

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Von Tochter zu Mutter - Familiäre Kommunikation am Beispiel des Einflusses
auf die Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-
Früherkennungsuntersuchung
Eine Mixed-Methods-Studie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Annika Clara Engler

2025

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. rer. medic. Ralph Möhler

Zusammenfassung

Gespräche über Gesundheitsthemen innerhalb der Familie haben nachweislich einen Einfluss auf Entscheidungen einzelner Familienmitglieder. Die oftmals beschriebene besondere Bindung zwischen Tochter und Mutter ist vielversprechend im Hinblick auf die gegenseitige Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens. Für Deutschland liegen diesbezüglich keine Daten zur aufwärtsgerichteten Kommunikation von Tochter zu Mutter vor.

In dieser Dissertationsschrift wird untersucht, ob bei Müttern ab dem 40. Lebensjahr, die eine Tochter im Alter von 15 Jahren oder älter haben, die Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung (GKFU) beeinflusst wird, wenn die Tochter mit ihnen darüber gesprochen hat, bevor sie ihre Entscheidung trafen.

Zur Eröffnung des Forschungsfeldes wurden in einer qualitativen Teilstudie problemzentrierte Interviews (N=9) mit Frauen der Zielgruppe (Mütter mit mindestens einer Tochter ≥ 15 Jahren) geführt. Hierfür wurden Frauen, die sich soziodemographisch (Alter, Bildungsgrad, Migrationshintergrund) breit unterschieden, in drei gynäkologischen Praxen in Düsseldorf angesprochen und durch die dafür trainierte Doktorandin befragt. Die Interviewaufzeichnungen von im Mittel 30 Minuten wurden verbatim transkribiert und mittels integrativem Basisverfahren nach Kruse inhaltsanalytisch mit Supervision von multiprofessionellen Gruppen ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in die Entwicklung, Testung und Pilotierung eines zweiseitigen Fragebogens für die quantitative Teilstudie integriert. Dieser erfragte in 11 Items die Kommunikation zwischen Tochter und Mutter bezüglich der Gesundheit der Mutter, der GKFU und GKFU-Teilnahmemotivatoren sowie soziodemographische Angaben. Es wurden 212 Fragebögen (Rücklauf 60,5%) in hausärztlichen akademischen Lehrarztpraxen und gynäkologischen Praxen (insgesamt n=8 Praxen) im Umkreis Düsseldorf und Freiburg sowie im stationären Setting in Düsseldorf (n=1) persönlich ausgelegt; die Rückgabe erfolgte anonym. Die Fragebögen wurden explorativ deskriptiv und mittels Zusammenhangsanalysen ausgewertet.

In der qualitativen Teilstudie konnten fünf zentrale Motive identifiziert werden: Mutter-Tochter-Beziehung, Gesundheitsverhalten, Kommunikation innerhalb der Familie, Angst und Schicksal. Die Analyseergebnisse zeigten, dass einige der interviewten Mütter sich in einem Rollenkonflikt zwischen der Wahrung der „traditionellen“ Mutterrolle und der Akzeptanz einer Rollen-Funktionszunahme der Tochter als Fürsorgerin befanden. Familiäre Schicksalsschläge und die eigene Mutter als Vorbild waren weitere Motivatoren für die Inanspruchnahme der GKFU. Die mehrgenerationale Kommunikation in der Familie spielte eine wichtige Rolle. Quantitative Analyseergebnisse zeigten, dass 39% (n=46) der antwortenden Frauen mindestens ein Gespräch mit der Tochter bezüglich der GKFU hatten. Knapp 2/3 der Frauen, die ein solches Gespräch geführt hatten, gaben an, das Gespräch mit ihrer Tochter über die GKFU-Teilnahme habe ihre Entscheidung beeinflusst. Es kann nicht postuliert werden, dass die Beeinflussung in Richtung einer Teilnahme an der GKFU wies. Mütter, die kein Gespräch mit ihrer Tochter geführt hatten, waren tendenziell etwas häufiger noch nie zur GKFU gegangen. Über gesundheitliche Ängste und Sorgen konnten 84% der Mütter mit ihrer Tochter sprechen. Die Zusammenhangsanalyse ergab, dass Frauen, die angaben, sie können mit ihren Töchtern über ihre gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen, auch eher mit diesen über die GKFU gesprochen hatten. Keine Assoziation gab es zwischen Alter der Mutter, Bildungsgrad, Migrationshintergrund und stattgefundenem Gespräch über die GKFU. Als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der GKFU wurde von den Frauen mit 58% am häufigsten ‚Eigene Überzeugung‘ genannt (Mehrfachauswahl).

Die Kommunikation von Tochter zu Mutter in Bezug auf die GFKU spielt, neben weiteren Motivatoren, eine Rolle für das Teilnahmeverhalten der Mütter. Es wäre denkbar, weitere Studien zur Erfassung der töchterlichen Perspektive durchzuführen. Zudem könnten Fokusgruppen-Interviews mit Mutter-Tochter-Paaren sinnvoll sein. Durch das bessere Verständnis der komplexen Tochter-Mutter-Beziehung könnten sich konkrete Handlungsansätze für den Miteinbezug dieser Kommunikation in präventivmedizinischen Strategien ergeben.

Abstract

Discussions about health issues within the family have been shown to influence the decisions of individual family members. The special bond between daughters and mothers, which is often described, is promising in terms of mutual influence on health behavior. No data is available for Germany on upward communication from daughters to mothers in this regard.

This dissertation examines whether mothers aged 40 and older who have a daughter aged 15 or older are influenced in their decision to undergo cervical cancer screening (CCS) if their daughter has discussed the issue with them before they made their decision.

To open up this field of research, problem-centered interviews (N=9) were conducted with women from the target group (mothers with at least one daughter aged 15 or older) in a qualitative sub-study. For this purpose, women with widely varying sociodemographic characteristics (age, level of education, migration background) were approached in three gynecological practices in Düsseldorf and interviewed by a trained doctoral student. The interview recordings, which had an average length of 30 minutes, were transcribed verbatim and evaluated using the integrative basic method by Kruse with content analysis and supervision by multi-professional groups. The results were integrated into the development, testing, and piloting of a two-page questionnaire for the quantitative sub-study. This questionnaire asked in 11 items about communication between daughter and mother regarding the mother's health, the CCS and CCS participation motivation factors, as well as sociodemographic information. A total of 212 questionnaires (response rate 60.5%) were distributed in person at academic teaching practices of general practitioners and gynecological practices (n=8 practices in total) in the Düsseldorf and Freiburg surrounding areas, as well as in an hospital in Düsseldorf (n=1); the questionnaires were returned anonymously. The questionnaires were evaluated exploratively and descriptively using correlation analyses.

Five key motives were identified in the qualitative sub-study: mother-daughter relationship, health behavior, communication within the family, fear, and fate. The analysis results showed that some of the mothers interviewed found themselves in a role conflict between maintaining the "traditional" mother role and accepting an increase in their daughter's role as caregiver. Family tragedies and their own mothers as role models were further motivators for using the GFKU. Multigenerational communication within the family played an important role. Quantitative analysis results showed that 39% (n=46) of the women who responded had had at least one conversation with their daughter about CCS. Nearly two-thirds of women who had had such a conversation said that talking to their daughter about attending CCS had influenced their decision. However, it cannot be postulated that this influence was in favor of participating in CCS. Mothers who had not had a conversation with their daughter tended to have never attended the GFKU slightly more often. 84% of mothers were able to talk to their daughter about health-related fears and concerns. The correlation analysis showed that women who said they could talk to their daughters about their health-related concerns and fears were also more likely to have discussed CCS with them. There was no association between the mother's

age, level of education, migration background, and whether they had discussed CCS. The factor most frequently mentioned by the participating women (58%) as influencing their use of cervical cancer screening was 'personal conviction' (multiple responses permitted).

Communication between daughters and mothers regarding CCS plays a role in mothers' participation behavior, alongside other motivators. It would be conceivable to conduct further studies to capture the daughters' perspective. In addition, focus group interviews with mother-daughter dyads could be useful. A better understanding of the complex daughter-mother relationship could lead to concrete approaches for incorporating this communication into preventive medicine strategies.

Abkürzungsverzeichnis

GKFU	Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung
CCS	Cervical cancer screening
chs	Centre for Health and Society
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
ifam der HHU	Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
KV	Kassenärztliche Vereinigung
HPV	Humane Papillomviren
GRAMMS	Good Reporting of A Mixed Methods Study
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
RKI	Robert-Koch-Institut
IB	Integratives Basisverfahren nach Kruse
ZM	Zentrale Motive
PubMed	Public Medicine (Datenbank des National Instituts of Health)
STIKO	Ständige Impfkommision
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1.	Gegenstand der Arbeit	7
1.1.1.	Gebärmutterhalskrebs und Regelungen der Präventionsverfahren	7
i.	Epidemiologie Gebärmutterhalskrebs	7
ii.	Präventionsregelung in Deutschland	8
iii.	Systematische Reviews zu Strategien der Erhöhung der Teilnehmerate	10
1.1.2.	Familiäre Kommunikation zu Krebsfrüherkennung und der GKFU	11
i.	Studien zur familiären Kommunikation	11
ii.	Studien zur Mutter-Tochter-Kommunikation	13
iii.	Inanspruchnahme-Modell nach Andersen	15
1.2.	Ziel und Fragestellung	17
1.2.1.	Forschungsziel	17
1.2.2.	Fragestellung	17
2	Methoden	18
2.1	Studiendesign	18
2.2	Ablauf der Studie	21
2.3	Studienpopulationen	22
2.4	Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen	23
2.5	Literaturrecherche	24
2.6	Qualitative Teilstudie	25
2.6.1	Leitfaden-Entwicklung und Durchführung der qualitativen Interviews	25
2.6.2	Auswertungsmethode: Rekonstruktiv-hermeneutische Analyse	27
i.	Vorstellung des integrativen Basisverfahrens nach Jan Kruse	27
ii.	Multiprofessionelle Analysegruppen-Sitzungen	29
iii.	Auswertungsprozess	30
iv.	Darstellung der Entwicklung der zentralen Motive	31
v.	Gütekriterien der qualitativen Forschung	31
2.7	Quantitative Teilstudie	32
2.7.1	Methodik der Fragebogenentwicklung	32
2.7.2.	Literaturrecherche und Analyse	33
2.7.3	Interviews	33
2.7.4	Entwicklung der Qualitätsmerkmale	33
2.7.5	Expert:innenberatung zu den Qualitätsmerkmalen	33
2.7.6	Item-Entwicklung	34
2.7.7	Pretests und Pilotierung	36
2.7.8	Umsetzung der Eignungskriterien	38
2.8	Ethikantrag und Datenschutz	39
2.9	Datenerhebung und -management	40

