist schon Motivation genug
148 eigentlich. Vielleicht mehr so Aufklärung darüber, wie die Sucht, vor allem bezogen auf Nikotin,
149 funktioniert. Ja... und eben vielleicht, dass man das als Team macht oder in einer Gruppe, wo
150 man sich gegenseitig motiviert und so. Also wenn man vielleicht sieht, man ist so unter Gleich-
151 gesinnten und eine andere Person hat mal Erfolg, ist also länger rauchfrei, dann denkt man
152 sich auch eher „ja das kann ich auch“ ..ja.

153 I: Alles klar. Und wie hoch wäre die Teilnahme an einem Konsumreduktionsprogramm? Kannst
154 du dir vorstellen, zusammen mit deinem Vater an sowas teilzunehmen?

155 Silvano: Sehr hoch, würde ich sagen. Also ich denke, dass das eine sehr gute Idee wäre und
156 sicherlich ist das auch eine Lücke, weil wir bestimmt nicht die einzigen Menschen in

157 Deutschland sind, auf die das zutrifft und Hilfe dabei brauchen. Also ich denke, dass es für
158 andere Menschen auch zutrifft.

159 I: OK, Dankeschön. Und wie meinst du, könnte so ein Unterstützungsprogramm aussehen?

160 Silvano: Ähm.. ich weiß nicht. Ich denke, sowas könnte vielleicht in so Gruppentherapien um-
161 setzbar sein. Aber wo man auch professionell unterstützt wird, vor allem zu Beginn. Also die
162 Personen, die diese Gruppentherapien oder auch Gruppengespräche begleiten, sollten halt
163 vor allem im Bereich Suchtberatung ausgebildet sein und ja, also natürlich aus dem Bereich
164 Kenntnisse haben und auch bestimmt generell darin, wie man Gruppen leitet, psychologische
165 Kenntnisse haben oder aus diesem Bereich kommen. Da müsste man halt schauen. Aber ich
166 denke, wenn zu Beginn solche Sitzungen professionell begleitet werden und dann wirklich
167 Menschen sind, die auch soweit sind und sehr lange rauchfrei dann schon leben, dass sich
168 die Gruppen auch verselbstständigen können und Selbsthilfegruppen entstehen, mit der Mög-
169 lichkeit, immer professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, wenn man sie
170 wieder brauchen sollte.

171 I: Alles klar. Und was meinst du, wären so die Hindernisse?

172 Silvano: Ich glaube, dass es sich für Menschen lohnt, die Krebs haben, aber mit Aussicht
173 darauf, dass sie wieder gesund werden. So hart es klingt.. ich glaube, die, die bereits gesagt
174 bekommen haben, wie lange sie noch leben werden, bei denen wäre die Motivation nicht so
175 hoch, weil da einfach viele andere Sorgen sind oder diese eventuell ihre letzten Monate oder
176 Zeit genießen wollen, ohne weitere Interventionen und so.. also denke ich. Bei uns glaube ich,
177 dass so die Zeit ein Problem wäre, naja, ist eigentlich vielleicht nur so eine Ausrede, aber
178 vielleicht dass hierbei wieder sehr viele Termine, Bürokratie und so weiter hinzukommen, das
179 kann halt Kopfschmerzen bereiten. Also wenn das so sehr bürokratisch ist, es zu beantragen
180 etc. Aber man muss über sowas auch informiert werden, also damit man an solchen Program-
181 men teilnehmen kann. Vielleicht kann sowas auch thematisiert werden, wenn Lungenkrebs
182 diagnostiziert wird. Dass es vom Personal auch weiterempfohlen wird und so.

183 I: Und welche Wünsche hättest du für dich und den Krebspatient:innen oder deinen Vater in
184 der Hinsicht?

185 Silvano: Ich glaube, dass man Raum haben sollte, seine Sorgen oder Belastungen preisgeben
186 zu können. Und auch Hindernisse, die einen vom Rauchstopp behindern. Aber auch thera-
187 peutische Maßnahmen und Beratung, sowie der Austausch unter uns Betroffenen. Es sollte
188 halt vielleicht eher im Gruppensetting sein, aber auch so kombiniert mit Einzelsitzungen..ja.
189 Also dabei können bestimmt verschiedene Personen aus Berufsgruppen mitwirken.

190 I: Welche Berufsgruppen kommen dir da in den Sinn?

191 Silvano: Hm, keine Ahnung. Also mit Sicherheit aus dem psychologischen oder sozialen Be-
192 reich, oder auch Ärzte die auf Krebserkrankungen und Sucht spezialisiert sind? Also die eben
193 im Gruppenkontext und Einzelkontext begleiten und beraten können. Vielleicht auch, dass sie
194 einem helfen können, wo man sonst noch Informationen und Hilfe benötigt, halt auch so bei
195 bürokratischen Dingen.

196 I: Alles klar. Und wie hoch würdest du den Bedarf an sozialer Unterstützung, also durch
197 Freunde, Familie und so einschätzen?

198 Silvano: Sehr hoch würde ich sagen. Ich meinte ja schon, dass meine Freunde versucht ha-
199 ben, mir zu helfen und es hat mir auch sehr geholfen. Ich glaube wenn man solche Unterstüt-
200 zungsmaßnahmen kombiniert mit dem eigenen Support aus dem engen Kreis, könnte das
201 auch helfen. Also auch, wenn man vielleicht mit der erkrankten Person sowas durchzieht, das
202 kann halt auch positive Effekte haben. Also dass man sich gegenseitig motiviert und wenn
203 jemand rückfällig wird, dass man die Person wieder motiviert, neu zu starten.

204 I: Alles klar. Das war es auch schon mit meinen Fragen, vielen Dank dir !

205 Silvano: Ja, ebenso. Hat mich gefreut!

206

207 -Interview endet-

208

209

210

211

212

213

1 **Transkript 8 - Bianca**

2 **I:** Okay. Die Aufnahme läuft. Okay. Super. Also, erst mal, ich wünsche dir nochmal einen guten
3 Tag. (lacht) Ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg. Und verfasse meine Masterthe-
4 sis im Rahmen eines Forschungsprojekt an der Uniklinik Hamburg. Und ich bedanke mich
5 noch mal für deine Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Das Ziel dieser wissenschaftli-
6 chen Studie ist die Erkenntnisgewinnung von Informationen für ein sekundäres Nikotinpro-
7 gramm. Beziehungsweise eben, wie so eine Rauchentwöhnung, eine gemeinsame Rauchent-
8 wöhnung ausgestaltet werden kann bei Angehörigen von Krebspatient*innen. In dem Fall aus
9 deiner Sicht. Ich werde nun erst mal ein paar, also mit ein paar Allgemeinfragen beginnen.
10 Und dann mit vertiefenden Fragen weitermachen. Und es gibt auf jeden Fall keine falschen
11 Antworten. Aber wenn du einige Fragen nicht beantworten möchtest, dann ist das in Ordnung.
12 Und dann kannst du auch ganz gerne, genau, Bescheid sagen.

13 **B:** Okay. Super.

14 **I:** Okay, gut. Dann muss ich dich einmal-, muss ich dir ein paar allgemeine Fragen stellen. Und
15 zwar einmal, wie alt du bist?

16 **B:** Also soll ich jetzt (...) beantworten? Oder willst du erst die Fragen vorgeben?

17 **I:** Genau. Also, du kannst jetzt schon mal-. Genau. Ich habe-. Genau. Du kannst antworten.
18 Also, einfach, genau. Ich muss einfach nur wissen, wie alt du bist. Für meine Zettel hier. (B:
19 (?35.) Okay. (B: (?35.) Okay. Und als was arbeitest du?

20 **B:** Ich arbeite momentan als Bewährungshelferin.

21 **I:** Okay. Und dein Familienstand?

22 **B:** Verheiratet.

23 **I:** Okay. Und dann möchte ich einmal wissen, um welche Art es sich bei der Krebserkrankung
24 deines Angehörigen geht, beziehungsweise handelt.

25 **B:** Ja, also es war Darmkrebs, der gestreut hat. Zu Lungen und Rippenfell.

26 **I:** Okay. Und weißt du noch das Datum der Diagnose?

27 **B:** Die Diagnose, also die erste Diagnose? (I: Mhm (zustimmend.)) Die war 2000, lass mich
28 kurz überlegen. 2010 muss das gewesen sein.

29 **I:** Okay. Und jetzt, genau, frage ich dich etwas zu deinem eigenen Rauchverhalten. Also, erst
30 mal frage ich dich, ob du aktuell rauchst.

31 **B:** Nein, tue ich nicht mehr.

32 **I:** Okay. Und hast du in der Vergangenheit quasi geraucht und dann aufgehört? Oder-?

33 **B:** Ja, genau. (I: Okay.) Soll ich das weiter (?ausführen)? Oder-?

34 **I:** Genau. Ich würde dich jetzt noch mal fragen. Also, wenn du damals geraucht hast, wie viele
35 Zigaretten du damals so pro Tag geraucht hast.

36 **B:** Damals, als die Diagnose kam? (I: Ja, genau.) Oder-? Also damals, als die Diagnose kam,
37 war ich Gelegenheitsraucherin. Also, (B: Okay.) da habe ich (?vielleicht) am Wochenende mal
38 zwei Zigaretten in Verbindung mit Alkohol geraucht. Genau.

39 **I:** Okay. Und waren das-? Also, welche Art von Zigaretten waren das? Waren das so-? Es gibt
40 ja so E-Zigaretten. Dann die normalen.

41 **B:** Ganz normale Zigaretten.

42 **I:** Okay. Und, genau. Dann kam es denn auch vor, dass du geraucht hast, wenn du krank
43 warst? Beziehungsweise, also, war das davor dann schon so, dass du wirklich sagen würdest,
44 okay, also du hast auch geraucht, als du krank warst? Oder war das auch noch während der
45 Diagnose so, dass du-? Oder warst du da schon etwas weg von der Zigarette? Also, war dein
46 Verlangen da noch da, also regelmäßig zu rauchen? Oder wie hat sich das ausgestaltet?

47 **B:** Also, es war so, dass ich 2010 halt lediglich mal auf Partys geraucht habe. Das Rauchver-
48 halten hat dann zugenommen 2016. Dass ich tatsächlich richtig täglich angefangen habe. Da
49 dann immer so acht bis zehn Zigaretten am Tag geraucht habe. (I: Okay.) Und da, ab dem
50 Zeitpunkt habe ich halt auch geraucht, wenn ich erkältet war oder krank war. Weil da einfach
51 die Sucht da war.

52 **I:** Okay. Genau. Dann würde ich-. Also, vielen Dank erst mal, dass du diese Info mit mir geteilt
53 hast. Ich werde jetzt nun ein bisschen zu den vertiefenderen Fragen kommen. Also nicht mehr
54 zu diesen standardisierten (lacht) Fragen. Und zwar würde mich mal interessieren, um wel-
55 chen Angehörigen es sich handelt mit-, genau, der die Krebserkrankung hatte.

56 **B:** Ja. Also, es handelte sich um meine Mutter.

57 **I:** Okay. Und welche Beziehung hast du oder hattest du zu deiner Mutter?

58 **B:** Also eine sehr enge. 2010 habe ich auch noch zu Hause gewohnt bei meinen Eltern. Und
59 da hatte man wirklich eine sehr, sehr enge Beziehung. Ich bin (?mit) 2000-. Also 2011 bin ich
60 dann ausgezogen. Und, aber man war halt trotzdem immer noch sehr, sehr eng. Und 2013 ist
61 meine Mutter dann auch an den Folgen von Krebs gestorben.

62 **I:** Okay. (B: Genau.) Und, also, deine Mutter hat auf jeden Fall eine große Rolle auch in deinem
63 Leben gespielt. Also, eine sehr wichtige Rolle dann wahrscheinlich.

64 **B:** Ja. (?Also), war eigentlich Hauptbezugsperson neben meinem Vater.