2.10	Datenauswertung	40
2.10.1	Datenauswertung der qualitativen Teilstudie	40
2.10.2	Datenauswertung der quantitativen Teilstudie	40
i.	Profil der Studienpopulation	41
ii.	Inanspruchnahme der GKFU	41
iii.	Tochter-Mutter-Gespräch über GKFU	41
iv.	Einfluss des Gesprächs	41
v.	Allgemeine Einflussfaktoren für Inanspruchnahme der GKFU	41
vi.	Situationen Tochter-Mutter Fürsorge	41
vii.	Tochter als „Aufpasserin“	41
viii.	Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar	42
ix.	Primäre Forschungsfrage: Das Tochter-Mutter-Gespräch und Einfluss auf die Inanspruchnahme der GKFU	42
x.	Sekundäre Forschungsfragen	42
3	Ergebnisse	46
3.1	Ergebnisse qualitative Teilstudie	46
3.1.1	Demographische Merkmale	46
3.1.2	Ergebnisse der inhaltlichen und sprachlichen Analysen	46
3.1.3	Interviewanalysen	48
3.2	Ergebnisse der quantitativen Teilstudie	94
i.	Rücklauf der Fragebögen Profil der Studienpopulation	94
ii.	Inanspruchnahme der GKFU	96
iii.	Tochter-Mutter-Gespräch über GKFU	97
iv.	Einfluss des Gesprächs	97
v.	Allgemeine Einflussfaktoren für Inanspruchnahme der GKFU	98
vi.	Situationen Tochter-Mutter-Fürsorge	98
vii.	Tochter als „Aufpasserin“	99
viii.	Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar	100
ix.	Primäre Forschungsfrage: Das Tochter-Mutter-Gespräch und Einfluss auf die Inanspruchnahme der GKFU	100
x.	Sekundäre Forschungsfragen	102
4	Diskussion	105
4.1	Ergebnis-Synthese der qualitativen und quantitativen Daten: Einführung	105
4.2	Soziodemographische Daten	105
4.3	Die Rolle der Tochter: Funktionszunahme	106
4.4	Die Rolle der mehrgenerationalen Kommunikation in der Familie	109
4.5	Interpretation in Bezug auf das Verhaltensmodell nach Andersen und weitere identifizierte Motivatoren/Hemmfaktoren für die Inanspruchnahme	111
4.6	Limitationen und methodische Reflexion	113
4.7	Schlussfolgerungen und Ausblick	115

5	Literatur	117
6	Anhang	124
6.1	Beispiel E-Mail an das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Literaturrecherche	125
6.2	Interview-Leitfaden	126
6.3	Information und Einwilligungserklärung für Patientinnen für ein Interview im Rahmen der Studie	128
6.4	Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung für ein Interview im Rahmen der Studie, Einwilligungserklärung zum Datenschutz	130
6.5	Informationsschreiben an Patientinnen in der Praxis	132
6.6	Fragebogen	133
6.7	Codebaum MAXQDA	135

1 Einleitung

1.1. Gegenstand der Arbeit

Krebsfrühvorsorge beginnt zuhause – mit der Entscheidung, sie wahrzunehmen.

Familiäre Kommunikation hat nachweislich einen Einfluss auf die Gesundheitsentscheidungen einzelner Familienmitglieder. (1–3)

Aussagen wie „Mama, geh‘ bitte zum Arzt“ oder „Mama, warst du schon beim Vorsorgetermin?“ sind für mich als Tochter alltäglich – unbewusst habe ich stets eine besondere Rolle in der Beziehung zu meiner Mutter und deren Gesundheitsverhalten eingenommen.

Dies führte mich zu der Frage: Welchen Einfluss haben die Zusprache und Unterstützung der Tochter auf die Mutter? Erachtet die Mutter die gesundheitlichen Ratschläge der Tochter als wertvoll, und kann sie sich ihr in dieser Hinsicht anvertrauen? Hat die töchterliche Meinung tatsächlich Gewicht, und könnte diese möglicherweise die Gesundheitsentscheidungen, etwa die Bereitschaft der Mutter zur Teilnahme an wichtigen Vorsorgeuntersuchungen, beeinflussen und steigern? Wäre dies nicht eine wertvolle Erkenntnis, die in Bereichen der Prävention und Familienmedizin von hohem Nutzen sein könnte?

Obwohl die oft besondere Bindung zwischen Mutter und Tochter erhebliches Potenzial hinsichtlich der gegenseitigen Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens bietet, existieren nach meinen Recherchen der Literatur (siehe Abschnitt 2.5) bislang keine Daten zum diesbezüglichen Einfluss von Töchtern auf ihre Mütter in Deutschland.

Im Rahmen dieser Doktorarbeit wird diesen Fragen am Beispiel der mütterlichen Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung (GKFU) nachgegangen. Hierzu wurden erstmals Daten zu diesem Forschungsthema in Deutschland erhoben.

Die Einleitung der vorliegenden Arbeit befasst sich zunächst mit der Epidemiologie des Gebärmutterhalskrebses sowie den Präventionsregelungen in Deutschland. Im Anschluss werden die Ergebnisse aus internationalen empirischen Arbeiten zum Thema familiäre Kommunikation sowie Tochter-Mutter-Kommunikation in Hinblick auf Vorsorgeuntersuchungen präsentiert. Nachdem auf das Verhaltensmodell nach Andersen (Behavioral Model of Health Services Use) eingegangen wird, schließt die Einleitung mit dem Forschungsziel und der daraus abgeleiteten Fragestellung der Arbeit.

1.1.1. Gebärmutterhalskrebs und Regelungen der Präventionsverfahren

i. Epidemiologie Gebärmutterhalskrebs

Bei den Tumoren des Gebärmutterhalses handelt es sich mehrheitlich um Plattenepithelkarzinome (ca. 80%), die bevorzugt in der Transformationszone von zervikaler Mukosa und vaginalem Plattenepithel entstehen. Ungefähr 5-20% sind Adenokarzinome, wohingegen andere Tumorentitäten selten sind. (4,5)

Notwendige Ursache für die Entstehung des invasiven Zervixkarzinoms ist eine persistierende Infektion mit einem der high-risk-Typen des Humanen Papillomavirus (HPV), insbesondere Typen 16 und 18 (verantwortlich für ca. 70% der Infektionen). Geschätzt wird, dass circa 80% der sexuell aktiven Erwachsenen sich mindestens einmal mit HPV infizieren, wobei sich dies

meist zu Beginn der sexuellen Aktivität ereignet. Jedoch persistiert nur eine von zehn dieser Infektionen. Daraus kann sich dann eine präkanzerogene Läsion entwickeln. Für gewöhnlich heilt eine HPV-Infektion bei einer immungesunden Person nach circa zwei Jahren ab. Ein invasives Zervixkarzinom entwickelt sich langsam. (6,7)

Das Zervixkarzinom ist die vierhäufigste Krebsart nach Brust-, Kolorektal- und Lungenkrebs bei Frauen weltweit. (7) Im Jahre 2022 erkrankten laut Global Cancer Observatory der World Health Organization (WHO) 662.301 Frauen daran, 348.874 starben. (8) Dabei variiert die Inzidenz zwischen den Ländern eindrucksvoll. 2022 lag die altersstandardisierte Inzidenz in Ostafrika bei 40,4 pro 100.000 Frauen, wohingegen die Zahl in Westeuropa bei 6,6 pro 100.000 erkrankten Frauen lag. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen tragen über 85% der globalen Krankheitslast. (8,9)

Die Lage in Deutschland sah laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts (RKI) im Jahr 2022 wie folgt aus: 4.388 Frauen erkrankten neu, 1.413 Frauen starben. (10) Häufig erkrankten Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren, im Durchschnitt mit 53 Jahren. Ein weiterer Anstieg der Häufigkeit ist nach dem 60. Lebensjahr zu beobachten. Präkanzerosen lassen sich vor allem bei Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren, durchschnittlich im 34. Lebensjahr, nachweisen. Nach der Diagnose eines invasiven Gebärmutterhalstumors beträgt die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate 64 Prozent. (4) Die altersstandardisierte Inzidenz lag im Jahr 2018 bei 8 pro 100.000 Frauen; Deutschland landete damit auf Platz 13 von 28 für die Inzidenz und auf Platz 15 von 28 für die Mortalität im Vergleich der EU-Staaten. (4) Deutschland befindet sich somit im Mittelfeld der europäischen Gegenüberstellung.

Tatsächlich halbierte sich die Sterberate in den letzten 30 Jahren in Deutschland und zeigt so deutlich einen Trend. (11) Neben verbesserten Lebens- und Hygienebedingungen liegt dies höchstwahrscheinlich auch an der Einführung der GKFU im Jahr 1971. (12)

Dies weist deutlich darauf hin, dass das Zervixkarzinom, mit seiner langsamen Entwicklung und den gut therapierbaren hochgradigen Vorstufen, ein hervorragender Kandidat für präventiv-medizinische Ansätze ist. (6) Durch regelmäßige Früherkennung und die im Jahr 2007 eingeführte HPV-Impfung kann es früh erkannt bzw. die Inzidenz deutlich reduziert werden. Dies zeigt auch die Forschungsarbeit von Grieger et al. aus dem Jahre 2024. (13,14)

Somit kann man dieses Unterkapitel mit einem Zitat von Zambrana et al. schließen: "While breast and cervical cancer disparities are complex, the preventive message is simple: Screening adherence is crucial for early detection, and early detection is crucial for survival." (15)

ii. Präventionsregelung in Deutschland

In diesem Kapitel wird die Regelung der GKFU in Deutschland seit ihrem Bestehen beleuchtet. Des Weiteren gibt es einen Exkurs zu den neuesten Änderungen der Präventionsstrategie.

Das Ziel der Prävention besteht darin, zervikale intraepitheliale Neoplasien (CIN 1-3), Präkanzerosen, frühzeitig zu erkennen und zu therapieren, um das Auftreten des invasiven Zervixkarzinoms in Deutschland weiterhin zu verringern (siehe Abschnitt 1.1.1. i).

Die Früherkennungsuntersuchung, auch bekannt als Gebärmutterhalskrebs-Screening, beinhaltet die Inspektion des Cervix uteri und des Ostium uteri externum, eine vaginale Tastuntersuchung sowie einen Pap-Abstrich (von nach Papanicolaou). Seit 1971 wird in Deutschland diese Früherkennungsuntersuchung durchgeführt, welche sich an den Richtlinien

des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Diese wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterentwickelt (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL, 03.03.2011). Im 5. Sozialgesetzbuch (§ 25 und 26) ist der Anspruch auf die Früherkennung festgelegt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten. (4)

Deutschland bot hierfür bis zum Jahre 2020 kein organisiertes Screening-Programm an, sondern verließ sich auf einen opportunistischen Ansatz. Das bedeutete, dass die Frauen ohne Aufforderung eigenständig einen Termin für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in ihrer gynäkologischen Praxis vereinbarten. Dies hatte zur Folge, dass die Dokumentation der Daten häufig unvollständig und eine Qualitätssicherung nicht durchführbar war. (16)

Die Empfehlung der zweiten Edition der Europäischen Leitlinie zur Qualitätssicherung des Gebärmutterhalskrebs-Screenings (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening) ist die Etablierung eines organisierten Screeningverfahrens in jedem der europäischen Mitgliedsstaaten mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und folglich der Qualitätsverbesserung des Screenings (8,16). In einigen nordischen Ländern sowie Großbritannien und den Niederlanden wurde dies schon seit längerem umgesetzt. In Finnland konnte bereits 1999 in einer Fall-Kontroll-Studie von Nieminen et al. gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme bei Frauen beim organisierten Screening, im Vergleich zum opportunistischen Ansatz, deutlich höher war. (17)

Im Jahr 2016 wurde in Deutschland die MARZY-Studie von Radde et al. veröffentlicht. In dieser Studie wurden drei Gruppen von Frauen aus der Region Mainz unterschiedlichen Bedingungen unterzogen: Die erste Gruppe erhielt einen Einladungsbrief zum Screening, die zweite Gruppe einen Einladungsbrief samt zusätzlicher Informationsbroschüre, während die dritte Gruppe keinerlei Benachrichtigung erhielt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Inanspruchnahme der dreijährigen Untersuchungsintervalle in der Gruppe, die die Einladungsbriefe erhalten hatte, signifikant anstieg. (18)

Auf Grundlage der Ergebnisse der MARZY-Studie und der Empfehlungen der europäischen Leitlinien wurden in Deutschland seit dem 1. Januar 2020 bedeutende Änderungen in der Organisation der Früherkennungsuntersuchungen eingeführt. Mit der Implementierung eines organisierten Screening-Programms erhalten nun alle gesetzlich versicherten Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren alle fünf Jahre ein Einladungsschreiben samt Informationsbroschüre, das über die Krankenkassen versandt wird. Frauen bis zum 34. Lebensjahr wird wie bisher ein zytologischer Abstrich angeboten. Neu ist hingegen die Einführung einer Kombinationsuntersuchung, bei der alle drei Jahre ein Pap-Abstrich in Verbindung mit einem HPV-Test für Frauen ab 35 Jahren durchgeführt wird. (13,19)

Das Screening-Verfahren zählt laut Definition zu der Sekundärprävention und richtet sich genau genommen auf die Früherkennung des Zervixkarzinoms, d.h. CIN-Vorstufen sollen zu einem frühen Zeitpunkt detektiert werden, um so frühzeitig eine Behandlung zu starten. Es ist beim Gebärmutterhalskrebs nicht immer einfach, Primär- von Sekundärprävention abzugrenzen, da beim Pap-Abstrich sowohl Vorstufen erkannt und beseitigt werden können wie auch bereits manifestierte Frühstadien, welche Therapie gebrauchen. (20)

In Abgrenzung hierzu ist das Ziel der Primärprävention, die Entstehung der Krankheit zu verhindern, bevor sie überhaupt entstehen kann. Hinsichtlich des Gebärmutterhalskrebses existiert eine HPV-Impfung, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit 2007 für Mädchen im Alter von 9-14 Jahren empfohlen wird. Seit 2017 gilt diese Empfehlung auch für Jungen im gleichen Alter. Wie in einer Metaanalyse 2019 festgestellt werden konnte, hat die

Impfung gegen das Humane Papillomvirus einen deutlichen Effekt auf den Rückgang der high-Risk-Infektionen (siehe Abschnitt 1.1.1. i) und ist somit ein wichtiger Bestandteil der Präventionsstrategie. (11)

Nichtsdestotrotz wird die GKFU aufgrund von ungeimpften oder erst spät geimpften erwachsenen Frauen auch in den nächsten Jahrzehnten immer noch eine entscheidende Rolle spielen. (21)

iii. Systematische Reviews zu Strategien der Erhöhung der Teilnahmerate

Wie Seifert und Klug in ihrer 2014 publizierte Arbeit „Früherkennung des Zervixkarzinoms in Deutschland: Evidenz und Umsetzung“ darlegten, wird „das beste Krebsfrüherkennungsprogramm jedoch keine Reduktion von Inzidenz- und Mortalitätsraten bewirken, wenn die Personen, an die sich das Programm richtet, nicht daran teilnehmen.“ (16).

Folglich stellt sich die Frage: Wer nimmt die GKFU in Deutschland in Anspruch, und wie erreicht man alle Frauen, die zur Untersuchung berechtigt sind bzw. die die Früherkennungsuntersuchung wahrnehmen sollten?

Geyer et al. wiesen in der 2014 durchgeführten Auswertung der Krankenkassendaten der AOK in Niedersachsen eine Teilnahmerate von rund 45% nach; im Zeitraum von 2006 bis 2011 mit steigender Tendenz von 44,8% auf 47,6%. Es wurde eine größere Teilnahmerate in Zusammenhang mit einer höheren beruflichen Qualifikation beobachtet. (4,22)

Neuere Daten einer 2021 durchgeführten Datenanalyse von bundesweit 265.329 HKK-versicherten Frauen zeigten, dass die Inanspruchnahme-Rate der GKFU im Jahre 2020 im Vergleich zum Vorjahr von 44 auf 42 Prozent rückläufig war. Junge Frauen (20-34 Jahre) nahmen hierbei die Früherkennungsuntersuchung häufiger in Anspruch als Frauen zwischen 35 und 60 Jahren (52 vs. 41 Prozent). So wurde trotz am 1.1.2020 neu eingeführtem postalischen Einladungsschreiben ein Rückgang der Teilnahmequote verzeichnet. (23)

Zwei große internationale systematische Übersichtsarbeiten befassten sich umfassend mit Ideen und Methoden, der Teilnahmequoten-Erhöhung. Diese werden im Folgenden nur kurz umrissen und dienen dem Überblick. Der kommunikative Ansatz der Aufwärts-Kommunikation von Tochter zu Mutter wurde hierbei nicht untersucht. Diesbezüglich werden im nächsten Kapitel gezielt Studien aufgeführt.

Das 2021 in der Cochrane Library veröffentlichte Review von Staley et al. mit dem Titel „Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening“ analysierte insgesamt 69 Studien zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen wie Einladungsschreiben, Coaching-Interventionen, Laienbeteiligung, Beratung und Risikofaktoren-Einschätzung. Die Analyse ergab niedrige bis mittlere Evidenz für den Einsatz von Einladungsschreiben, Laien-Gesundheitsarbeitern zur Aufklärung und Patientenedukation über die GKFU. Allerdings blieb unklar, welche spezifische Aufklärungsmaßnahme am effektivsten war. Untersucht wurden Informationsbroschüren, Videopräsentationen und persönliche Gespräche. Keine Anhaltspunkte gab es für die informierte Entscheidungsfindung und die Auswirkung auf eine gesteigerte Inanspruchnahme. Da die Ergebnisse vorwiegend aus Studien in Industrieländern stammen, ist eine direkte Übertragung auf einkommensschwächere Länder nicht ohne weiteres möglich. (21)

Auch im systematischen Review von Jespson aus dem Jahr 2000 „The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake“ wurden Faktoren untersucht, die

beeinflussend sein könnten. Man kam bei der Analyse der Studien zum Schluss, dass Einladungsbriefe mit festgelegten Terminen, Anrufe, telefonisches Beraten und die Reduktion von finanziellen Barrieren (Briefkosten) sich effektiv zeigten. Dabei waren aufklärende Hausbesuche hilfreicher als die alleinige Ausgabe von Informationsmaterial. In die Zukunft blickend wurde zudem empfohlen, Mixed-Methods-Studien zur Erfassung von Wahrnehmungen, Einstellungen und Überzeugungen der Teilnehmenden durchzuführen. (24)

1.1.2. Familiäre Kommunikation zu Krebsfrüherkennung und der GKFU

i. Studien zur familiären Kommunikation

In diesem Abschnitt werden internationale Forschungsarbeiten zum Thema der familiären Kommunikation in Bezug auf das Gesundheitsverhalten einzelner Familienmitglieder präsentiert.

In der Metaanalyse „Social support and patient adherence to medical treatment“ von DiMatteo et al. aus dem Jahr 2004 wurden Daten aus dem Zeitraum von 1948 bis 2001 ausgewertet, die den Zusammenhang zwischen Patientenadhärenz und sozialer Unterstützung untersuchten. Es konnte gezeigt werden, dass die Hilfe und der Beistand der Familie die Adhärenz fördern. Es heißt, Familienangehörige können helfen, das Selbstwertgefühl zu stärken und die psychische Beanspruchung der Erkrankung abzufangen, dies beispielsweise auch durch praktische Hilfe wie das Fahren zur Arztpraxis. Auch emotionale Unterstützung wirkt sich signifikant auf die Erhöhung der Teilnahmebereitschaft von Gesundheitsleistungen aus. (2)

Im systematischen Review von Honein-AbouHaidar, welches 2016 publiziert wurde, konnten Studien ausgewertet werden, die sich mit dem Einfluss der familiären Kommunikation auf die Inanspruchnahme eines Früherkennungs-Programms, hier der Darmkrebsvorsorge, befasst hatten. Es zeigte sich, dass einige Teilnehmende angaben, ihr Wissen über den Darmkrebs und die Früherkennungsuntersuchung von Familie und Freunden zu haben. Sechs der 94 Studien erbrachten folgenden Schluss: „Friends, family, and partners are important source of information and emotional support“. (25)

In der qualitativen Studie von Beeker et al. aus dem Jahr 2000 wurde in Fokusgruppen mit Frauen und Männern über 50 Jahre über die Darmkrebsvorsorge gesprochen. Es wurde mehrfach betont, dass insbesondere die Kommunikation zwischen den Generationen innerhalb der Familie oft mit Scham behaftet ist. Der Wunsch, offener über dieses Thema sprechen zu können, war ein zentrales Anliegen der Fokusgruppenteilnehmenden. (26)

Aufschlussreiche Ergebnisse lieferte zudem die Studie von Juon et al. von 2017, die sich mit der sozialen Norm und familiärer Kommunikation in Bezug auf die Inanspruchnahme des Hepatitis-B-Screenings bei Asian Americans befasste. Für die Umfrage wurden 877 Asian Americans aus dem Baltimore-Washington-Kreis rekrutiert und gebeten einen Fragebogen auszufüllen. Dazu lautete die Forschungshypothese sinngemäß: „Der Einfluss auf die Wahrnehmung des Verhaltens, welches die meisten Menschen in bestimmten Situationen haben, könnte in Bezug auf das Screening gestärkt werden, wenn die moralische Wertung einer sozialen Gruppe zu einem bestimmten Verhalten und die zwischenmenschliche Kommunikation hoch ist.“ (27) Die Annahme konnte mit den Resultaten der Umfrage bestätigt werden. Es wird das Potenzial gesehen, dass Familienangehörige, die im Gespräch an die Notwendigkeit der Vorsorge appellieren und diese als moralische Verpflichtung für die eigene

Gesundheit empfinden, ein relevanter Einflussfaktor auf die Entscheidungsfindung ihrer nahen Verwandten sein können. (27)

Interessant sind ebenfalls die Erkenntnisse aus der 2012 veröffentlichten Studie von Nolan et al. „The ties that bind: Cancer history, communication, and screening intention associations among diverse families“. Die Studie stellte sich die Frage, ob Familie als zentraler Faktor dienen kann, Frauen zur GKFU zu ermutigen. Dabei wurden familiäre Vorerkrankungen, Kommunikation sowie die Intentionen zur Teilnahme an der Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebsvorsorge von 516 nicht-adhärenenten schwarzen, lateinamerikanischen und arabischen Frauen, die in den USA leben, erfasst. Die Befragung beinhaltete einen Fragebogenteil, der zur Evaluation von Zusammenhalt und Umgang mit Problemen innerhalb des Familienbundes diente, sowie die Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES I). Zwei zentrale Schlüsse zogen Nolan und ihr Team: „As illustrated here, facilitating family communication can improve screening intention“ und „This communication offers opportunities to clarify facts related to screening and serves as a reminder to get screened“. Es zeigte sich also auch in dieser Studie, dass in den Familien, in denen reger Austausch untereinander stattfindet, ebenfalls die Absicht zur Screening-Teilnahme höher ist. (3)