65 **I:** Okay. Und inwiefern also hat deine Mutter denn auch selber Nikotin konsumiert, als sie an
66 Krebs erkrankte?

67 **B:** Nein. Zu dem Zeitpunkt nicht mehr. Sie hat aber früher-. Vor der Geburt von mir hat sie
68 sehr viel geraucht und mein Vater auch.

69 **I:** Okay. Und inwiefern, oder ob, wurde das Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose
70 mal thematisiert vom medizinischen Personal? Also, als sie die Diagnose bekommen hat, hat
71 sie da-, wurde sie darauf angesprochen, dass sie denn damals geraucht hat? Und, (B: (?Gar
72 nicht.)) oder gar nicht?

73 **B:** Gar nicht. Überhaupt nicht. Also, es wurde auch nie irgendein Zusammenhang irgendwie
74 erläutert oder so. Also-.

75 **I:** Okay. Und hattest du da deine eigenen Gedanken dazu, dass das nicht angesprochen
76 wurde? Oder war das nicht so präsent?

77 **B:** Dadurch, dass es ja wirklich-, dass Darmkrebs ja (?der) Auslöser war-. Ich glaube, bei
78 Lungenkrebs hätte man schneller den Zusammenhang irgendwie vermutet. Es ist bei uns gar
79 nicht so aufgekommen. Also, ich war zu dem Zeitpunkt ja auch noch sehr jung. Ich war irgend-
80 wie gerade volljährig geworden.

81 **I:** Okay. Ja. Und hattest du das selbst mal angesprochen? Also, zum Zeitpunkt der Diagnose?
82 Also das Rauchverhalten, hattest du das selber mal thematisiert? Oder war das überhaupt
83 also gar kein Thema so?

84 **B:** Nein, also es war so, dass-. Entschuldigung. Gerade (lacht) kam ein Anruf rein. Deshalb.
85 Ich musste das gerade wegdrücken vom Handy. (I: Alles gut.) Genau. Also, es war so, dass
86 meine Eltern zu dem Zeitpunkt auch gar nicht wussten, dass ich manchmal rauche. (Handy
87 vibriert) Also, das habe ich zu Hause auch gar nicht thematisiert. Und generell das Rauchver-
88 halten meiner Eltern, das war halt immer offen uns Kindern gegenüber, dass es halt vor uns

89 halt da war. Aber danach war es halt nie wieder ein Thema. War auch nie, dass meine Eltern
90 irgendwie auf Feiern oder so noch mal zur Zigarette-. Also, die haben ab dem Zeitpunkt kon-
91 sequent gar nicht mehr geraucht.

92 **I:** Okay. Also, dann-. Genau. Weil, meine nächste Frage wäre jetzt gewesen auch, wie du
93 selber mit dem Rauchverhalten deiner Mutter umgegangen bist, auch nach der Diagnose. Aber
94 dann hat sich das ja erledigt. Weil, sie hat dann ja konsequent aufgehört. Okay. Und was,
95 oder-? Genau. Was hat die Diagnose denn vielleicht auch bei dir verändert bezüglich deines
96 eigenen Rauchverhaltens? Gab es da so eigene Gedanken zu? Hat dich das da beeinflusst
97 auch?

98 **B:** Ja. Also, ich habe es halt anfangs wirklich dann auch auf Partys unterlassen. Dass ich mir
99 halt schon mehr Gedanken darüber gemacht habe. Das lag vielleicht auch daran, dass der
100 Vater meiner besten Freundin damals eine Lungenkrebsdiagnose zeitgleich bekommen hat.
101 (I: Okay.) Und somit das dann auch im Freundeskreis thematisiert wurde. Und aber tatsächlich
102 dann eher unter dem Vordergrund, dass der Vater ja betroffen war von Lungenkrebs. Und da
103 wurde das erst mal unterlassen. Allerdings war es dann nach dem Tod meiner Mutter, da
104 erinnere ich noch, dass mein Vater es tatsächlich sagte am nächsten Tag: „Ich war echt kurz
105 davor zu rauchen. Einfach um den Stress abzubauen in dem Moment.“ Und das fand ich sehr
106 erschreckend. Weil er zu dem Zeitpunkt ja auch schon fast 20 Jahre ohne Zigarette war. Hat
107 er aber nicht getan, zum Glück. Und ich habe dann tatsächlich richtig angefangen zu rauchen
108 während des Studiums. Auch einfach als Stressabbau. Und habe dann auch tatsächlich nicht
109 mehr so den Zusammenhang sehen wollen, als dann die Sucht begann.

110 **I:** Okay. Alles klar. Also würdest du auch sagen, so seit der Diagnose hat sich danach auch
111 bezüglich deines eigenen Rauchverhaltens, das sich nachhaltig jetzt nicht komplett verändert.
112 Dass du sagst: „Ich nehme nie wieder eine Zigarette in der Hand.“ Sondern das-. (B: Genau.
113 Ja.) Also trotzdem also quasi dann. Okay. (B: Ja.) Okay. Und, genau, würdest du sagen-?
114 Oder, welchen Eindruck hast du davon, wie deine Eltern oder deine Mutter über die Folgen
115 von andauerndem Rauchen aufgeklärt wurde? Also, wie war die Aufklärung? Gab es die über-
116 haupt?

117 **B:** Wann jetzt? Als die Diagnose kam? Oder-? (I: Ja, genau. Als die Diagnose (?kam).) Nein.
118 Da gab es ja gar keine Erläuterung. Weil die Ärzte da ja auch keinen Zusammenhang irgend-
119 wie erläutert haben. Also, ich bin mir auch tatsächlich nicht sicher. Ich kann ja (lacht) leider
120 nicht nachfragen, ob es damals irgendwie mal im Vieraugengespräch irgendwie da so ein Ge-
121 spräch gab. Aber vor uns Angehörigen gab es da nie irgendwie-. (I: Okay.) Da wurde immer
122 nur über die Erkrankung gesprochen und nicht über das Rauchverhalten vor Jahren dann ja
123 zu dem Zeitpunkt.

124 **I:** Okay. Und davor gab es halt vor der Diagnose Aufklärung? Oder war das auch nie wirklich-
125 ?

126 **B:** Nein. (I: Okay.) Nein. Also, ich kann mir vorstellen, dass dann bei der Schwangerschaft
127 damals (?einfach) gesagt wurde: „So, das Rauchen (lacht) ist jetzt einzustellen.“ (?Weil es)
128 mir-. Kann ich mir jetzt nur so herleiten. Ich denke, das ist normal (lacht) dann bei der Frauen-
129 ärztin oder Frauenarzt. Aber seither wurde dann ja auch nicht mehr geraucht, als die Schwan-
130 gerschaft dann bekannt war.

131 **I:** Okay. Und wie wurde-? Also, wurdest du jemals-? Also, wie sah deine Aufklärung zum
132 Thema Rauchen aus? Also, schon zu Beginn? Also, schon immer? Hattest du (?je) eine Auf-
133 klärung?

134 **B:** Ja klar. Absolut. Also, in der Kindheit. Ich glaube, auch gerade, weil meine Eltern halt wirk-
135 lich viel geraucht haben. Mit viel meine ich, also, mein Vater hat halt wirklich am Tag zwei bis
136 drei Schachteln geraucht. Also, das war wirklich exzessiver Konsum. War es halt wirklich im-
137 mer so, dass uns als Kindern immer gesagt wurde: „Man wird so schnell abhängig. Und passt
138 bitte auf! Und rührt das niemals an!“ Und deshalb habe ich, glaube ich, sogar bei meiner Voll-
139 jährigkeit dann noch nicht mal meinen Eltern erzählt, dass ich halt auf Partys auch ganz gerne
140 mal eine Zigarette rauche. Obwohl sonst das Verhältnis eigentlich immer sehr, sehr offen
141 war. Ich konnte über alles mit meinen Eltern reden. Aber mit dem Rauchen, das war halt wirk-
142 lich so ein rotes Tuch für beide.

143 **I:** Okay. Alles klar. Gut, dann-. Genau. Das ist interessant für mich, das zu wissen. Weil, das
144 sagt ja auch einiges aus. Also, dass das ja doch immer mal wieder trotzdem durchscheint.
145 Also auch dieses, wenn man dann raucht, dass selbst beispielsweise Aufklärung manchmal-
146 Oder auch eben so diese Absprachen dann auch manchmal unter dem Tisch fallen können
147 quasi. Und selbst, wie hoch würdest du denn-? Also, beispielsweise, wenn jetzt Krebspati-
148 ent*innen rauchen oder halt immer noch Nikotin konsumieren, was bei deiner Mutter ja nicht
149 der Fall mehr war, weil sie dann ja aufgehört hat, aber jetzt so aus deiner Perspektive. Wür-
150 dest-? Also, wie hoch würdest du denn den Bedarf für so eine Unterstützungshilfe oder Pro-
151 gramme bei Patient*innen einschätzen?

152 **B:** Also, ich würde auf jeden Fall sagen, dass (?da) ein sehr, sehr hoher Bedarf ist. Einfach
153 aufgrund der Sucht ja auch einfach nach dem Nikotin. Ich habe es ja selbst jetzt auch mitge-
154 macht, dann nach der Zeit, wo ich wirklich regelmäßig geraucht hatte. Und ich kann mir vor-
155 stellen, dass so eine Erkrankung halt dann erst mal abschreckend ist. Auch wenn im Zuge
156 dessen dann eine Beratung anfällt, also eine ärztliche Beratung. Aber gerade die Unterstüt-
157 zung, dann vielleicht auch sich austauschen mit anderen, die auch gerade aufhören zu

158 rauchen, schätze ich enorm wichtig ein. Um überhaupt davon wegzukommen und das nicht
159 auszublenden. Weil ja auch gerade beim Rauchen, das auch oft als Stressreduzierung irgend-
160 wie dient oder zum Stress abbauen. Und gerade so eine Erkrankung bringt ja auch doch noch
161 (lacht) mal ein zusätzliches Stresslevel mit sich. So dass ich mir vor-, also, das ist jetzt-, sind
162 nur Mutmaßungen. Ich kann mir halt vorstellen, dass das vielleicht sogar noch mal die Ziga-
163 rettenanzahl erhöht. Einfach, um den Stress abzubauen.

164 **I:** Okay. Und wie hoch würdest du deinen eigenen Bedarf für so Unterstützungsprogramme
165 zur Rauchentwöhnung einschätzen? Also für dich selbst quasi?

166 **B:** (?Jetzt als) Angehöriger, wenn das thematisiert worden wäre bei der Erkrankung?

167 **I:** Ja, genau. Also beispielsweise, welche Unterstützungsmöglichkeiten hättest du dir für dich
168 gewünscht? Auch während-. Genau. Also, egal, also, ob während der Diagnose oder davor.
169 Aber so allgemein, als du eben Nikotin konsumiert hast. Also hattest du-? Würdest du sagen,
170 du hättest selbst einen hohen Bedarf an so Unterstützungshilfe gebrauchen können, um davon
171 loszukommen? Oder eher nicht so? Also, wie würdest du das einschätzen?

172 **B:** Da das ja jetzt bei mir quasi zeitlich (?in einem) ganz anderen Strang verläuft-. Ich glaube,
173 hätte ich damals regelmäßig geraucht, als die Diagnose auch dort war, hätte ich auf jeden Fall
174 Unterstützung gebraucht. Einfach, weil es ja auch noch mal für die Angehörigen ein neues
175 Stresslevel ist. Das ist ja gar nicht vergleichbar. Aber es ist ja trotzdem eine hohe Belastung.
176 Da es jetzt bei mir aber zeitlich ja ganz anders verlief, konnte ich ganz gut damit umgehen.
177 Auch allein, ohne Unterstützungsangebote. Wäre das aber tatsächlich zum Fall der Diagnose,
178 wäre es halt schön gewesen, hätte man irgendwie wenigstens eine Unterstützung, auf die man
179 zurückgreifen könnte bei Bedarf. Ob es jetzt (?ein) Beratungsangebot ist oder so. Welche Ni-
180 kotin Entwöhnungsgeschichten es gibt. Das wäre vielleicht ganz gut gewesen. Weil man ja
181 doch auch andere Sachen dann einfach im Kopf hat, die einem wichtiger erscheinen. Wäre
182 es vielleicht gut gewesen, wenn (...) die Recherche (?hier) jemand extern oder so übernom-
183 men hätte. Und man das einfach entgegennehmen hätte können. So.

184 **I:** Okay. Also kann ich auch davon ausgehen, dass du auch keine-, selbst keine Erfahrungen
185 mit so Unterstützungsprogrammen bisher hattest? (B: Nein.) Okay. Und, genau. Wie-? Also
186 welche-? Du hattest ja erzählt, dass deine Mutter auf jeden Fall aufgehört hatte mit dem Rau-
187 chen. Welche Bedeutung hatte denn für sie die, also für dich denn die Rauchentwöhnung bei
188 deiner Mutter? Hatte das eine hohe Bedeutung? War dir das irgendwo auch wichtig, dass sie
189 damit-, also dir selbst auch wichtig, dass sie damit aufhört? Oder-? Genau. Einfach welche
190 Bedeutung das für dich hatte.

191 **B:** Na ja, ich war da ja noch im Bauch. (lacht) Also, da hatte es soweit keine Bedeutung für
192 mich. Also, das war ja während der Schwangerschaft mit mir dann. Also, da war ich ja (?noch
193 nicht) da.

194 **I:** Okay. Alles klar. Okay. Dann würde mich interessieren, also, wie so ein-. Also beispiels-
195 weise, wenn es so ein Unterstützungsprogramm geben würde für Angehörige und Familien-
196 mitglieder, welche an Krebs erkrankt sind, wie sowas aussehen könnte. Also, deiner Meinung
197 nach. Wie könnte so eine gemeinsame Rauchentwöhnung auch im professionellen Rahmen
198 vielleicht aussehen?

199 **B:** Also, ich könnte mir vorstellen, dass da auf jeden Fall irgendwie ein Beratungsangebot
200 vorab irgendwie angeboten wird. Vielleicht auch ein gemeinsames Beratungsangebot. Weil
201 manche Risikofaktoren des Rauchens sich ja dann auch (...)überschneiden auf jeden Fall. Und
202 auch vielleicht die Gründe, warum jemand raucht. Und dann könnte ich mir halt auch vorstel-
203 len, dass dann vielleicht Gruppenangebote eingeführt werden. Halt um einfach noch mal das
204 zu bekräftigen. So eine Gruppendynamik macht ja auch immer unheimlich viel mit einem. Und
205 wenn man irgendwie sieht: Okay, da sind alle irgendwie auf dem gleichen Level und die schaf-
206 fen es jetzt auch. Dann reißt die Dynamik einen ja vielleicht auch so ein bisschen mit. Gerade
207 (?in so schweren) Situationen. Also, das (?könnte-)

208 **I:** Okay. Und-. Alles klar. Und welche Hindernisse würdest du bei solchen Menschen sehen,
209 an solchen Programmen teilzunehmen?

210 **B:** Erst mal würde ich vermuten, dass-. Ja, es wird ja nicht so beworben. Also, ich glaube, der
211 Zugang ist immer relativ schwierig, wenn man selbst nicht motiviert ist. Und sich selbst nicht
212 auf die Suche begibt irgendwie explizit. Also, es wird ja nirgendwo irgendwie (...) dafür bewor-
213 ben. Also, habe ich auf jeden Fall noch nicht (lacht) so gesehen. Irgendwie Zeitschriften oder
214 keine Ahnung. (?Oder so) auf (?Plakaten). Dass man da irgendwie einen leichteren Zugang
215 schafft. Das wäre super. Also, ich glaube, das ist eigentlich das größte Hindernis. Dass die
216 Leute gar nicht wissen, dass es da genug Angebote gibt. (I: Okay. Ja. Und ein-.) Vielleicht
217 auch über die Krankenkassen oder so. Dass da vielleicht noch mal beworben wird explizit.
218 Auch bezüglich der Kostenübernahme oder so. Das ist ja auch manchmal so ein bisschen
219 schwierig. Dass man das bei den Krankenkassen ansiedelt oder so. Ich weiß nicht, welche
220 Möglichkeiten es da gibt, aber-. Genau.

221 **I:** Ja. Das wäre jetzt auch meine nächste Frage gewesen, wie das so aussehen könnte. Also,
222 so eine-. So die Schaffung eines Zugangs dazu. Aber das ist ja auf jeden Fall ein sehr guter
223 Vorschlag. Okay. Und dann komme ich zu meiner letzten Frage eigentlich. Und zwar wie du
224 so generell, so bei Rauchentwöhnung, wie hoch du diesen Stellenwert an sozialer

225 Unterstützung aus der Umgebung durch Freunde oder Familie siehst. Also, ob da ein hoher
226 Einfluss ist? Ob so was sehr motivieren könnte? Oder-? Also generell diese Idee, dass man
227 das mit Familienangehörigen auch macht, wenn so eine gemeinsame Rauchentwöhnung
228 durchgezogen wird. Ob das-, wie die Idee ist quasi. Also, ob sowas sinnvoll ist.

229 **B:** Also quasi die Familienangehörigen, die auch aufhören zu rauchen? Oder diejenigen, die
230 Nichtraucher sind und nur (...)

231 **I:** Für beides. Also für beides. Also, es kann ja beispielsweise auch so eine gemeinsame Rau-
232 chentwöhnung stattfinden. Obwohl, ich sage mal, die gesunde Person nicht raucht, aber die
233 erkrankte Person schon. Einfach, dass dieser, also, ob dieser emotionale Halt oder diese so-
234 ziale Unterstützung da ein Stellenwert, also, als Stellenwert eine Rolle spielen würde? Oder-?
235 Genau. Einfach, weil das das so in der Form ja noch nicht gibt. Ob so was sinnvoll wäre ein-
236 fach. Genau.

237 **B:** Ja. Also, ich glaube, das ist auch individuell, von Person zu Person unterschiedlich. Ich
238 kann jetzt von mir nur sprechen. Ich glaube nicht. Also, ich habe gemeinsam mit meinem
239 Freund aufgehört, jetzt Mann, zu rauchen. Das war halt super unterstützend. Ich glaube, hätte
240 einer von uns beiden weiter geraucht, dann wären wir auch niemals an diesen (lacht) Punkt
241 gekommen, dass wir wirklich aufhören. Genau. Ich glaube, so den Support von außen, den
242 wollte ich gar nicht so. Weil der mir unglaublich viel Druck gemacht hat. Also, wir hatten davor
243 auch immer schon mal versucht aufzuhören. Und das ist immer wieder (lacht) gescheitert. Ja,
244 also, es war halt so, dass ich ab dem Zeitpunkt gesagt habe: „Okay, wir versuchen es jetzt
245 einfach noch mal.“ Und um diesen Druck nicht so zu haben, haben wir zu allen immer nur
246 gesagt: „Wir machen eine Rauchpause.“ Dass wir momentan nicht rauchen möchten. Einfach
247 um den Druck zu senken. Und so hat es tatsächlich funktioniert. Aber da ist natürlich auch
248 jeder anders gestrickt. Ich könnte mir vorstellen, dass andere irgendwie diese soziale Unter-
249 stützung als total positiv empfinden könnten. Für mich wäre es wahrscheinlich eher stressbe-
250 hafteter gewesen, einfach noch diesen Druck von außen zu haben: Okay, es muss jetzt gelin-
251 gen.

252 **I:** Ja. Das ist auf jeden Fall ein wichtiger Aspekt. Weil diese Sache ja nicht nur eindimensional
253 ist, sondern dass es ja auch verschiedene Sichtweisen auf diese soziale Unterstützung geben
254 kann. Also nämlich, dass das auch Druck bedeuten kann für die Person. (Handy vibriert) Ge-
255 nau. Und dass einfach so ein Programm vielleicht so als Wunsch oder als Bedarf eben auch-
256 , also, dass es wichtig ist, dass dieser Druck vielleicht einfach nicht-. Dass das eine druckfreie
257 Umgebung quasi dann sein müsste und ohne Druck. Ich glaube, das ist ganz wichtig. So höre
258 ich das heraus.

259 **B:** Ja, genau. Genau. Dass es vielleicht wirklich demjenigen überlassen wird: Okay, möchte
260 ich da jetzt irgendwie die soziale Unterstützung von Nichtrauchern noch zusätzlich haben?
261 Oder möchte ich es- Also, für mich wäre es halt (?auch niemals) wirklich eine Unterstützung
262 gewesen, einfach einen Raum zu haben. Okay, alle sind auf dem gleichen Level. Alle versu-
263 chen es jetzt irgendwie durchzuziehen. Weil gerade für jemanden, der nie geraucht hat, ist
264 dieses Suchtempfinden, glaube ich, auch ganz schwer nachvollziehbar.

265 **I:** Ja. Also, es kommt anscheinend auch darauf an. Wenn jetzt beispielsweise-, dass es viel-
266 leicht besser wäre, wenn die-, also beide Personen versuchen aufzuhören und nicht nur die
267 eine sozusagen. (B: Ja. Voll.) Okay. Ja, alles klar. Also, das war dann ja auch meine letzte
268 Frage. (lacht) Genau. Ich würde einmal die Aufnahme-

1 **Transkript 9 - Sarah**

2 **I:** So. Okay, gut, also, erst mal natürlich guten Abend. Ich bin (?Dorina Kurti). Ich studiere
3 soziale Arbeit an der HAW in Hamburg. Und ich verfasse meine Masterthesis im Rahmen
4 eines Forschungsprojekts an der Uniklinik Hamburg. Ich bedanke mich für deine Bereitschaft,
5 am Interview teilzunehmen. Das Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist die Erkenntnisgewin-
6 nung von Informationen für ein sekundäres Nikotinpräventionsprogramm bei Angehörigen von
7 Krebspatienten und -patientinnen aus deiner Sicht. Und ich werde nun erst mal ein paar allge-
8 meine Fragen stellen. Und dann werde ich nochmal mit ein paar vertiefenden Fragen weiter-
9 machen. Und es gibt keine falschen Antworten, also, alles ist richtig. Und du darfst frei erzäh-
10 len, wie du möchtest. Und wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann ist das auch
11 in Ordnung, dann kannst du gerne Bescheid sagen.

12 **B:** Okay.

13 **I:** Gut, dann muss ich dich-, oder möchte ich dich einmal fragen, wie alt du bist.

14 **B:** 30.

15 **I:** Okay, und was du arbeitest?

16 **B:** Ich bin -, das ist eine schwierige Stelle, schwierig zu beschreiben. Das ist so eine Mischung
17 aus Business Development und Projektmanager in der IT-Branche.

18 **I:** Ah, okay. Und du bist-, genau, dein Familienstand, also ledig, verheiratet?

19 **B:** Genau, ledig, keine Kinder.

20 **I:** Okay. Und, genau, jetzt hatten wir noch die Art deiner Krebs-, also, der Krebserkrankung
21 deines Angehörigen und um welchen Angehörigen es sich handelt.

22 **B:** Es ist der Bruder meines-, also mein Onkel, der Bruder meines Vaters. Und das war Lun-
23 genkrebs, tatsächlich.

24 **I:** Ah, okay, und weißt du auch vielleicht das Datum, wann das diagnostiziert wurde?

25 **B:** Wir haben jetzt 22, das war vor Corona, das müsste, ich glaube, 18 gewesen sein.

26 **I:** Ah, okay, also vor vier Jahren circa?

27 **B:** Ja, Juni, Juni 18 müsste das gewesen sein.