Des Weiteren untersuchten Molina et al. (2015), welchen Einfluss das Zusammenspiel von wahrgenommenen Normen sowie den Empfehlungen von Familie und Freunden hinsichtlich des Mammografie-Screenings auf die Vorsorgeintentionen von 539 Latinas, die im Bundesstaat Washington leben, hat. Dazu wurden ein Fragebogen und Daten einer vorherigen Studie eingesetzt. Interessanterweise wurde nachgewiesen, dass die wahrgenommene Norm (hier: die Vorstellung, dass andere glauben, eine Frau sollte eine Mammografie durchführen lassen) als Mediator zwischen der Empfehlung der Familie und der tatsächlichen Intention, die Vorsorgeuntersuchung auch durchzuführen, fungiert. Außerdem vermutete man, dass Frauen, die annehmen, ihre Familie unterstütze sie bei der Entscheidung, das Screening in Anspruch zu nehmen, eine höhere Selbstwirksamkeit und eine stärkere Intention haben, die Vorsorgeuntersuchung tatsächlich durchführen zu lassen. (1)

Lobchuck et al. (2012) untersuchten in einer qualitativen Studie mit semi-strukturierten Interviews die Rolle der Familienmitglieder bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung (Fecal Occult Blood Test, kurz FOBT). Dafür wurden 15 Ärzt:innen (Geschlechterverteilung nicht genannt), 27 Patient:innen (Geschlechterverteilung nicht genannt) und 19 Familienmitglieder aus ländlichem und städtischem Umfeld in Kanada befragt. Die Patient:innen wählten das Familienmitglied aus, das ihnen am nächsten stand. Passend zu den Ergebnissen der anderen Studien zeigte sich auch in den separaten Gesprächen mit Patient:innen, ausgewählten Familienmitgliedern und Ärzt:innen, dass viele die Erinnerungen an Termine, die emotionale und informative Unterstützung durch die Familie sowie die bewertende Rolle sehr schätzten. Die „Familie als Partner“ in Gesundheitsangelegenheiten wurde auch hier als eine große Chance betrachtet. (28)

Eine indische Forschungsgruppe um Dsouza publizierte 2022 eine Studie, die verschiedene Verhaltensmodelle in Bezug auf Einflussfaktoren der Inanspruchnahme der GKFU vergleicht. Im Rahmen der Querschnittsstudie erhielten 607 Teilnehmerinnen im Alter von 20 bis 60 Jahren, die in Indien leben, einen Fragebogen zur Datenerhebung. Relevant war, dass sich 80% der antwortenden Frauen bei Gesundheitsentscheidungen auf die Familie oder den Partner verlassen. So heißt es in der Studie: “[...] which emphasizes the need for an involvement of the partner and of other family members in health promotion and knowledge-based interventions to improve screening.” (29)

ii. Studien zur Mutter-Tochter-Kommunikation

In der internationalen Literatur gibt es eine Vielzahl von Studien, die sich mit der Beziehung von Tochter und Mutter über verschiedene Lebensabschnitte hinweg auseinandersetzen. So ist das Verhältnis von gesunden alternden Müttern und ihren erwachsenen Töchtern langjähriger Forschungsschwerpunkt der amerikanischen Entwicklungs- und Familienforscherin Karen Fingermann von der University of Texas at Austin. Durch umfassende Interviewrecherchen mit Mutter-Tochter-Paaren untersuchte sie die Emotionen und Bedürfnisse der jeweiligen Partei. In einer ihrer Publikationen hielten Fingerman et al. 2001 fest: "Few relationships endure with the strength of mother/daughter tie throughout life" (30).

Die Nähe in dieser Beziehung wird teilweise dadurch geprägt, dass beide Partnerinnen eine zentrale Rolle in weiter gefassten Verwandtschaftsnetzwerken einnehmen und ähnliche Erfahrungen als Frauen teilen. (30)

In ihrem 2004 veröffentlichten Buch „Communication Among Grandmothers, Mothers, and Adult Daughters: A Qualitative Study of Maternal Relationships“ verwies Miller-Day auf den theoretischen Ansatz von Jordan und betonte, dass die Kommunikation zwischen Mutter und Tochter eine zentrale Rolle dabei spielt, eine stabile und gesunde emotionale Beziehung zwischen den beiden aufzubauen. Der Schwerpunkt liegt auf der Beziehung als einem dynamischen Prozess, der sich fortlaufend durch Kommunikation und Interaktion entwickelt. (31)

Die Beziehung zwischen Tochter und Mutter bietet vermutlich auch in Hinblick auf die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Entscheidungen vielversprechendes Potential. Diese Doktorarbeit möchte einen Teil dieses Potential ergründen, indem sie sich exemplarisch mit der spezifischen Forschungsfrage, ob die aufwärtsgerichtete Kommunikation von Tochter zu Mutter einen möglichen Einfluss auf die mütterliche Inanspruchnahme der GKFU hat, beschäftigt (Details siehe Abschnitt 1.2).

In folgendem Abschnitt werden wichtige internationale Studien in diesem Forschungsbereich referiert.

Eine von Washington et al. im Jahr 2009 publizierte Studie zeigte anhand einer Befragung von neun Mutter-Tochter-Paaren, dass Mütter innerhalb der Familie bevorzugt mit ihrer Tochter über gesundheitsbezogene Themen sprechen wollen. Als Grund dafür nannten sie die starke emotionale Bindung, die gemeinsamen Erfahrungen als Frau und das Verständnis von Frauengesundheit. Des Weiteren berichteten sie im Interview, die Tochter sei eine verlässliche Quelle von Gesundheitsinformation. Diese könne sie auch für die Mutter interpretieren und erklären. Sie kenne sich zudem besser mit medizinischen Fachtermini aus und habe eher Zugang zu wichtigen Ressourcen wie beispielsweise dem Internet als Informationsquelle. (32)

2015 veröffentlichten Solomon et al. einen systematischen Review mit dem Titel „Relationship Quality in Non-Cognitively Impaired Mother–Daughter Care Dyads“, der die intergenerationale Beziehung von Mutter und Tochter in Hinblick auf die Altersfürsorge der kognitiv uneingeschränkten Mutter untersuchte. Darüber hinaus wurden in den 19 miteingeschlossenen Studien auch allgemeine Schlüsse aus dem Verhältnis von Tochter und Mutter gezogen. So heißt es, dass Mutter und Tochter oftmals in einem reziproken intensiven emotionalen Austausch stehen und einander Zuneigung und Fürsorge anbieten. Konflikte sind

natürlicher Bestandteil der Beziehung, und Belastungen können oft durch Nähe geschlichtet werden und helfen, die Beziehung tiefer werden zu lassen. (33)

Dr. Maghboeba Mosavel und ihre Arbeitsgruppe von der Virginia Commonwealth University in Richmond arbeiten seit vielen Jahren an der Erforschung der Beziehung von jugendlichen Töchtern und ihren Müttern. Im Jahr 2009 untersuchten sie in einer Studie die Haltung von Töchtern gegenüber dem Geben von gesundheitsbezogenen Ratschlägen an ihre Mütter. Eingeschlossen in das Projekt wurden insgesamt 78 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit lateinamerikanischer oder afroamerikanischer Herkunft, die in einer Stadt im mittleren Westen der USA lebten. Es wurden 12 Fokusgruppen gebildet, in denen die Teilnehmerinnen gemeinsam über ihre allgemeine Beziehung zur Mutter, das Ausmaß an Ratschlägen, die sie bereits geben, sowie über die Idee, ihrer Mutter vorzuschlagen, die GKFU in Anspruch zu nehmen, sprachen. Insgesamt beschrieben die Töchter die Beziehung zur Mutter als eng und von offener Kommunikation geprägt. 84% der Teilnehmerinnen hatten ihrer Mutter bereits zuvor einmal einen gesundheitsbezogenen Rat erteilt. Ein Beispiel zum Thema gesunder Ernährungsweise: „I tell her, ‘mom you’re going to feel better, healthier’. She’s like ‘okay.’ She says, ‘I’ll take your advice and go on a diet.’“ (34). Darüber hinaus konnte sich die Mehrheit der Töchter vorstellen, die Mutter zur Inanspruchnahme der GKFU aufzufordern (100% der lateinamerikanischen Töchter, 63% der afroamerikanischen Töchter). (34)

In einer anschließenden Studie aus dem Jahr 2013 wurden Mütter von jugendlichen Töchtern zu diesem Thema befragt, wobei 74% der Befragten angaben, auf den Wunsch ihrer Tochter hin die Früherkennungsuntersuchung wahrzunehmen. (35)

Um diese vielversprechenden Ergebnisse weiter zu untermauern, wurde in einer Studie von 2015 eine Intervention mit 26 Mutter-Tochter-Paaren afroamerikanischer Herkunft und niedrigem sozioökonomischen Status durchgeführt (Mütter im Alter von 40 Jahren und älter, Töchter im Alter von 12 bis 17 Jahren). Den Töchtern wurden im Vorfeld wichtige Informationen über den Gebärmutterhalskrebs und dessen Prävention vermittelt, die sie anschließend an ihre Mütter weitergaben. Die Ergebnisse lieferten eindrucksvolle Resultate: Zum einen konnten die Töchter ihr eigenes Wissen verbessern, zum anderen berichteten die Mütter, dass sie die Meinung ihrer Tochter wertschätzten und als wichtig erachteten. Sie empfanden die Botschaft der Tochter als glaubhaft und ernst („made me want to do it (screening) more“ (36)). Es wurde daher die Annahme geäußert, dass der Appell der eigenen Tochter eine stärkere Wirkung entfaltet und von den Müttern eher verinnerlicht wird. (36)

Im darauffolgenden Jahr 2016 konnte das gleiche Forschungsteam in einer Pilotstudie zwei Gruppen miteinander vergleichen. Die Interventionsgruppe bestand aus 22 Töchtern, die einen Workshop zur Überbringung von Präventionsmaßnahmen für Brust- sowie Gebärmutterhalskrebs erhielten, während die Kontrollgruppe, bestehend aus 18 Töchtern, lediglich Informationsmaterial zur Verfügung gestellt bekam. Es zeigte sich deutlich, dass die unmittelbare Inanspruchnahme von Mammografie und Pap-Test in der Interventionsgruppe höher war. Beide Gruppen konnten nahelegen, dass Töchter einen direkten Einfluss auf die Entscheidung ihrer Mutter hatten, eine Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen. (37)

Die Forschungsgruppe Kue et al. von der University of South Florida, College of Nursing, in Tampa führte im Jahr 2021 eine Befragungsstudie mit dem Titel “Communication Among Southeast Asian Mothers and Daughters About Cervical Cancer Prevention” durch. Sie konnte im Vergleich zu der oben präsentierten Studie zeigen, dass nicht nur jugendliche, sondern auch erwachsene Töchter eine einflussreiche Wirkung auf die Gesundheitsentscheidungen

der Mutter haben. Aus den Interviews, die in Paaren durchgeführt wurden, ging hervor, dass der Tochter bei der Ermutigung zur Wahrnehmung von Arztterminen einschließlich der GKFU eine Schlüsselrolle zukam. Obwohl die Mütter aufgrund von Scham, möglicherweise bedingt durch kulturelle Normen, tendenziell zurückhaltender in der Kommunikation über Frauengesundheit waren, betrachteten sie ihre Tochter dennoch als eine verlässliche Vertrauensperson in Gesundheitsangelegenheiten. (38)