28 **I:** Okay, und genau, jetzt stelle ich dir nochmal eine Frage zu deinem Rauch-, also zu deinem
29 Nikotinkonsum. Und zwar, rauchst du aktuell?

30 **B:** Ja.

31 **I:** Und ob du einschätzen kannst, wie viele Zigaretten du am Tag so ungefähr rauchst?

32 **B:** Zehn, zehn bis fünfzehn, aber eher zehn.

33 **I:** Okay, und welche Art an Zigaretten rauchst du? Also, sind das so Zigaretten oder Shisha
34 oder Zigarillos?

35 **B:** Normale Zigaretten, keine Shisha.

36 **I:** Okay, und kommt es auch vor, dass du rauchst, wenn du mal also krank bist und du eigent-
37 lich dich ausruhen müsstest im Bett?

38 **B:** Kommt drauf an, also was für eine Art von Krankheit ich habe. Aber wenn ich krank bin,
39 rauche ich eher weniger, tatsächlich. Also, wenn ich jetzt-. Ich hatte Anfang des Jahres eine
40 Lungenentzündung, da habe ich vier Wochen gar nicht geraucht.

41 **I:** Okay, okay. Und wann nach dem Aufwachen du ungefähr deine erste Zigarette immer
42 rauchst?

43 **B:** Halbe bis eine Stunde.

44 **I:** Okay. Und findest du es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen
45 sein zu lassen?

46 **B:** Nein, aber man vermeidet die Orte automatisch, würde ich jetzt mal behaupten.

47 **I:** Okay, und alles klar, gut. Dann erst mal vielen Dank, dass du so viel mit mir geteilt hast. Ich
48 werde nun zu den weiterführenden Interviewfragen übergehen. Und zwar möchte ich einmal
49 die Beziehung zu deinem Onkel so ein bisschen anschneiden. Da würde mich einmal interes-
50 sieren, welche Beziehung du zu deinem Onkel hast, beziehungsweise, pflegst. Und was sie
51 für dich ausmacht, beziehungsweise, welche Rolle er in deinem Leben spielt. Genau, da
52 kannst du, wenn du möchtest, das beantworten und beschreiben.

53 **B:** Mein Onkel ist später nach Deutschland gekommen, tatsächlich. Was heißt später? Das ist
54 dann jetzt auch wieder-, (?Der Kleine wird-). Also, wir haben schon in Deutschland gelebt. Ich
55 war sieben, glaube ich, wo er nach Deutschland gekommen ist. Aber ich habe ihn halt vorher
56 auch immer gesehen im (?Kosovo), er ist halt der Bruder meines Vaters. Und er war halt der

57 Onkel, der keine Kinder hatte. Und er war mit uns Kindern-. Das war also der coole Onkel. Wir
58 Kids waren mit ihm immer sehr locker, sehr-, ich weiß nicht, sehr offen. Er hatte immer für alles
59 Verständnis, so Sachen. Deswegen war das für uns Kinder immer so der Lieblingsonkel. Er
60 ist einfach dieser coole Onkel, zu dem du eigentlich eine super Beziehung hast. Und mit dem
61 du auch-, keine Ahnung. Einmal zum Beispiel der Onkel-. Ich habe vor niemandem geraucht,
62 vor ihm habe ich geraucht. Oder so Sachen, weißt du, wir hatten eine echt lockere Beziehung
63 und haben sie eigentlich immer noch.

64 **I:** Ja, so eine vertraute Beziehung auch?

65 **B:** Ja, ja, voll.

66 **I:** Genau, also hat er schon auf jeden Fall eine sehr auch wichtige Rolle irgendwo in deinem
67 Leben eingenommen und immer noch?

68 **B:** Ja, natürlich, ja.

69 **I:** Und, genau, aber nun ist es ja so, dass dein Onkel ja dann an Krebs erkrankt ist vor vier
70 Jahren. Und ich glaube, du hattest auch angegeben, dass er selber auch geraucht hat.

71 **B:** Ja, er hat-.

72 **I:** Ja, erzähl.

73 **B:** Nein, worauf wolltest hinaus erst mal, bevor ich so-.

74 **I:** Nein, alles gut, Also, genau, und zwar hätte mich jetzt noch interessiert, ob dieses Rauch-
75 verhalten, dass er geraucht hat, überhaupt zum Zeitpunkt dieser Diagnose vom Personal, also,
76 vom medizinischen Personal mal thematisiert wurde. Also, ob das mal Thema war, dass er ja
77 geraucht hat oder raucht zu diesem Zeitpunkt. Ob das von dieser Institution aus mal Thema,
78 thematisiert wurde, genau.

79 **B:** Also, also, vielleicht muss man auch da ein bisschen zurückgreifen, jetzt gerade in seinem
80 speziellen Fall. Und zwar war es so, dass er mit dem Rauchen aufgehört hat. Und dann ging
81 es ihm aber nicht gut. Und dann-. Also, er hat immer so-. Er hat, ich glaube, zwei, drei Monate
82 aufgehört gehabt. Und dann hat er immer so einen Husten gehabt. Und dann gab es auch
83 Momente, wo er tatsächlich beim Husten halt Blut gespuckt hat. Und ist er zum Hausarzt, so
84 ganz klassisch. Und dann hat der Hausarzt gesagt, „Ja, nein, du hast aufgehört mit dem Rau-
85 chen, kein Wunder, du hustest Blut. Du warst ein starker Raucher. Das ist normal.“ Und dann
86 kam das Ganze halt erst ins Rollen, weil er gesagt hat, er empfindet das nicht als normal, das
87 halt abzustempeln, ich habe jetzt aufgehört mit dem Rauchen, jetzt ist es normal, dass ich Blut

88 huste, sozusagen. Und dadurch kam das Ganze sozusagen ins Rollen, weil er sich dann
89 selbstständig um ein CT gekümmert hat und so weiter. Und dann kam erst die Diagnose. Von
90 daher wurde das Rauchen bei ihm während der Therapie und so weiter doch schon auch
91 thematisiert.

92 **I:** Ah, okay. Und wie fandst du das selbst, dass das thematisiert wurde zu diesem Zeitpunkt?
93 Also, fandst du das sinnvoll, dass das überhaupt dann auch so vom medizinischen Personal
94 immer mal Thema dann war, so, weil das eine Rolle spielt, auch einfach?

95 **B:** Ja und nein, würde ich sagen. Ich meine, ich finde es irgendwo richtig, einfach auch, weil
96 es auch eine starke Ursache dafür bestimmt auch war oder ist, gewesen ist. Auf der anderen
97 Seite, er hat doch schon aufgehört zu rauchen. Weißt du, du brauchst da ja nicht weiter drauf
98 rumreiten, in diesem Sinne. Sondern, es geht ja jetzt darum, wie geht es voran? Den aktuellen
99 Zustand kannst du nicht mehr ändern. Das war so dieser Punkt, wo dann so ein bisschen
100 anstrengend war. Also, ja okay, ich rauche doch jetzt nicht mehr, passt doch jetzt.

101 **I:** Und ich gehe dann eigentlich auch davon aus, dass du das selber auch dann nicht mehr
102 thematisiert hast, im gegenüber, oder, also, als er dann diese Diagnose bekommen hat?

103 **B:** Nein. Das Einzige, was bei uns dann-, was heißt thematisiert? Bei uns war es dann halt so
104 ein Ding, dass wir darauf geachtet haben, dass wir nicht vor ihm rauchen, beispielsweise. Oder
105 diese Dinge halt.

106 **I:** Okay, und was würdest du sagen, weil du selbst ja auch rauchst? Genau, ob und was diese
107 Diagnose bei dir vielleicht auch bezüglich deines eigenen Rauchverhaltens verändert hat?
108 Also, gab es da jemals einen Einfluss oder ein Gedanke, wo du gesagt hast, „Hey, also, ich
109 versuche es zu ändern.“ Oder, „Ich möchte es nicht ändern.“ Oder, also, hattest du das mal
110 selber auch dich bezogen, auf dein eigenes Verhalten? Gab es so einen Moment? (6 Sek.)

111 **B:** Tatsächlich ja, den gab es, aber immer nur, wenn ich ihn gesehen habe. Oder, als ich ihn
112 zur Chemo begleitet habe und die Menschen dort sitzen habe sehen. Dann gab es diese Mo-
113 mente, ja Dann war das-. Du, es war, wo ich ihn das erste Mal zur Chemo-. Ich meine, vorher
114 hast du-. Du hörst es zwar und sagst, „Jaja.“, dieses Typische. Als ich ihn dann zur Chemo
115 begleitet habe, wo er die Chemo dann ambulant bekommen hat, dann war das etwas anders.
116 Weil, dann hast du die Patienten

117 dort sitzen sehen. Und ich glaube, das war dann nochmal so krasser, weil, du hattest da ja
118 auch verschiedene Verläufe. Und mein Onkel, der sah nie krank aus. Er sah nie krank aus.
119 Deswegen war das dann auch immer etwas schwieriger, das Ganze so richtig zu fassen,
120 denke ich. Aber wenn du in diesem Chemo-Raum bist, da sehen die Leute krank aus. Und

121 ganz speziell, ich glaube, den Mann werde ich nie vergessen, der war also leicht gelb, der
122 hatte schon eine gelbliche Hautfarbe und war

123 total abgemagert. Du hast halt gesehen, der sah einfach nicht mehr nach Leben aus, so böse
124 das klingt. Und solche Situationen dann, da ja.

125 **I:** Und das hat dich dann in dem Moment auch berührt, selbst?

126 **B:** Ja, auch die Diagnose von meinem Onkel. Ich glaube, den Tag werde ich nie vergessen,
127 weil, das war-. Wir haben-, also, mein Vater hat mir die Diagnose von ihm am Telefon gesagt.
128 Und ich weiß noch ganz genau, wo ich gestanden bin, als er es mir gesagt hat, und was ich in
129 dem Moment gemacht- Also, weißt du, ich weiß, ich bin-, ich war tatsächlich shoppen mit mei-
130 nem Bruder. Und dann ruft mein Vater mich an, war ein bisschen gestresst. Und weil das gar
131 keine Art von ihm ist,

132 weil, er selber war im Kosovo im Urlaub mit meiner Mom. Und hat mich angerufen, „Hey, geh
133 zu deinem Onkel.“ „Beruhig dich doch, ich geh doch mal dahin. Was ist denn jetzt dein Prob-
134 lem?“ Und in dem Augenblick hatte ich tatsächlich eine Zigarette in der Hand. Habe ich zu ihm
135 gesagt, „Du, wir machen das hier fertig und dann gehe ich schon noch hin. Bleib mal locker.“
136 Und er hat halt weiter drauf gepocht. „Sag mal, was ist denn los? Du tust gerade so, als würde
137 er sterben.“ Und dann kam,

138 „Ja gut, das wird er wahrscheinlich auch.“ Ich so, „Hä?“ (...) verstanden habe, sagt er, "Bei ihm
139 wurde Krebs diagnostiziert, Lungenkrebs." Und dann war es wirklich so, Zigarette grad fallen-
140 lassen. Also, in dem Moment, wo es dir dann so bewusst wird, so platt, "Was Krebs, Lungen-
141 krebs? Ich habe gerade die Zigarette fallenlassen." Und dann sind wir tatsächlich auch zu ihm,
142 direkt zu ihm, ja.

143 **I:** Und was ist dir in dem Moment durch den Kopf gegangen? (7 Sek.)

144 **B:** Mein Onkel ist jetzt 62, ja. Ja, er ist jetzt 62 geworden. Sein Sohn ist erst 20. Das heißt,
145 sein Sohn war noch keine 18. Und war halt einfach noch ein kleiner Bub. Und in dem Moment
146 habe ich tatsächlich an seinen Sohn gedacht. Und gedacht, "Scheiße, sein Sohn." Das war so
147 der erste Gedanke.

148 **I:** Ja. Und, genau, ich habe das jetzt auch so verstanden, dass dein Onkel dann ja auch auf-
149 gehört hat.

150 **B:** Ja, schon vor der Diagnose tatsächlich.

151 **I:** Genau, vor der Diagnose. Und das heißt, sogar nach der Diagnose hat es dann auch

152 gehalten, das Aufhören, also bei ihm?

153 **B:** Ja, sehr. Also, mittlerweile rauchen wir alle auch wieder vor ihm. Auch, wenn er mit im
154 Raum ist, rauchen wir alle wieder mittlerweile. Und dann sagt er schon, "Oh, wie gern würde
155 ich jetzt eine rauchen." Das sagt er schon. Aber er wird es halt nicht mehr machen.

156 **I:** Ah, okay. Okay, alles klar, gut, also, würdest du auch sagen, dass dich jetzt seine Krankheit
157 auch in einer Form nachhaltig geprägt hat, also gegenüber deines eigenen Rauchverhaltens?
158 Oder ist das auch so ein bisschen jetzt in den Hintergrund gerückt?

159 **B:** Nein, es ist in den Hintergrund gerückt, tatsächlich.

160 **I:** Okay. Genau, dann würde mich interessieren, wie-, oder, also genau, wie oder ob dein Onkel
161 auch über die Folgen von andauerndem Rauchen aufgeklärt wurde, als er noch geraucht hat?
162 Also, ob du da was weißt?

163 **B:** Nicht, dass ich wüsste. Also, ich denke halt, das Übliche, das, was man halt auch von der
164 Gesellschaft und so weiter, von den Medien, das. Aber so richtig, denke ich nicht.

165 **I:** Okay. Und wurde dir vielleicht auch-? Also, hatte dein Onkel Hilfe, als er aufhören wollte,
166 also von dir, beispielsweise, oder von anderen? Also, hatte er Unterstützung beim Aufhören?
167 Oder hat er das ganz alleine geschafft?

168 **B:** Inwiefern meinst du Unterstützung?

169 **I:** Dass er also sozusagen quasi, dass er ja aufhören wollte. Und ob er von dir oder vom Um-
170 feld-, ob du weißt, ob er emotionale Unterstützung hatte, damit-, dabei aufzuhören. Oder, ob
171 er das-, genau, komplett alleine das auf sich genommen hat mit dem Aufhören? Also, wie er
172 quasi aufgehört hat.

173 **B:** Nein, der hatte die von uns allen, weil wir ja alle darauf bedacht waren, dass er aufhört, weil
174 er echt viel geraucht hat. Und da waren ja alle so ein bisschen jetzt, "Komm Onkel, du schaffst
175 das.", und die diversesten Sachen. Doch, da hatte er schon Unterstützung von uns. Aber na-
176 türlich war es halt auch echt groß sein eigener Wille. Ich weiß nicht, ob du rauchst, wahrschein-
177 lich nicht?

178 **I:** Nein, nicht mehr, nein.

179 **B:** Das ist-, du musst das selber wollen. Du musst selber den Willen haben aufzuhören, das
180 kann dir keiner das einreden, dass du das machst, sozusagen. Und er hatte diesen Willen.
181 Und da hatte er auch unsere Unterstützung.

182 **I:** Ich verstehe, ja. Und, genau, zu diesem Thema Aufklärung, da hattest du ja schon gesagt,
183 dass dein Onkel das gar nicht so hatte, also so dieses Normale, diese Standardaufklärung,
184 was man so beispielsweise auf wahrscheinlich Zigarettenpackungen sieht oder diese Werbung
185 oder von der Gesellschaft. Hattest du denn selbst auch Aufklärung darüber, also über das
186 Rauchen und die Folgen?

187 **B:** Ja, tatsächlich war-. Ich meine, das war Heidelberg in der Thoraxklinik. Und da haben wir-
188 . Das hatte damals tatsächlich unsere Klassenlehrerin eingeführt, weil wir-, was heißt wir, da-
189 mals habe ich noch nicht so wirklich zu den Rauchern gehört, aber in unserer Klasse sehr viel
190 geraucht worden ist. Und dann hat haben die dahin einen Ausflug organisiert, zu dieser Tho-
191 raxklinik nach Heidelberg. Und das war schrecklich. Also, da haben sie dir echt diese Rau-
192 cherlungen gezeigt und so weiter. Es hat auch einer ein Interview gemacht, der eben auch
193 vom Krebs dann betroffen war durch seine Raucherlunge. Und ich glaube, das hat darin echt
194 Vielen was gebracht. Weil, das ist nicht schon, so was zu sehen, gar nicht. Das ist echt hart,
195 so was zu sehen.

196 **I:** Also, es hat die Leute, die da-, auf jeden Fall also dich und deine Klassenkameraden auf
197 jeden Fall geprägt in dem, was gezeigt wurde und der Kontakt zu diesem Menschen, der be-
198 troffen war?

199 **B:** Ja, das war echt übel.

200 **I:** Und, genau, da kommen wir zu dieser Frage, wie hoch du selbst diesen Bedarf von Unter-
201 stützungsprogrammen und Hilfen zur Rauchentwöhnung bei Patientinnen einschätzt? Weil, es
202 gibt ja auch Krebspatientinnen, die immer noch rauchen und nicht davon loskommen. Und wie
203 du diesen Bedarf einschätzen würdest für diese Menschen?

204 **B:** Ich glaube halt, es ist sehr schwierig, weil, die Betroffenen, die müssen ja schon mit ihrer
205 Krebs-Diagnose kämpfen. Und dann noch diesen Kampf, das mit dem Aufhören. Also, wenn
206 das Aufhören-. Also, Rauchen aufhören ist ja ein richtiger Kampf für manche Personen. Das
207 ist echt schwierig. Und du gehst dann schon diesen Kampf des Krebses und dann sollst du
208 noch den Kampf mit dem Rauchen eingehen, ich glaube, das ist sehr schwierig. Und ich
209 glaube, da wäre Hilfe schon nötig, aber halt auch nicht dieses Schulhelfen, dieses Aufklären
210 mit irgendwelchen Broschüren. Ich glaube, damit kommst du nicht weit, weil, das guckst du dir
211 an und dann wirfst es in irgendeine Ecke, wenn du es überhaupt anguckst. Und dann ist das
212 Thema erledigt, weil, du konzentrierst dich ja eher darauf, kriege ich eine Chemo, werde ich
213 operiert, wie wir der Verlauf sein? Und dann gibt es halt auch welche, ich habe einen Arbeits-
214 kollegen, der hatte auch Krebs, Lungenkrebs. Bei ihm wurde es rausoperiert. Ich weiß nicht,
215 was für eine Art von Krebs er hatte. Und der hat geraucht wie ein Schlot, wirklich, weiterhin,

216 trotz seines Krebses. Und dann hast du gemerkt, okay, der hat jetzt wieder einen CT-Termin.
217 Und dann hat er nicht geraucht, so drei, vier Tage vor seinem CT-Termin oder MRT-Termin.
218 Es gibt auch Leute, die sind da resistent. Also, deswegen ist das immer so eine-, ich finde, das
219 ist sehr schwierig, da die perfekte Lösung zu finden.

220 **I:** Hast du denn jemals versucht aufzuhören?

221 **B:** Nein.

222 **I:** Beziehungsweise mal daran gedacht, irgendwie? Hattest du jemals den Gedanken, das zu
223 wollen?

224 **B:** Nein, weil, ich komme eigentlich relativ gut klar. Wenn ich irgendwie-. Es gibt Tage, da
225 rauche ich gar keine, dann gibt es Tage, dann rauche ich vielleicht eine ganze Schachtel am
226 Tag. Oder wenn ich krank bin, rauche ich auch eigentlich echt-. Wie gesagt, ich hatte da die
227 Lungenentzündung, da habe ich drei, vier Wochen gar nicht geraucht und das war nicht
228 schlimm. Bei mir ist halt dieser Gedanke, wenn ich mal Kinder bekommen sollte, dann höre
229 ich auf jeden Fall auf. Aber vorher, nein, ich mache es einfach gerne, so blöd es klingt.

230 **I:** Na, alles gut. Also, ich bewerte das überhaupt nicht oder so.

231 **B:** Nein, nein, ich bewerte es selber.

232 **I:** Okay, also, weil, ich hätte dann jetzt dann gefragt, weil, wenn du schon sagst, da ist jetzt
233 nicht der hohe Bedarf. Also, ich hätte jetzt eigentlich noch gefragt, wie hoch du deinen eigenen
234 Bedarf für so Programme oder Hilfen einschätzen würdest zur Rauchentwöhnung. Genau

235 **B:** Gar nicht, ich will gar nicht aufhören.

236 **I:** Also, du bist auch überzeugt, dass du es eigentlich nicht möchtest, quasi?

237 **B:** Was heißt überzeugt, das ist nicht mehr. Ich rauche echt gerne, (?Katja), ich bin so ein
238 Genussraucher. Und, ja, viele-. Also, als Nichtraucher kommt dann, "Hey, wie kann man ein
239 Genussraucher sein? Das ist doch einfach nur ekelhaft." Aber ich glaube, Nichtraucher ver-
240 stehen das dann auch nicht wirklich, dass das-. Und aktuell geht es mir ja noch gut damit. Und
241 solange das so ist, ist es ja okay, finde ich. Also, ich habe keinen Bedarf.

242 **I:** Okay, alles klar. Dann würde ich mich fragen, also, ob du-. Also das-, weil, manche Fragen
243 muss ich hier gerade abhaken, weißt du, weil manche ja nicht auf einen zutreffen, genau. (5
244 Sek.) Also, welche positiven und negativen Konsequenzen du bei dir selbst bei einer Konsum-
245 reduktion erwarten würdest. Also, was für positive Eigenschaften so was hätte und was für

246 negativen Eigenschaften das für dich hätte, wenn du das jetzt reduzieren würdest, und-.

247 **B:** Positive Eigenschaften, und?

248 **I:** Ja, und dann halt, genau, die zweite Frage wäre genau dieselbe, aber nur für deinen Ange-
249 hörigen, der jetzt weiterhin zum Beispiel rauchen würde.

250 **B:** Also, positive Eigenschaften, ich hätte wahrscheinlich viel, viel mehr Kondition und wäre
251 bestimmt auch viel fitter. Und wäre bestimmt eine sehr positive Eigenschaft. Was wäre nega-
252 tiv? Negativ wäre wahrscheinlich, dass-. Weiß nicht, weißt du, dieses Gesellschaftliche, dass
253 da halt einfach so ein Ding weg ist, dieses gemütlich auf der Terrasse sitzen mit den Freun-
254 dinnen, oder dieser typische Kaffeeklatsch. Das würde mir, glaube ich, fehlen, wenn ich auf-
255 hören würde.

256 **I:** Ja, und findest du-? Und für jemanden, der dann daran erkrankt ist? Was wäre da für dich-
257 ? Wo würdest du sagen, okay, positive und negative Sachen? Also, gibt es die da überhaupt?
258 (5 Sek.)

259 **B:** Ich überlege gerade, was mein Onkel (...) sagen würde. Er sagt immer, mir fehlt das-. Ich
260 weiß, dass es schlecht für mich ist. Ich weiß, dass es auch gerade bei meiner Krankheit das
261 Schlimmste ist, was ich machen kann. Aber es fehlt ihm halt trotzdem. Er sagt, dieses in der
262 Runde sitzen, was trinken, oder auch einfach mal nur Kaffee und Kuchen, in der Runde sitzen,
263 gemeinsam quatschen und eine rauchen. Und dann sagt er, "Ich sehe das ja bei euch. Ihr sitzt
264 da alle, ihr Mädels sitzt da zusammen, quatscht, lacht euch tot, bespricht irgendwas und habt
265 eine Zigarette in der Hand." Und er sagt, das ist das, was ihm fehlt. Er sagt, "Natürlich sitze
266 ich auch da mit meinen Kumpels und ohne Zigarette. Nein, aber es ist nicht das Gleiche." Das
267 ist das Negative. Das Positive ist halt, dass er dadurch einfach gesünder ist. Und das möchte
268 er halt auch nicht mehr missen. Er ist fitter, er ist mehr oder weniger fitter, wie du es halt sein
269 kannst. Aber er hat ja schon nach der kurzen Zeit, wo er aufgehört hat zu rauchen, hat er ja
270 schon einen Unterschied gemerkt. Wir wohnen im dritten Stock ohne Aufzug. Hat er gesagt,
271 "Du, ich komme hoch, ohne, dass ich pumpe. Also, ich komme locker da die Treppen hoch,
272 voll entspannt. Hätte ich mal vorher machen sollen." Also, dann hat er so Witze darüber ge-
273 macht. Aber im Endeffekt ist es ja auch so.