Bezogen auf die Inanspruchnahme der Mammografie kamen Browne und Chan von der University of Wollongong, New South Wales, 2012 zu ähnlichen Resultaten. Töchter waren eine Quelle von Informationen und Einfluss auf die Gesundheitsentscheidungen der Mutter. So heißt es in ihrer Studie, dass ermutigende Gespräche von Töchtern am erfolgreichsten für Mutter-Tochter-Konstellationen waren, die sich gegenseitig wertschätzten. (39)

Ferner ist die Langzeitstudie von Sinicrope et al. aus dem Jahr 2008, die an der University of Minnesota durchgeführt wurde, erwähnenswert. Hier wurde insbesondere auf den mehrgenerationalen Aspekt der Kommunikation eingegangen. Anhand einer Fragebogenstudie wurde analysiert, inwiefern Mütter ihren Töchtern raten, die Brustkrebsvorsorge wahrzunehmen. Bei einem Rücklauf von insgesamt 2.459 Umfragebögen empfahlen 55% der Teilnehmerinnen ihren Töchtern die Brustkrebsvorsorge. Die Mütter, die eine Empfehlung von ihrer eigenen Mutter erhalten hatten, tendierten eher dazu, ihrer Tochter eine Empfehlung auszusprechen. (40)

Diese internationalen Forschungsergebnisse verdeutlichen insgesamt das Potential, welches sich in der Stärkung der Kommunikation zwischen Tochter und Mutter als Determinante für den Gebrauch von Gesundheitsleistungen verbirgt. Wie bereits in Abschnitt 1.1. erwähnt, existieren nach meinen Recherchen der Literatur (siehe 2.5) bislang keine Daten aus Deutschland zum diesbezüglichen Einfluss von Töchtern auf ihre Mütter.

iii. Inanspruchnahme-Modell nach Andersen

Als übergeordnete theoretische Rahmung der Analyse in meiner Dissertationsschrift dient das Verhaltensmodell nach Andersen (Behavioral Model of Health Services Use). (41,42) Dieses international bewährte Modell wurde seit Ende der 1960er Jahre stets weiterentwickelt und sieht den Gebrauch von Gesundheitsleistungen primär beeinflusst von drei Hauptfaktoren: Prädisponierende Faktoren („predisposing factors“), erleichternde Faktoren bzw. sogenannte Zugangsvariablen („enabling factors“) sowie selbst wahrgenommene bzw. fremd beurteilte Krankheitsfaktoren („perceived and evaluated need factors“). (43–45)

Prädisponierende Faktoren haben indirekte Wirkung und sind unterteilt in Demographie (Alter, Geschlecht), Sozialstruktur und Health Beliefs. Andersen fasst unter dem Begriff Sozialstruktur diverse Eigenschaften/Ressourcen zusammen, die einer Person zum Lösen von Problemen dienen. Dazu zählen sozialer Status, Bildungsgrad, Beruf und Wohnumfeld sowie das soziale Netzwerk der Person. Während soziodemographische Faktoren wie sozioökonomischer Status, Alter, Bildung oder Beschäftigung schwerer zu verändern sind, lassen sich psychologische Faktoren wie Wissen über Krankheiten bzw. Screening oder kognitive Barrieren wie Überzeugungen und Wahrnehmungen leichter beeinflussen. (29)

Ein weiterer wichtiger disponierender Faktor sind die Health Beliefs (Gesundheitsüberzeugungen). Diese bezeichnen die Werte, das Wissen und Einstellungen der Person über Gesundheit und Versorgungsstrukturen.

Erleichternde Faktoren umfassen die individuellen und gemeindebezogenen Ressourcen bzw. Voraussetzungen, welche die Inanspruchnahme erhöhen können. Sie sind wichtig, um die Teilnahme an Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Dazu gehört beispielsweise das Vorhandensein einer Krankenversicherung oder der Zugang zu einer medizinischen Einrichtung in der Gemeinde. Auf persönlicher Ebene umfasst dies oft auch soziale Unterstützung.

Der Begriff „Soziale Unterstützung“ lässt sich als Konzept, das die Struktur, die Prozesse und die Funktionen sozialer Beziehungen beschreibt, verstehen. Soziale Unterstützung bezeichnet somit den funktionalen Aspekt von Beziehungen, der in vier Hauptkategorien von unterstützenden Verhaltensweisen oder Handlungen unterteilt werden kann: Emotionale Unterstützung - umfasst das Geben von Empathie, Liebe, Vertrauen und Fürsorge; instrumentelle Unterstützung - die Bereitstellung von konkreter Hilfe und Dienstleistungen; informationelle Unterstützung - das Anbieten von Ratschlägen, Vorschlägen und Informationen; beurteilende Unterstützung - beinhaltet konstruktives Feedback und Bestätigung. (46)

Die dritte Säule des Modells bildet sich schließlich aus den selbst wahrgenommenen bzw. fremd beurteilten Krankheitsfaktoren. Im Gegensatz zu den prädisponierenden Faktoren weisen diese einen direkten Effekt auf. Dabei definiert Andersen unter „selbst wahrgenommener Notwendigkeit“, dass die Person selbst erkennt oder empfindet, wann sie eine Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen sollte. Hier gibt es eine Assoziation mit der Sozialstruktur und den Health Beliefs. Sie ist somit subjektiv und wird zeitlich vor dem Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung eingeordnet. „Evaluated need factors“ beziehen sich auf die Einschätzung durch Gesundheitsexpert:innen.

In Bezug auf dieses Dissertationsprojekts dient das Modell folglich der Identifizierung von Faktoren, die die Mütter zur Entscheidungsfindung für oder gegen die GKFU aufweisen. Es stellt sich die Frage, ob sich die aufwärtsgerichtete Tochter-Mutter-Kommunikation als prädisponierender Faktor, als Teil der sozialen Struktur betrachtet werden könnte, die die Haltung und Überzeugungen der Mutter beeinflusst. Die Unterstützung der Tochter könnte die Einstellung der Mutter gegenüber Gesundheit und Gesundheitsdiensten beeinflussen. D.h. wenn jemand aus einem unterstützenden Familienumfeld kommt, das Gesundheitsvorsorge positiv sieht, könnte dies dazu führen, dass die Person eine höhere Bereitschaft hat, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Ein vorab geführtes Gespräch zwischen Tochter und Mutter könnte dabei eine entscheidende Rolle im Entscheidungsprozess spielen und die mütterliche Wahrnehmung der Notwendigkeit der Inanspruchnahme der GKFU stärken.

Andererseits könnte die Kommunikation der Tochter auch als erleichternder Faktor und aktivierende Ressource im Sinne der sozialen Unterstützung verstanden werden. Hierbei geht es darum, konkrete Ressourcen bereitzustellen, die den Zugang zu Gesundheitsdiensten erleichtern. Zum Beispiel könnte die Tochter bei der Organisation von Terminen oder durch die Begleitung zu Arztbesuchen zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen unterstützen. In diesem Fall stellt die familiäre Unterstützung eine Ressource dar, die den Zugang zu und die Nutzung von Gesundheitsdiensten tatsächlich direkt ermöglicht.

Im modifizierten Modell von 1995 werden zudem Outcome (= Gesundheitszustand danach, subjektiv/objektiv bewertet, Versorgungszufriedenheit) und Environment (= gesamtgesellschaftlicher Kontext, Gesundheitssystem) aufgeführt. Diese werden zugunsten der Übersichtlichkeit in der Abb. 1 weggelassen. (41,47) Was jedoch dargestellt ist, ist der

Rückkopplungseffekt zwischen den zentralen Elementen des Modells und dem Gesundheitsverhalten. Persönliche Gesundheitsgewohnheiten und die Nutzung von Gesundheitsdiensten können wiederum die prädisponierenden Eigenschaften, aktivierenden Ressourcen und den Bedarf beeinflussen. (44)

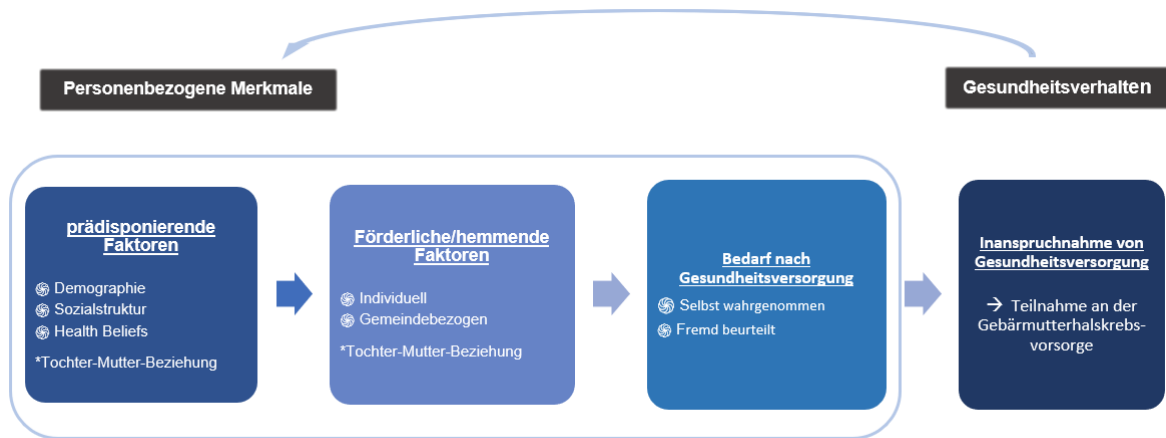


Abbildung 1: in Anlehnung an Andersen 1995 (41,42), *Health Behavior Model*

1.2. Ziel und Fragestellung

1.2.1. Forschungsziel

Vor dem in der Einleitung (Abschnitt 1.1.) dargestellten wissenschaftlichen Hintergrund und aufgrund des vorhandenen Potentials, das in den beschriebenen Studien deutlich wird, hat die vorliegende Arbeit das Ziel, anhand einer Interview- und Fragebogenuntersuchung zu prüfen, ob die aufwärtsgerichtete Kommunikation von Tochter zu Mutter in Deutschland einen relevanten Faktor für die Entscheidung der Mutter zur Teilnahme an der GKFU darstellt.

Als sekundäres Forschungsziel werden das Alter, der Bildungsgrad und vorhandener/nicht vorhandener Migrationshintergrund der Mutter erhoben und auf Unterschiede in Hinblick auf das Inanspruchnahme-Verhalten untersucht.

Um das Forschungsziel zu erreichen, wird sowohl qualitative als auch quantitative Methodik gewählt. Da zu der Thematik für Deutschland noch keine Erkenntnisse vorliegen, bietet diese Vorgehensweise die Möglichkeit, zur Eröffnung des Forschungsfeldes das Thema aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.

Das Dissertationsprojekt teilt sich in zwei Teilstudien, deren Ergebnisse abschließend zusammen diskutiert werden.

1.2.2. Fragestellung

Die operationalisierte Fragestellung dieses Projekts formuliere ich folgendermaßen: Erkennt man bei in Deutschland lebenden Müttern ab dem 40. Lebensjahr, die mindestens eine Tochter im Alter von 15 Jahren oder älter haben, einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der

Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung (GKFU), wenn die Tochter mit der Mutter darüber gesprochen hat, bevor diese ihre Entscheidung traf?