274 **I:** Ja, voll.

275 **B:** Das stimmt nicht. Und diese typischen (...) eigentlich, weil schon das eines da auch passt.

276 **I:** Ja, okay, klar, also, ja, das klingt auch so ein bisschen so, als würde man das Eine für das
277 andere opfern, also, immer so gegenseitig, weißt du? Also, ich opfere jetzt diese Gesellschaft

278 für aber meine-,

279 **B:** Gesundheit.

280 **I:** Genau, zum Beispiel so. Aber ich opfere dennoch die Gesellschaft. Also, das ist so, ja.

281 **B:** Und das ist tatsächlich so, ich glaube, dieses Gefühl, das man dann hat. Ich weiß jetzt nicht,
282 wie es bei dir ist, ob du da nicht auch dieses Ding hattest. Ich weiß ja jetzt nicht, ob dein
283 Freundeskreis geraucht hat oder nicht. Bei mir wäre das echt so. Keine Ahnung, wir Mädels
284 sitzen auch im Winter draußen, unterm Heizstrahler zwar, aber wir sitzen draußen am Heiz-
285 strahler mit unserem Tee, mit unserem Kaffee oder mit was auch immer und rauchen dabei
286 eine.

287 **I:** Ja, ja, ich weiß genau, was du meinst. Man kann es nicht, glaube ich, gar nicht verstehen,
288 wenn man es mal nicht selber gemacht hat.

289 **B:** Oder auch während der Arbeit. Meine Kollegin und ich, wir gucken uns an, wir nicken uns
290 zu und dann stehen wir auf und gehen raus und rauchen eine. Und dann wird halt einfach mal
291 kurz so dieses, Pfff, ausatmen. Wir quatschen kurz, mal was anders, wie die Arbeit. Und wür-
292 den wir nicht rauchen, würden wir das nicht machen.

293 **I:** Ja, okay, guck mal. Also, das bringt auch nochmal diese Pause und dieses nochmal zusam-
294 menkommen nicht im Kontext der Arbeit, also mal was Anderes quatschen, in diesen Kontak-
295 ten. Ich verstehe auf jeden Fall, was du meinst, ja. Genau, und ich hatte ja vorhin noch über
296 so Programme und so gesprochen. Und da sagst du ja, du hast Erfahrung gemacht, also, so
297 jemals-, also, dass du Unterstützungsprogramme, irgendwie so Aufklärung hattest, so von der
298 Schule beispielsweise aus. Aber hattest du jemals Erfahrungen auch mit so Unterstützungs-
299 programmen? Hast du jemals an so was teilgenommen überhaupt?

300 **B:** Nein.

301 **I:** Okay. Und dein Onkel aber auch nicht, vorher?

302 **B:** Nein.

303 **I:** Okay, und was würde dich denn, selbst, wenn du jetzt sagst, "Okay, ich möchte es weiterhin
304 machen.", und so, verständlich irgendwo. Aber gibt es da trotzdem etwas-? Oder, was würde
305 dich denn motivieren, damit aufzuhören? Also, was müsste es geben, damit du damit aufhörst?

306 **B:** Gute Frage.

307 **I:** Du meinstest ja schon mal, die Schwangerschaft?

308 **B:** Die Schwangerschaft, eigentlich nur das. Oder, ich müsste selber erkranken.

309 **I:** Ah, okay, also, du müsstest das erst mal selbst haben, am eigenen Leib, damit du siehst,
310 okay, jetzt aber ist zu spät, jetzt muss ich aufhören?

311 **B:** Ja, die zwei Sachen, was Anderes eigentlich nicht, nein.

312 **I:** Und jetzt so ganz ehrliche Einschätzung, wie hoch wäre eigentlich deine eigene Motivation,
313 an so was teilzunehmen? Also, genau, oder könntest du dir das vorstellen, beispielsweise,
314 wenn dein Onkel jetzt noch das hätte, also wirklich so, wie früher. Zum Glück nicht mehr, aber
315 wäre es jetzt wie früher gewesen, könntest du dir das vorstellen, mit ihm so was zu machen
316 also eher, als alleine?

317 **B:** Wenn, dann würde ich es ihm zuliebe machen.

318 **I:** Okay, und warum?

319 **B:** Um ihn zu unterstützen.

320 **I:** Okay, also lediglich nur für ihn, quasi, aber nicht für dich, so in dem Sinne auch mit?

321 **B:** Tatsächlich nicht, nein.

322 **I:** Okay, und wie hoch würdest du das selber einschätzen, dass andere, also, Erkrankte an so
323 was teilnehmen würden?

324 **B:** Ich denke, Erkrankte würden da eher dran teilnehmen, tatsächlich. Weil-, wobei, nein, da
325 sind wir wieder auch bei dem Thema, "Ja, was soll ich da jetzt dran teilnehmen? Ich habe jetzt
326 den Scheiß Krebs. Ich muss doch erst mal das in den Griff-." Weißt du, ich finde, das ist echt
327 schwierig. Es kommt wirklich auf die Person selbst drauf an und die Art der Erkrankung.

328 **I:** Ja. Und wenn es so was gäbe, so was wie so ein Programm, wo zum Beispiel jemand, der
329 raucht, aber aufhören möchte, zusammen mit seiner Mutter oder mit seiner Schwester, die an
330 Krebs erkrankt ist, aber auch raucht, an so was teilnimmt. Wie müsste dann so was aussehen,
331 deiner Meinung nach? Also, wie müsste das gestalten sein, so ein Programm beispielsweise,
332 wenn das wirklich Leute machen wollen?

333 **B:** Ich denke halt, es dürfte halt nicht so in diesen schulischen Bereich zu sehr gehen. Dass
334 du praktisch da vorne jemanden stehen hast, der zu dir sagt, "Du, rauchen ist Scheiße aus
335 den und den und den Gründen." Das weiß man, das weiß man als Raucher auch, aus welchen
336 Gründen rauchen Scheiße ist, blöd gesagt. Deswegen denke ich, dass halt wirklich so Aufklä-
337 rung mit realen (...), so, wie es wir damals hatten. Das war ja was echt Cooles. Wir hatten real

338 Patienten da, die dann diese Nachfolgen auch hatten. Der Mann, der wird mir nie aus dem
339 Kopf gehen, glaube ich. Der konnte nicht reden. Der hatte, ich weiß gar nicht, Lungenkrebs
340 oder vielleicht auch Kehlkopfkrebs, ich habe keine Ahnung. Der konnte-, der hat kaum ein
341 Wort rausgebracht, sozusagen, weil da der Krebs alles zerfresse hatte. Wir haben Lungen
342 gesehen von einem Raucher, von einem Nichtraucher. Aber nicht nur einfach ein Bild mit einer
343 PowerPoint-Präsentation. Das natürlich auch, aber da gab es halt auch so richtige Präparate.
344 Und das war halt so krass, weil-, also, dir wird davon schlecht, wenn man das sieht. Und das
345 ist was, wenn du mich jetzt fragst, ich weiß nicht, in welchem Jahr das war, aber ich kann mich
346 an diesen Mann erinnern. Und ich kann mich an diese Präparate erinnern. Weißt du, es muss
347 ja was sein, was im Kopf bleibt.

348 **I:** Was dich prägt, so auch nachhaltig.

349 **B:** Genau, genau. Und eine PowerPoint-Präsentation prägt dich nicht nachhaltig, tut sie nicht.

350 **I:** Und wie würde das formal-? Was denkst du, wie würde das formal aussehen, also eher so
351 online oder findest du Präsenz sinnvoller bei so was? Oder so Gruppen oder Einzelsitzungen,
352 wie würdest du das eher einschätzen, wie das so in Anspruch genommen werden würde, oder
353 was nachhaltiger ist für Menschen?

354 **B:** Ich denke tatsächlich Präsenz und in Gruppen. Weil, in Gruppen tauschst du dich auch aus.
355 In Gruppen hast du auch Erfahrungswerte, beispielsweise. Online finde ich immer so eine
356 Sache. Klar, durch Covid jetzt hat man gelernt, dass online auch Vieles möglich ist und Teams
357 und das ganze Zeug kein Thema. Aber ich glaube, so einen Workshop online finde ich immer
358 als sehr schwierig. Und da fehlt dieser persönliche Bezug.

359 **I:** Ja, voll. Und was meinst du, was für Hindernisse würdest du jetzt sehen bei der Teilnahme
360 an so diesen Menschen, die so mit ihren Angehörigen bei so was hingehen? Oder was würdest
361 du da denken, was es für Hindernisse gäbe, vielleicht?

362 **B:** Ja, erst mal gibt es dieses Angebot ja grundsätzlich gar nicht. Und dann kommt halt das
363 Ding dazu, inwieweit ist die Erkrankung und inwieweit ist diese Person dann auch bereit, da
364 mit teilzunehmen? Wenn jemand im Endstadium ist-. Ich gehe jetzt von uns aus. Ganz am
365 Anfang von der Diagnose haben sie zu ihm gesagt, dass er nicht lange hat, er wird es nicht
366 überleben. Ganz ehrlich, dann hätte ich so was gar nicht gebraucht. Weil, dann versuchst du,
367 deine Zeit sinnvoller zu nutzen. Also, es klingt immer sehr böse, aber du willst ja dann deine
368 Zeit mit deinem Umfeld, deiner Familie nutzen, weil du ja nicht weißt, wie lange du noch hast.
369 Und dann interessiert dich so was nicht. Das ist, glaube ich, auch nochmal so ein Faktor.

370 **I:** Ja, diese Akzeptanz, die dann erst folgt dann, wenn wirklich das gesagt wird, so?

371 **B:** Ja.

372 **I:** Und welche-, also, insgesamt so, wie hoch du denkst-? Also, wo du meinst, wie hoch schätzt
373 du denn den Bedarf sozialer Unterstützung, also durch Freunde oder Familie oder Bekannte
374 bei der Reduktion von Angehörigen ein? Also, das hattest du ja schon mal so ein bisschen
375 gesagt, dass der sehr, sehr wichtig ist, weil ihr das ja auch selber-.

376 **B:** (...) (es wird übereinander gesprochen) Ich glaube, das ist mit das Wichtigste, weil, dein
377 Kreis kennt dich ja anders. Und dein Kreis weiß ja, auf was du reagierst und was nicht. Und
378 dem vertraust du im Normalfall ja auch.

379 **I:** Ja, und findest du jetzt die Idee so allgemein, wenn es so ein Programm gäbe, dass man
380 das mit Angehörigen zusammen macht, meinst du, das würde eher fruchten, als wenn das-?

381 **B:** Als wenn man es alleine macht?

382 **I:** Ja.

383 **B:** Ja, würde viel mehr fruchten. Ich (...) meinen Onkel, der ist zu keinem Termin alleine ge-
384 gangen. Der ist wirklich zu keinem Termin alleine gegangen. Der hat immer jemanden von uns
385 dabeigehabt. Und erst jetzt, wo der Krebs sozusagen-, wo es aktuell nur noch totes Gewebe
386 ist, erst jetzt schafft er es, alleine zu den Terminen zu gehen. Und selbst das macht er noch
387 ungern. Er hätte am liebsten immer einen von uns dabei.