Nachstehende Annahme gilt es zu prüfen: „Mütter, die, bevor sie sich dazu entschieden haben, ob sie die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung wahrnehmen, mit ihrer Tochter darüber gesprochen haben, sagen häufiger, dass sie zur Untersuchung gegangen sind, als solche, die nicht mit ihrer Tochter darüber gesprochen haben“.

Ferner möchte ich in Hinblick auf das Inanspruchnahme-Modell nach Andersen prüfen, ob sich die Tochter-Mutter-Kommunikation zu den disponierenden Einflussfaktoren oder zu den erleichternden Faktoren zählen lässt. Hat diese einen direkten Effekt auf die Inanspruchnahme, da sie die von der Mutter selbst wahrgenommene Notwendigkeit positiv beeinflussen kann? Inwiefern spielen Bildungsgrad, Migrationshintergrund und das Alter der an der Studie teilnehmenden Mütter tatsächlich eine Rolle in Bezug auf Kommunikation von Tochter und Mutter?

2 Methoden

Das Kapitel „Methoden“ beinhaltet Studiendesign, Studienpopulationen, Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen sowie die Beschreibung der angewandten Methodik der Datenerhebung und -auswertung.

Die qualitative Teilstudie diente der Eröffnung des Forschungsfeldes durch offene, leitfadengestützte Interviews. Die Interviewdurchführung mit Frauen, die sich unter anderem sozioökonomisch, kulturell und in Bezug auf das Alter unterschieden, ermöglichte eine breite Exploration der Thematik. Dabei konnten die jeweiligen familiären Strukturen erfasst und persönliche Motive der Mütter gesammelt werden, wodurch ein umfassender Einblick in die Beziehung des Mutter-Tochter-Paares aus Sicht der Mutter gewonnen wurde.

Die zweite, quantitative Teilstudie verwendete einen selbst entworfenen Fragebogen, in den teilweise Ergebnisse der Interviewanalysen integriert wurden. Der Fragebogen diente als quantitatives Untersuchungsinstrument, um mit einer größeren Stichprobe Kerndaten zum Forschungsziel (siehe Abschnitt 1.2.1) zu erheben und statistisch auszuwerten.

Eine zusammenfassende Übersicht beider Teilstudien findet sich in Abb.2 in Abschnitt 2.2.

2.1 Studiendesign

Für die gegenstandsangemessene Bearbeitung der Forschungsfrage (siehe Abschnitt 1.2.) wurde in diesem Projekt qualitative und quantitative Methodik in einem Mixed-Methods-Design eingesetzt.

Angesichts des in Deutschland unerforschten Themas erschien es sinnvoll, die Daten durch die Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven und die Anwendung unterschiedlicher methodischer Ansätze zu erheben, um sowohl die Aussagekraft der Ergebnisse als auch die inhaltliche Vielfalt zu erhöhen. (48)

Hier möchte ich auf den Begriff „Mixed Methods“, der sich in der Versorgungsforschung zunehmend verbreitet, eingehen. Laut Schreiner wird: „Mixed Methods [wird] heute meist über zwei zentrale Merkmale charakterisiert: die Anwendung sowohl qualitativer als auch

quantitativer Methoden in einer Studie oder in zwei eng aufeinander bezogenen Studien sowie die Integration qualitativer und quantitativer Daten bzw. Elemente“ (49).

Im Gegensatz dazu beschreibt eine reine Methoden-Triangulation die Verwendung zweier verschiedener Erhebungsmethoden. Diese können beide aus dem Bereich der qualitativen Methodik stammen und müssen nicht zwangsläufig ineinander integriert werden. (49) Flick formuliert die Triangulation allgemeiner als eine „Kombination von Methoden, Daten und Ergebnissen“, die eine Erkenntniserweiterung vorsieht. (50)

So versteht sich dieses Dissertationsprojekt als eine Variante des Mixed-Methods-Designs und möchte dabei unter dem Qualitätskriterium Transparenz so exakt wie möglich beschreiben, inwiefern „der Aspekt Integration als grundlegende Signatur der Mixed-Methods-Forschung“ (51) umgesetzt wurde.

Als Matrix für die Planung und Reflexion wurde die strukturierte Darstellung der zentralen Merkmale und Ebenen der Integration, die von der Kleingruppe Mixed Methods der AG Qualitative Methoden im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) erstellt wurde, herangezogen. (51)

Die Priorität der einzelnen Studienanteile ist nahezu gleich gewichtet, wobei die Interview-Analyse im Ergebnisteil umfassend dargestellt wird, um bei der erstmaligen Erschließung des Forschungsfeldes möglichst tiefgehende Einblicke zu bieten. Tabelle 1 gibt einen Überblick des Studiendesigns.

Der zeitliche Ablauf der Datenerhebung sowie der Datenanalyse erfolgten sequentiell. Die Datenanalyse erfolgte jeweils separat, wobei qualitative Analyse-Ergebnisse in die Gestaltung des quantitativen Erhebungsinstruments einfließen. Zudem erfolgte die Integration auf Höhe der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse. Die jeweiligen Schlussfolgerungen wurden miteinander verbunden und eine übergeordnete Schlussfolgerung in Meta-Inferenz abgeleitet. Die Methodenintegration auf Ebene der Ergebnisinterpretation bot den Vorteil, dass ggf. unerwartete statistische Ergebnisse nach Auswertung der Fragebögen im Licht der qualitativen Teilstudie nachvollziehbarer/substanziell wurden. (50)

Zur Überprüfung der Korrektheit der Durchführung wurden die Kriterien von O’Cathain „Good Reporting of a Mixed Methods Study (GRAMMS)“ herangezogen. (52)

Im Abschnitt Limitationen (4.6.) setze ich mich mit der Auswahl der Methoden und möglichen Alternativen auseinander.

Tabelle 1: Studiendesign

	Forschungs-instrument	Fokus	Stichprobe	Quelle
1. Qualitative Teilstudie	Leitfaden-Interview	Explorative Eröffnung des Themas; Mütter erzählen über ihr Verhältnis zur Tochter in Hinblick auf gemeinsam besprochene Gesundheitsthemen	<i>Pilotierung</i> n=5 N= 9	selbst entwickelt
2. Quantitative Teilstudie	Fragebogen	Tochter-Mutter-Kommunikation; GKFU; Bestimmung von Häufigkeiten und statistischen Zusammenhängen	N = 121	selbst entwickelt

2.2 Ablauf der Studie

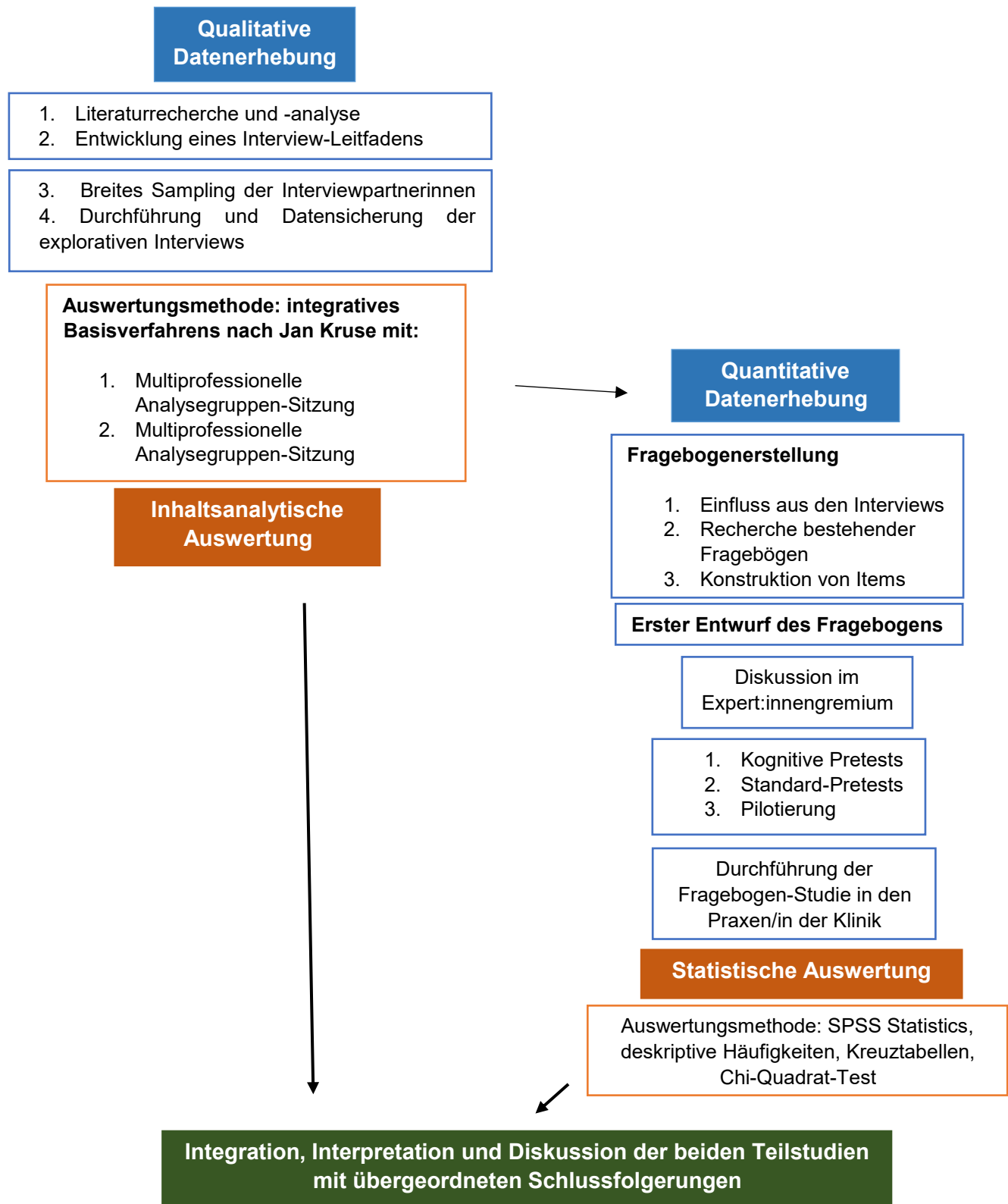


Abbildung 2: Ablauf und Schritte der Studie (in Anlehnung an die vom IQTIG empfohlenen methodischen Grundlagen (53) zur Entwicklung eines Fragebogens, ergänzt durch Entwicklungsschritte nach Pentzek (54))

2.3 Studienpopulationen

Die qualitative Studie wurde in gynäkologischen Praxen durchgeführt, da hier der Zugang zu einer breitgefächerten Gruppe von Frauen mit gynäkologischen Früherkennungsuntersuchungs-Erfahrungen am besten war. Für den Einsatz der Fragebögen wurden sowohl das ambulante Setting (Hausarztpraxen und gynäkologische Praxen) als auch das klinische Umfeld ausgewählt. Hierbei wurden Frauen erreicht, die sich sozioökonomisch, kulturell und auch im Alter unterschieden.

Bei den Interview-Teilnehmerinnen handelte es sich um Patientinnen aus gynäkologischen Praxen in Düsseldorf. Für die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen der quantitativen Teilstudie wurden akademische Lehrarztpraxen der Universitäten Düsseldorf und Freiburg persönlich kontaktiert. Da diese bereits mit der Zusammenarbeit mit Universitäten und ggf. mit promovierenden Medizinstudierenden vertraut sind, versprach ich mir eine höhere Akzeptanz für das Forschungsprojekt.

Abbildung eines weiten Spektrums

Für die qualitativen Interviews wurden für das Sampling Frauen mit den vorab aus der Literatur als wesentliche Einflussfaktoren auf den Untersuchungsgegenstand definierten Kriterien des unterschiedlichen Bildungsniveaus, Alters und mit bzw. ohne Migrationshintergrund ausgewählt. Um eine möglichst breite Verteilung zu gewährleisten, wurde im Vorfeld ein kurzes Gespräch mit den Frauenärztinnen geführt, die die Auswahl der Studienteilnehmerinnen unterstützten.

Laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wird Migrationshintergrund wie folgt definiert: "Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt." (55)

Für die Teilnahme an der quantitativen Teilstudie sollte eine möglichst breite Zielgruppe von Frauen erreicht und ausreichend Material für die nicht-repräsentative, deskriptiv-statistische Auswertung gesammelt werden.

Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien umfassten entsprechend dem Forschungsziel (siehe Abschnitt 1.2.1.) alle Mütter ab dem 40. Lebensjahr, die das Interview bzw. den Fragebogen verstanden und die mindestens eine Tochter hatten, die zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 15 Jahre alt war. Es gab keine Altersbegrenzung nach oben, um einen möglichst breiten Einblick in die weibliche Bevölkerung zu erhalten.

Tatsächlich gab es eine Ausnahme bei einer Interview-Teilnehmerin. Der Einbezug einer 36-jährigen Frau wird im Abschnitt Limitationen (4.6) mit der nachvollziehbaren Modifizierbarkeit des methodischen Vorgehens in der qualitativen Forschung erklärt.

Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterium war das Alter der Tochter unter 15 Jahre, so dass das jüngst mögliche Alter der Tochter beim Zeitpunkt „*Screening-Wahrnehmung vor drei Jahren*“ bei zwölf Jahren liegen kann. Ich nahm im Vorhinein an, dass jugendliche Mädchen unter zwölf Jahren zu jung waren, um mit der Mutter ein Gespräch zu Gesundheitsfragen ‚auf Augenhöhe‘ zu führen.

2.4 Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen

Insgesamt wurden 3 gynäkologische Praxen zu einer Mitarbeit angesprochen, von denen drei zustimmten. Die Teilnehmerinnen der qualitativen Teilstudie wurden von der Doktorandin in den 3 gynäkologischen Praxen in Düsseldorf im Wartebereich angesprochen im Zeitraum März bis Mai 2023; die von der Doktorandin geführten Interviews fanden im Zeitraum April bis Mai 2023 statt. Insgesamt wurden ca. 40 Frauen für ein Interview angesprochen, von denen 9 einer Teilnahme zustimmten; am Ende wurden n=9 Interviews geführt (siehe Abschnitt 2.6.1.).

Als akademische hausärztliche Lehrpraxen wurden insgesamt 5 um eine Mitarbeit gebeten, von denen 5 zustimmten. Weitere 3 gynäkologische Praxen wurden angefragt, von denen 3 einer Teilnahme zustimmten; darunter war eine, die bereits an der qualitativen Studie teilgenommen hatten. Die 5 teilnehmenden Lehrärzt:innen (4 aus Düsseldorf, 1 aus Freiburg) und die 3 teilnehmenden Gynäkolog:innen wurden von der Doktorandin persönlich kontaktiert und über das Promotionsvorhaben informiert.

Für die quantitative Teilstudie erhielten die einwilligenden Praxen ein Informationsschreiben für die Patientinnen, ein Set mit einer variierenden Anzahl an Fragebögen, je nach Praxisgröße (im Durchschnitt etwa 25 Fragebögen, sowie ein blickdichtes Behältnis für das anonyme Einwerfen der ausgefüllten Fragebögen durch die Patientinnen am Tresen der Praxis. Diese Unterlagen wurden von der Doktorandin überbracht und gemeinsam mit dem Praxisteam im jeweiligen Wartezimmer ausgelegt.

Zur Erleichterung der Arbeit der Praxen wurden die ausgefüllten Fragebögen persönlich wieder abgeholt.

Die Teilnehmerinnen im stationären Setting wurden direkt von der Doktorandin, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung im praktischen Jahr dieses Lehrkrankenhauses (Bethesda Krankenhaus Duisburg) im Herbst 2023 befand, angesprochen. Daraufhin füllten diese alleine den Bogen aus und gaben ihn gefaltet an die Doktorandin zurück, so dass die Anonymität der Angaben der Teilnehmenden gewahrt werden konnte. Insgesamt wurden so 21 Frauen um Teilnahme gebeten, von denen 12 den Fragebogen ausfüllten.

Der Zeitraum der Fragebogen-Auslage in den Praxen erstreckte sich von Juni 2023 bis November 2023, um möglichst viele Studienteilnehmerinnen der Zielgruppe zu erreichen. Die Erhebung im klinischen Setting fand im November 2023 statt. Nach den ersten zwei Wochen erfolgte ein Anruf in den Praxen, um sich nach dem aktuellen Stand der ausgefüllten Fragebögen zu erkundigen und eine erste Einschätzung der Teilnahmerate zu erhalten.

Insgesamt wurden 212 Fragebögen ausgelegt bzw. ausgeteilt. Da es sich um ein Dissertationsvorhaben handelt, waren die Möglichkeiten begrenzt; dies wird im Abschnitt Limitationen (4.6) diskutiert.

Im Rahmen des Promotionsvorhabens wurde auf das Einsetzen von finanziellen Incentives zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft verzichtet. Auch hierzu wird im Abschnitt Limitationen (4.6) Stellung genommen.

Das verwendete Informationsschreiben sowie der Fragebogen können im Anhang (Abschnitt 6.5 und 6.6) eingesehen werden.

2.5 Literaturrecherche

Am Anfang der Arbeit an der Dissertation stand die Literaturrecherche zum Thema *Kommunikation von Tochter zu Mutter im Hinblick auf die Teilnahme an der GKFU*.

Die Literaturrecherche begann im August 2022 mit der Durchsuchung der PubMed-Datenbank sowie der Cochrane-Library nach den Obersuchbegriffen „*family communication*“, „*family communication and cancer screening*“, „*cervical cancer and family communication*“ und „*prevention cervical cancer*“, „*cervical cancer screening*“, „*cervical cancer screening uptake*“ ohne spezifischen Einschlusskriterien oder einen definierten Suchbereich.

Aus dem Oberthema *Familiäre Kommunikation und Krebsvorsorge* kristallisierte sich stückweise das Thema *aufwärtsgerichtete Kommunikation von Tochter zu Mutter zur Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebsvorsorge* heraus. Die Entscheidung, den Forschungsgegenstand auf die Tochter-Mutter-Kommunikation zu fokussieren, wurde in erster Linie wegen der sich in der Literaturrecherche zeigenden fehlenden Daten aus Deutschland getroffen. Zudem ermöglichte die spezifische Forschungsthematik eine bessere Operationalisierbarkeit der Fragestellung (siehe Abschnitt 1.2.2).

Es wurde mit den Suchbegriffen „*mother-daughter communication and cancer screening*“ und „*cervical cancer and mother-daughter communication*“ gearbeitet.

Auch die deutschsprachige Datenbank Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS) wurde im Herbst 2022 unter den deutschen Stichworten „*Familiäre Kommunikation und Krebsvorsorge*“, „*Inanspruchnahme Gebärmutterhalskrebs*“, „*Mutter-Tochter-Kommunikation und Gebärmutterhalskrebs*“ und „*Präventionsmaßnahmen Gebärmutterhalskrebs*“ durchforstet; es fanden sich keine meiner Thematik vergleichbare abgeschlossene oder laufende Studien.

Die Funktion „Similar articles“ auf PubMed erwies sich als besonders hilfreich, da sie thematisch nahe beieinanderliegende Studien auf Basis gemeinsamer Literaturverweise filterte.

Schlüsselpublikationen wie die von Mosavel et al. lieferten weitere wichtige Studien unter der Funktion der Rückwärts-Literaturrecherche, bei der zitierte Forschungsarbeiten aus ihren Studien identifiziert wurden. Zudem erwies sich die Suche nach neueren Arbeiten unter „Cited by“ besonders bei älteren Publikationen als sinnvoll.

Ein wesentlicher Bestandteil der Literaturrecherche war das Kontaktieren von deutschen und internationalen Forschenden, die Expert:innen auf dem Forschungsgebiet meines Dissertationsvorhabens sind.

So wurden von der Doktorandin deutsche Expert:innen kontaktiert, um zu erfragen, ob bereits Daten zur Frage vorliegen, ob die Kommunikation zwischen Tochter und Mutter in Bezug auf die GKFU möglicherweise die mütterliche Inanspruchnahme dieses Screenings beeinflussen könnte, und ob entsprechende Studien bereits durchgeführt und veröffentlicht wurden. Schriftlich kontaktiert wurden das Bundesministerium für Gesundheit, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Frau Prof. Dr. Klug von der Technischen Universität München am Lehrstuhl für Epidemiologie, die Koordinatorin für Lehre der Gynäkologie am Universitätsklinikum Düsseldorf Frau Dr. Neubacher sowie das Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Eine Beispiel-E-Mail hierzu befindet sich im Anhang (Abschnitt 6.1).

Mit Ausnahme des IQWiG gaben alle kontaktierten Institutionen zeitnahe Rückmeldungen. Zusammenfassend war die allgemeine Einschätzung, dass eine derartige Untersuchung in Deutschland bislang noch nicht durchgeführt wurde. Die Expert:innen schickten zudem weitere Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, die bei der Literaturrecherche wertvolle Unterstützung boten.

Ferner wurden international Forschende angeschrieben, um weitere Publikationen in der „full-text“-Version zu erhalten. Erfreulicherweise konnte ich so mit Associate Prof. Mosavel, die Gesundheitsverhalten und -politik an der Virginia Commonwealth University lehrt, Kontakt aufnehmen und bekam ihre gesamten Arbeiten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 1.1.2. ii).

2.6 Qualitative Teilstudie

„Wenn Menschen die Welt verstehen und ihr einen *Sinn* geben, dann tun sie dies im Kontext ihrer Lebenswelt.“ (56)

Qualitative Forschung möchte diesen *Sinn*, diese „Wirklichkeitskonzepte und –konstruktionen“, kurz die „narrative Identität“ der Befragten rekonstruieren.

„Ihr Forschungsauftrag ist *Verstehen*“ (56) – wie es Helfferich treffend formuliert.

Qualitative Interviews sind eine Kommunikationssituation, deren Ziel es ist, die Lebenswelt und die von der Person gesammelten Erfahrungen zu erfassen sowie die erlebten Wirklichkeiten unter Berücksichtigung mannigfaltiger Einflüsse zu beschreiben. (56,57)

Diese Erhebungsmethode ermöglicht eine detaillierte Darstellung des individuellen Erlebens und bietet in dieser Forschungsarbeit die Gelegenheit, erstmals die Lebensrealitäten der interviewten Frauen nicht nur im Hinblick auf das Mutter-Tochter-Verhältnis und Gesundheitsthemen wie die GFKU zu erfassen, sondern darüber hinaus auch ihre Lebenssituation, die Prägung ihrer Denkweise und die zugrundeliegenden Motive besser zu verstehen. Statt Mütter ausschließlich zu ihrer Beziehung zum Thema GKFU zu befragen, entschied ich mich, die Bedeutungen von Gesundheit und Krankheit im Rahmen der geschilderten Mutter-Tochter-Beziehung zu untersuchen und zu verstehen.