388 **I:** Ich weiß natürlich-, ich kann das voll verstehen, so. Aber natürlich möchte ich das trotzdem
389 noch mal konkret fragen, warum du denkst, woran das liegt, dass das mit Angehörigen immer
390 eher erfolgreicher ist und warum das ist eher wichtig ist, als alleine. Also, warum fruchtet das
391 eher, was meinst du?

392 **B:** Weil du deine Stütze dabei hast. Du hast einen sicheren Hafen, in diesem Sinne, dabei.
393 Egal, was da jetzt dabei rauskommt, du bist nicht alleine. Das ist so der Punkt. ... #00:38:43#
394 (es wird übereinander gesprochen) ist da. Und ich bin nicht alleine, ich weiß, die fangen mich
395 auf. Aber stell dir mal vor, ich komme hier alleine her und die sagen irgendwas zu mir. Du fällst
396 dann aus allen Wolken und bist komplett überfordert. Aber wenn einer von euch dabei ist, weiß
397 ich, ich bin nicht alleine. Und ich werde aufgefangen.

398 **I:** Ja, und das ist sozusagen ein Kampf, den man zusammen dann bestreitet, selbst wenn es-
399 .

400 **B:** Genau, du bist-.

401 **I:** Genau, um diese Krankheitsüberwindung geht oder eben um dieses Abgewöhnen von rau-
402 chen, wenn diese Krankheit halt schon weniger so fortgeschritten ist. Zusammen ist es an-
403 scheinend immer besser, oder-, also? Okay, also, dann war es das auch schon mit meinen
404 Fragen. Also, ich-.

405 **B:** Vermisst du auch jemanden?

406 **I:** Genau, warte, ich mach mal kurz meine Diktieraufnahme aus.

1 **Transkript 10 – Jonas**

2 I: So. Okay, gut, also, erst mal natürlich guten Tag. Ich bin Dorina Kurta. Ich studiere soziale
3 Arbeit an der HAW in Hamburg. Und ich verfasse meine Masterthesis im Rahmen eines For-
4 schungsprojekts an der Uniklinik Hamburg. Ich bedanke mich für deine Bereitschaft, am Inter-
5 view teilzunehmen. Das Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist die Erkenntnisgewinnung von
6 Informationen für ein sekundäres Nikotinpräventionsprogramm bei Angehörigen von Krebspa-
7 tienten und -patientinnen aus deiner Sicht. Und ich werde nun erst mal ein paar allgemeine
8 Fragen stellen. Und dann werde ich nochmal mit ein paar vertiefenden Fragen weitermachen.
9 Und es gibt keine falschen Antworten, also, alles ist richtig. Und du darfst frei erzählen, wie du
10 möchtest. Und wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann ist das auch in Ordnung,
11 dann kannst du gerne Bescheid sagen.

12 B: Okay.

13 I: Wie alt bist du und was arbeitest du?

14 B: Ich bin 24 und arbeite als Callcenter-Agent.

15 I: Okay und dein Familienstand?

16 B: Ledig.

17 I: Ok, und rauchst du?

18 B: Ja, ich rauche Zigaretten.

19 I: Okay und wie oft am Tag? Auch, wenn du krank bist?

20 B: So 15 Stück und ja, auch wenn ich krank bin.

21 I: Okay, vielen Dank.

22 B: Gerne.

23 I: Zunächst einmal würde mich interessieren..welche Beziehung hattest du zu deiner Groß-
24 mutter?

25 Jonas: Ja schon, also sie war halt wie eine Mutter für mich.

26 I: Also hat sie eine sehr wichtige Rolle ..

27 Jonas: Ja, ja. Voll.

28 I: Ah, OK. Vor dem Interview hattest du ja angesprochen, dass sie selbst auch geraucht hat..
29 wurde das jemals eigentlich vom medizinischen Personal thematisiert? Also, als sie ihre
30 Krebsdiagnose erhalten hat?

31 Jonas: Hm...Nicht wirklich, also sie hatte auch nicht mehr ..also irgendwann hatte sie auch
32 gar nicht mehr viel geraucht.. ich weiß noch, als ich klein war, da hatte sie auf jeden Fall eine
33 Schachtel in zwei Tagen so..äh..aber..jetzt so zu Ende hat die halt mal eine Zigarette oder so
34 geraucht.. also .. sie hätten den Krebs auch zum Beispiel gar nicht gefunden, wäre sie nicht
35 von der Leiter gefallen und äh.. hier..die Tumore sind geplatzt, weil sie von der Leiter gefal-
36 len ist.. und deswegen haben die dann gestreut.. also wäre sie nicht von der Leiter gefallen,
37 wäre das alles bestimmt ein bisschen länger gegangen. Sie war die ganze Zeit ja kernge-
38 sund..

39 I: Mhm.. also OK.. ähm.. und wurde das von dir..also, als das diagnostiziert wurde, wurde
40 das von dir mal angesprochen?

41 Jonas: Inwiefern? Also sie hat eben schon nicht mehr geraucht, als sie die Diagnose hatte.
42 Die konnte am Ende gar nichts mehr.

43 I: Ah, okay.

44 Jonas: Also das ging alles sehr rapide.. sie konnte dann echt fast gar nichts mehr.

45 I: OK. Und wie, oder hat diese Diagnose Einfluss auf dein eigenes Rauchverhalten gehabt?

46 Jonas: Ich würde sagen ja, weil ich äh..zu dem Zeitpunkt, wo das alles so passiert ist, äh..
47 habe ich doch schon relativ viel geraucht und danach habe ich halt ein bisschen versucht,
48 also mein Leben auch umzukrempeln, also sprich Ernährung, Rauchverhalten, etc.. also
49 dass ich schon irgendwie geguckt habe, dass ich nicht mehr so viel .. ich hatte damals so..
50 ich hatte Langeweile und ich habe mir eine Kippe angemacht.. und so danach war ich halt
51 wirklich so komm..ey..muss halt jetzt nicht sein..weils einfach irgendwie auch fucking eklig ist
52 so.. aber ja..keine Ahnung.. ich glaube, du rauchst ja auch selber?

53 I: Hm, ja schon, ab und an mal.

54 Jonas: Kennst es ja, also man kann es trotzdem einfach nicht lassen.

55 I: Mhm..also du dachtest dir schon mal „Eigentlich möchte ich aufhören“ aber irgendwie ist es
56 schwieriger..

57 Jonas: Ja genau, also es gibt Tage und Wochen so, da denkst du dir..naja es ist ja nicht so,
58 als würde ich da so hängen. Wirklich, es gibt Wochen, da rauche ich halt nicht mal .. weil ich
59 habe jetzt zum Beispiel in den letzten Wochen auch nicht so viel geraucht, wenn ich das so
60 sagen kann, weil ich habe halt ein Tabak-Beutel gehabt, der dann so zwei Wochen hält so.
61 Klar rauche ich zwischendurch auch mal fertige Zigaretten, aber dann auch zwei Schachteln.

62 I: OK...dann würde mich nochmal interessieren, also zum Thema Aufklärung..wusste deine
63 Oma mal von den Folgen, die sie haben wird, wenn sie weiterhin rauchen wird?

64 Jonas: Ja, also das weiß ja jeder, wenn man mal auf eine Zigarettenschachtel guckt, dass es
65 tödlich sein kann und dass es ein Risiko gibt.. ich meine, das ist ja jedem bewusst, dass ..
66 damit muss man halt rechnen, wenn man es tut, ne?

67 I: Ja.

68 Jonas: Ich meine das weiß ja, wie verblendet kann man sein, es nicht zu wissen?

69 I: Mich würde dann nochmal interessieren: Hat deine Großmutter denn mal versucht, aufzu-
70 hören?

71 Jonas: Ich muss sagen, sie hat ja gegen Ende nur so ein wenig geraucht.. es war mehr so
72 ein Genussmittel für den Tag. So ein kleines Pflaster, also Tag war stressig, komm, noch
73 eine Zigarette.

74 I: Und wie hoch würdest du den Bedarf einer Rauchentwöhnung bei Patient:innen einschät-
75 zen? Also die daran erkrankt sind und weiterhin rauchen?

76 Jonas: Ähm, also.. ich bin mir gar nicht sicher, ob .. es kann halt auch sein, dass sie doch
77 mal zwischendurch geraucht hat, also ich habe ja nicht alles mitbekommen, weil sie ja in S-
78 Stadt gewohnt hat..aber ich glaube, ihr hat auch niemand nahe gelegt, dass sie damit aufhö-
79 ren sollte, weil es war von vornerein klar, sie wird sterben.

80 I: Aha, OK..du meinst also, dass sie dann sowieso irgendwann, nicht mehr da sein wird..

81 Jonas: Ja genau, also ich wusste, dass sie in den nächsten paar Monaten sterben wird.

82 I: Ahja, OK. Also deshalb würdest du auch einschätzen, dass selbst wenn sie weitergemacht
83 hätte, dass sie sowas nicht in Anspruch nehmen würde.

84 Jonas: Nee. Also ich meine, warum auch, wenn man weiß, dass man stirbt..was soll man da
85 großartig noch aufhören?

86 I: Ja, OK.

87 Jonas: Ich meine, selbst wenn da noch was zu retten ist so, natürlich wäre sowas wichtig.
88 Aber ich sage mal so: wenn einem schon gesagt wird, wie lange man noch zu leben hat,
89 dann .. ich glaube, man gibt dann relativ wenig Fick, was man so.. was man im Endeffekt
90 macht. Also es hat einen schon mitgenommen, weil man halt nichts mehr für sie tun konnte,
91 ich konnte ihr da jetzt nicht mehr helfen, außer es zu akzeptieren und ihr ein schönes restli-
92 ches Leben zu bereiten.

93 I: OK. Ähm und würdest du so..ein Bedarf auch bei dir selbst sehen?

94 Jonas: Ähm, so an sich nicht. Ich könnte halt von den einen Tag auf den anderen aufhören,
95 wie gesagt. Ich habe ja auch wochenlang nicht geraucht, also ich sehe es bei mir nicht als
96 schlimm an. Also wenn ich aufhören wollen würde, dann könnte ich das auch. Also ist jetzt
97 nicht so, dass ich so ein Suchtmensch bin oder so. Dass ich wirklich darauf angewiesen bin,
98 zu rauchen oder so. Klar, andere Leute haben da mehr Probleme mit, aber ich bei mir per-
99 sönlich würde jetzt nicht irgendwie.. sowas in Anspruch nehmen weil.. wenn man stark ge-
100 nug ist, dann kriegt man das auch selber hin, aber das ist voll.. von Person zu Person unter-
101 schiedlich.

102 I: Alles klar.. OK. Und welche positiven und negativen Konsequenzen würdest du bei einer
103 Reduktion sehen?

104 Jonas: Also ich merke das zum Beispiel, wenn ich nicht rauche, bin ich sehr leicht reizbar
105 und gestresst.. also für mich ist das auch so ein Stressabbauer, so einer Kippe oder so..
106 ähm.. aber.. ja.. ich glaube ich wäre in der ersten Zeit erst gestresst und alles.. ja.

107 I: Ja.. mhm. Dann nehme ich auch an, dass du bisher keine Erfahrungen gesammelt hast,
108 mit Programmen und so weiter?

109 Jonas: Nee, definitiv nicht.

110 I: OK. Und wenn eine Heilungschance besteht, würdest du sagen, dass sich hierbei eine ge-
111 meinsame Rauchentwöhnung für Krebspatient:innen und Angehörige lohnt?

112 Jonas: Ja, total. Ich würde das befürworten. Ist schon wichtig, dass die Rauchentwöhnung
113 dann auch im professionellen Rahmen stattfindet. Ich würde es gut finden, wenn es Leute
114 gibt, die sich darum kümmern, sich für die Einführung von diesen Hilfsangeboten einsetzen,
115 weil es eben Leute da draußen gibt, für die trotz Krebserkrankung Hoffnung besteht und de-
116 nen sowas weiterhelfen kann.

117 I: Und meinst du, dass Angehörige dabei eine seelische Unterstützung sein könnten?

118 Jonas: Definitiv. Und wenn das im professionellen Rahmen stattfindet, dann hat das be-
119 stimmt auch positive Effekte für den Angehörigen und den Patienten selbst, wenn man dann
120 noch gegenseitig unterstützt.

121 I: Alles klar, ja, bin ich auch der Meinung. Und wie meinst du, könnte so eine Rauchentwöh-
122 nung aussehen?

123 Jonas: Also ich hätte da so zwei Vorstellungen,entweder man ist dann wirklich auf so einer
124 Kur oder so, so richtig mit Therapiestunden und so, oder halt, ähm, wirklich so Therapiesit-
125 zungen, wo ich mir dann halt so denke.. naja also eine Kur wäre schon besser..ist natürlich

126 alles arsch-aufwendig, aber wenn man da irgendwie wirklich was bewirken will, dann kann
127 die Krankenkasse das halt irgendwie übernehmen oder so.

128 I: Alles klar, also im therapeutischen Setting. Und so Gruppentherapie oder lieber Einzel..

129 Jonas: Ja schon Gruppentherapie, mit Aktivitäten.. sowas gibt's ja schon in der Form, da
130 kann man dann ja auch eigentlich viel übernehmen..

131 I: Wo gäbe es dann Hindernisse?

132 Jonas: Naja, wo es dann hapert.. Krebs kann eben jeden treffen.. und reiche Leute könnten
133 sich sowas eben leisten, wenn es nicht von der Kasse übernommen wird..und die Leute sich
134 das eben nicht leisten können, haben ja durch die Krankheit und die Finanzierung solcher
135 Programme noch mehr Belastungen.. weil ja auch nicht alles von der Krankenkasse über-
136 nommen wird.

137 I: Und gäbe es motivationstechnisch Hürden?

138 Jonas: Naja, also wenn eine Chance besteht, dass Heilung möglich ist und nicht, wenn es
139 klar ist, dass der Erkrankte auch stirbt. Ein Ansporn sollte sein, dass man aktiv damit arbei-
140 ten kann und so sein Leben ändern kann, gesünder gestalten kann etc.

141 I: Und die soziale Unterstützung ist da auch se..

142 Jonas: Sehr wichtig ja. Als meine Oma die Diagnose hatte, sind dann ja auch alle zusam-
143 mengekommen. Auch die Ex-Frau meines Vaters, da sie jeden um sich herum haben wollte,
144 die sie in ihren letzten Tagen begleiten.

145 I: Na gut.. ich hätte tatsächlich keine Fragen mehr. Vielen Dank für deine Zeit und das Ge-
146 spräch!

147 Jonas: Gerne, gerne.

148 Interview endet.

149

150

151

152

153

154

155

156

157

Leitfaden

Fragestellungen für die qualitativen Interviews in den Projekten QSAC (Quit Smoking After Cancer) zu Angehörigen der NKPN

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | Intro | <p>Aus Angehörigensicht</p> <p>-Rauchen-</p> <p>Guten Tag, ich studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und verfasse meine Master-These im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Uni-Klinik Hamburg. Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, am Interview teilzunehmen. Das Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist die Erkenntnisgewinnung von Informationen für ein sekundäres Nikotinpräventionsprogramm bei Angehörigen von Krebspatient:innen, aus Ihrer Sicht.</p> <p>Ich werde nun mit ein paar allgemeinen Fragen beginnen. Es gibt keine falschen Antworten, wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das in Ordnung.</p> |
| | Wen befragen wir? | <ul style="list-style-type: none"> - Einschlusskriterien der Krebspatienten: Krebsdiagnose, Ex-Raucher (nicht länger als 5 Jahre) oder aktueller Raucher, über 18 Jahre) - Einschlusskriterien Angehörige: Familie (bis Onkel und Cousins; Enge Freunde, sehen oder hören sich ein Mal im Monat und kennen sich mind. 3 Jahre) -Jeder Raucherstatus - müssen Deutsch verstehen und sich auf Deutsch verständigen können - psychisch und körperlich in der Lage sein am Interview teilzunehmen |
| | Soziodemographische Daten | <p>Befragung (standardisierte Antwortmöglichkeiten)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alter -Geschlecht -Berufliche Stellung -Familienstand -Art der Krebserkrankung des/der Angehörigen |

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>-Datum der Krebserkrankung</p> <p>Raucherstatus erfragen (z.B. mind. 100 Zigaretten sonst Nie-Raucher, mind. 6 Monate her letzte Zigarette Ex-Raucher sonst aktueller Raucher)</p> <p>Selektionsfrage (die auch selbst rauchen): Konsumstatus und Produkt des Konsums (da Fagerström nur Zigaretten-abhängigkeit einbezieht und keine anderen Nikotinprodukte) des Befragten selbst</p> |
| | | |
| | <p>Screening-Fragebogen. (vgl. Fragerström, 2011)</p> | <p>1) Rauchen Sie aktuell? 1.1.) Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? 1.2) Welche Arten an Nikotin rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarillos etc.) 2) Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen? 3) Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? Finden Sie es schwierig, an Orten wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen? Rauchen Sie auch, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen? 4) Wenn nein: Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p> |
| | Überleitung | Vielen Dank, dass Sie bereits so viel mit mir geteilt haben. Wir gehen nun über zu den Interviewfragen. |
| | Kategorien / Leitfaden-Beginn | |
| 1. | Beziehung zum NKPn | <p>Welche Beziehung haben Sie zum NKPn? Was macht diese aus? Welche Rolle spielt NKPn in Ihrem Leben?</p> |
| 2. | Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Krebs-Diagnose | <p>Inwiefern wurde das Rauchverhalten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose ihres Angehörigen vom medizinischen Personal thematisiert? Hatten Sie Gefühle/Gedanken dazu, wenn ja, welche?</p> <p>Inwieweit wurde das Rauchverhalten Ihres Angehörigen zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose von Ihnen thematisiert? Hatten Sie Gefühle/Gedanken dazu, wenn ja, welche?</p> <p>Filterfrage bei Raucher:innen: Was hat die Krebsdiagnose Ihres Angehörigen bei Ihnen verändert bezüglich Ihres eigenes Rauchverhaltens?</p> |
| 2. | Rauchverhalten zum Zeitpunkt nach der Krebsdiagnose | <p>Wie sind Sie seit der Diagnose in der Phase danach mit dem Rauchverhalten des NKPn umgegangen?</p> <p>Welche Herausforderungen gibt/gab es für Sie persönlich? Was hat Ihnen persönlich während dieser Zeit geholfen?</p> |

| | | |
|----|--------------------------------------|--|
| | | <p>Wer hat Sie während dieser Zeit unterstützt? Was hat Ihnen gefehlt bzw. was hätten Sie sich gewünscht?</p> <p>Filterfrage bei Raucher:innen Was hat sich seit der Krebsdiagnose Ihres Angehörigen und der Phase danach bei Ihnen verändert bezüglich Ihres eigenes Rauchverhaltens?</p> |
| 3. | Aufklärung | <p>Wie wurden Ihr Angehöriger über die Folgen von andauerndem Rauchen aufgeklärt?</p> <p>Wie wurden Sie unterstützt im Umgang mit dem Rauchverhalten Ihres Angehörigen? Wie wurde Ihnen erklärt, wie Sie Ihren Angehörigen unterstützen könnten mit dem Rauchen aufzuhören? Wie wurden Sie als Angehöriger über die Folgen von andauerndem Rauchen aufgeklärt?</p> <p>Filterfrage bei Raucher:innen: Inwiefern hatte die Aufklärung einen Einfluss auf Ihr eigenes Rauchverhalten (selber aufgehört, reduziert etc)?</p> |
| 4. | Bedarfe | |
| | | <p>Wie hoch schätzen Sie den Bedarf für Unterstützungshilfe /-programme zur Raucherentwöhnung bei Patient:innen ein?</p> <p>Filterfrage bei Raucher:innen: Und wie hoch schätzen Sie Ihren Bedarf für Unterstützungshilfe/-programme zur Raucherentwöhnung bei Ihnen ein?</p> <p>Alle: Und welche Unterstützungsmöglichkeiten würden Sie sich für Angehörige bzw. sich wünschen?</p> |
| 5. | Bedeutung der Konsumreduktion | <p>Welche Bedeutung hat für Sie Raucherentwöhnung bei Ihrem Angehörigen?</p> <p>Filterfrage bei Raucher:innen:</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>Welche Bedeutung hat für Sie die Raucherentwöhnung bei sich selber?</p> <p>Welche positiven und negativen Konsequenzen würden Sie selbst bei einer Konsumreduktion erwarten?</p> <p>Alle: Welche positiven und negativen Konsequenzen würden Sie bei einer Konsumreduktion für den/die NKPn erwarten?</p> |
| | | Nur, wenn nichts kommt: Beispiele vorschlagen wie: Verbesserung der Lebensqualität / Gesundheitszustandes |
| 6. | Erfahrungen mit Raucherentwöhnungsprogrammen | |
| | | <p>Filterfrage bei Raucher:innen und Ex-raucher:innen: Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Unterstützungshilfen & -programmen bei der Rauchreduktion gesammelt? (Ausführlich berichten lassen)</p> <p>Für alle: Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Unterstützungshilfen & -programmen bei der Konsumreduktion für die/den NKPn gesammelt? (Ausführlich berichten lassen)</p> |
| 7. | Motivation zur Teilnahme an Programmen | |
| | | <p>Filterfrage bei Raucher:innen: Was würde Sie motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören?</p> <p>Alle:</p> |
| | | <p>Wie hoch wäre Ihre Motivation für eine Teilnahme an einem solchen Konsumreduktionsprogramm? Könnten Sie sich vorstellen, mit NKPn gemeinsam Unterstützungshilfen zu erhalten bzw. an diese Programme teilzunehmen? Wenn ja/nein, weshalb? (bei rauchenden Angehörigen auch nach gemeinsamer Raucherentwöhnung fragen und bei anderen nur Unterstützung der NKPn)</p> <p>Wie (hoch) schätzen Sie die Motivation von NKPn ein, an einem solchen Konsumreduktionsprogramm teilzunehmen?</p> |
| | | Wie könnte ein gemeinsames Unterstützungsprogramm aussehen? |

| | | |
|-----------|--|---|
| | | Welche Hindernisse sehen Sie bei sich und NKPn in der Teilnahme an einem Rauch- Reduktionsprogramm? |
| 8. | Bedürfnisse / Wünsche / Anregungen | |
| | | |
| | | Welche Bedürfnisse, Wünsche oder Anregungen haben Sie für ein Reduktionsprogramm für Angehörige (für alle generell und für Raucher:innen gemeinsame reudktion)? Welche Bedürfnisse, Wünsche oder Anregungen haben Sie für ein Reduktionsprogramm für Patient:innen? |
| | | <u>Falls nichts kommt:</u> Beispiele vorgehen wie: Wie sollte ein solches Programm formal aussehen , damit Sie an dem Programm teilnehmen? Format (z. B. Flyer), Medium (Online, Präsenz, Telefon etc.) Gruppen- vs. Einzelsitzungen, durch welche professionelle Instanz?, Dauer des Programms etc. |
| | | |
| 9. | Unterstützung durch soziales Umfeld | |
| | | Wie hoch schätzen Sie Ihren Bedarf an sozialer Unterstützung aus der Umgebung durch Freunde, Familie, Bekannte bei der Konsumreduktion des NKP's ein? |
| | Abschluss | Ich bedanke mich sehr, dass Sie sich die Zeit genommen haben, meine Fragen zu beantworten. Ich werde das Diktiergerät nun ausschalten. |
| | | |

9 Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

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

Elmshorn, 31.01.2021