Dies gelingt niemals durch das alleinige Setzen von Kreuzen auf einem anonymen Fragebogen.

2.6.1 Leitfaden-Entwicklung und Durchführung der qualitativen Interviews

Zur Eröffnung des Forschungsfeldes wurden explorative offene Interviews nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews von Witzel durchgeführt. (58)

Das problemzentrierte Interview beschreibt eine halbstrukturierte, Leitfaden-gestützte Befragung. Dies bedeutet, dass ähnlich der narrativen Befragung hier das Erzählprinzip vordergründig ist. Die befragte Person wird im Verlauf des Gespräches schrittweise thematisch auf das eigentliche Problem, in diesem Falle das stattgefunden/nicht stattgefunden Gespräch mit der Tochter über die GKFU, hingeleitet. (59)

Dafür wurde in einem multiprofessionellen Team in mehreren Überarbeitungsschritten ein Leitfaden entwickelt, der laut Witzel lediglich als Hintergrundwissen für die Interviewerin dient, „um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen“ (58). In die Leitfaden-Entwicklung flossen persönliche Vorannahmen, die Ergebnisse der Literaturanalyse (siehe Abschnitt 2.5) und die Konkretisierungsüberlegungen zu den Forschungszielen (siehe Abschnitt 1.2.1) ein.

Es wurde bewusst entschieden, offene qualitative Interviews anstelle von hoch standardisierten Interviews zu verwenden, da - wie Renner und Jacob in ihrem Buch „Das Interview“ von 2020 betonen -, „durch die hohe Standardisierung [werden] der subjektive Lebensraum bzw. subjektive Repräsentationen der Probandin möglicherweise nicht angemessen erfasst“ (60) werden. Des Weiteren ermöglicht ein offenes Interview antwortabhängiges Nachfragen auf themenrelevante Aussagen der Interviewpartnerin und bietet somit in der Vertiefung einzelner Gesprächspunkte einen weiteren Vorteil. Schwarzer, zitiert nach Renner und Jacob, betont die Flexibilität eines Interviews, da dies „spontane Reaktionen und die Berücksichtigung nonverbaler Signale“ (60) erlaubt. So wird das „Wissen in qualitativen Interviews als Konstruktion aufgefasst [wird], die durch das gemeinsame Kommunizieren der Beteiligten entsteht“ (60). So konnte ich als Interviewerin Aspekten, die der jeweiligen Interviewpartnerin wichtig waren, Raum geben, ohne dass diese durch eine Vorstrukturierung unterbunden wurden.

Die Führung der Interviews übernahm die Doktorandin des Projekts, die hierfür von erfahrenen Mitarbeiter:innen des ifam/chs besonders geschult wurde.

Da es sich bei der Durchführung von Interviews um „außerordentlich komplexe Prozesse“ (60) handelt, wurden zunächst drei Probe-Interviews mit der Zielgruppe vergleichbaren Frauen im Bekanntenkreis geführt, supervidiert und reflektiert. Dabei wurde auch der entwickelte Leitfaden getestet.

Überdies konnten bei einem Interview-Training am chs spezielle Fertigkeiten, wie der Umgang mit schwierigen Antwortsituationen, die für das Führen eines gewinnbringenden Interviews erforderlich sind, erlernt werden.

Um die Kompetenzen der Gesprächsführung zu optimieren, wurde im Anschluss ein weiteres Pilotierungs-Interview mit einer Probandin der Zielgruppe geführt.

Schließlich wurden neun Frauen, die sich in Alter, der Bildungsschicht und einem vorhandenen oder nicht-vorhandenen Migrationshintergrund unterschieden (Sampling-Kriterien; siehe Abschnitt 2.3), rekrutiert (siehe Abschnitt 2.4).

Die Hauptinterviews fanden im häuslichen Setting (n=1) sowie in einem ungestörten Besprechungszimmer mit Sitzecke in der Frauenarztpraxis (n=8) statt, so dass eine „konstruktiv- angenehme Arbeitsatmosphäre“ (60) aufgebaut werden konnte.

Nach dem neunten Hauptinterview wurde eine theoretische Sättigung (ein Konzept der Grounded Theory-Methodologie, Vergleich Glaser und Strauss (61)) erreicht. Das heißt, es kamen keine signifikant neuen Aspekte für die Erschließung der Forschungsfrage hinzu. Die Dauer der Interviews wurde individuell von den Patientinnen und vom spontanen Verlauf des Gesprächs bestimmt und befand sich in einer Spannweite von 16 Minuten bis 72 Minuten (im Mittel 30 Minuten). Mit Einverständnis der Patientinnen wurden die Interviews auf MP4-Player aufgezeichnet.

Die Gespräche wurden anschließend verbatim professionell in einem erfahrenen Schreibbüro transkribiert.

Aus datenrechtlichen Gründen wurden die aufgenommenen Tondateien sowie die Mitschriften aus den Interviews, sobald das Transkript vorlag, gelöscht. Vorab wurden alle Teilnehmerinnen schriftlich über die Datenschutzrichtlinien ausgeklärt und unterzeichneten den hierfür entworfenen Aufklärungsbogen.

Der gesamte Interview-Leitfaden und die dazugehörige Datenschutzerklärung befinden sich im Anhang (Abschnitt 6.2, 6.3 und 6.4).

2.6.2 Auswertungsmethode: Rekonstruktiv-hermeneutische Analyse

i. Vorstellung des integrativen Basisverfahrens nach Jan Kruse

Die qualitative Forschung steht unter dem Prinzip der Offenheit, das durch den Prozess der Analyse gefährdet werden kann. (62)

In Anbetracht dessen wurden zunächst eine Reihe qualitativer Auswertungsverfahren auf ihre Angemessenheit und Eignung für das Dissertationsprojekt und sein Forschungsziel (siehe Abschnitt 1.2.1.) geprüft. Im Folgenden werden exemplarisch zwei bekannte Methoden der qualitativen Forschung skizziert, von deren Anwendung jedoch aufgrund ihrer methodischen Grenzen abgesehen wurde.

Zum einen ist hier die Grounded Theory von Glaser und Strauss (61) heranzuführen. Der Grundsatz der Grounded Theory ist die gegenstandsnahe Theoriebildung, die einseitige deduktive Herangehensweisen ablehnt und allein aus dem Text heraus theoretische Konzepte ableitet. Unscharf erschien mir hierbei, wie die genaue Systematik für die Auswahl der Codes auszusehen hat. Der Kodierungsprozess weist Ähnlichkeiten mit der im integrativen Basisverfahren, kurz IB, durchgeführten Verdichtung der Motive auf. (63) Das Verfahren der Grounded Theory erwies sich aber als zu umfangreich und der bereits operationalisierten Fragestellung nicht angemessen. Allerdings lehne ich mich im Ergebnisteil (Abschnitt 3.1.) bei der Darstellung der Interview-Daten an die Präsentationsform der Fallrekonstruktion an, die – wie auch in anderen Ansätzen der rekonstruktiven Methodologie des interpretativen Paradigmas – in der Grounded Theory verwendet wird.

Eine weitere „altbewährte“ Methodik der qualitativen Forschung ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Man könnte meinen, dass Forschende in der Vergangenheit allein aufgrund der Popularität dieses Verfahrens daraus ein Gütekriterium ableiteten. Doch da das Prinzip der Offenheit gewahrt werden sollte und das strikte Regelwerk Mayrings, d. h. das regelgeleitete, schrittweise Vorgehen nach vorher explizierten Techniken, dem entgegenzuwirken drohte, fand seine Methode keine Verwendung in diesem Forschungsprojekt. Denn gerade für explorative Untersuchungsansätze erschien mir diese Systematik zu einengend. (64)

Infolgedessen entschied ich mich schließlich für das von Jan Kruse entwickelte integrative Basisverfahren (IB). Dieses basiert „auf einem offenen Analyseprozess, in dem die umfassende Deskription sprachlich-kommunikativer Phänomene die Ausgangsbasis für weitere Interpretationen bildet.“ (62)

So können über diese Ebene auch implizite Aspekte erschlossen werden. Es wird hierbei nicht nur mit einem singulärem Analysewerkzeug, das vorgibt, wie der Text zu bearbeiten ist,

gearbeitet. Vielmehr werden mittels der deskriptiven Analyse des Textes unterschiedliche Analyse-Heuristiken herangezogen, um schließlich „zentrale Sinnstrukturen in einem Prozess der fortschreitenden Abstrahierung herauszuarbeiten“ (50,65). So ist das IB kein Universalschlüssel, sondern eher eine „Toolbox“ an Analyseansätzen, die dazu verhilft in einem reflexiven dynamischen Analyseprozess neue Erkenntnisse zu bestimmen.

Ziel des Analyseprozesses ist über die Sprache „sozialen Sinn zu rekonstruieren“. (65) Die Textarbeit sollte so mit einem „offenen und multiperspektivischen Zugang“ (65) begonnen werden. Zentral postuliert Kruse, dass ‚Sinn‘ stets aus dem Text extrahiert werden muss und nicht umgekehrt in den Text hinzugefügt werden darf. (65)

Grundkonzept und zentraler Ausgangspunkt des IB ist die Analyse des ‚wie’s‘, d.h. wie jemand etwas sagt. Der Annahme zufolge, sprachliche Selektionen erfolgen nie zufällig, sondern haben immer einen Sinn dahinter, ist es essentiell, nicht nur das ‚was‘ zu beleuchten, sondern eben auch ‚wie‘ das ‚was‘ ausgedrückt wird. Hier finden sich auch Parallelen zur dokumentarischen Interpretation nach Karl Mannheim, der neben objektiven Sinn und Ausdruckssinn immer auch einen Dokumentsinn hinter jeder Aussage vermutet. (66)

Für die linguistischen Analysen schildert Kruse drei sprachliche Aufmerksamkeitsebenen: Pragmatik, Semantik und Syntaktik. Dabei behandelt die Aufmerksamkeitsebene der Pragmatik bzw. Interaktion Aspekte wie die Interview-Dynamik, die Gestaltung sozialer Beziehungen im Interview sowie die Positionierung von narrativen Akteuren (also von Personen, die als Dritte im Interview erwähnt werden). D.h., wie ist die Selbstpräsentation, wie das Frage-Antwort-Verhalten, besteht womöglich der Wunsch sich im Interview führen zu lassen. Die Pragmatik ähnelt somit der Positionierungsanalyse, die sich detaillierter mit der Selbst- und Fremdpositionierung befasst.

Die Syntaktik als zweite Aufmerksamkeitsebene befasst sich mit sprachlich-grammatikalischen Besonderheiten. Welche Verben (passiv/aktiv/reflexiv) finden Verwendung. Werden Sätze abgebrochen, gibt es Satzeinschübe, Reformulierungen, wie ist die Betonung? Verändert sich die Wortwahl in verschiedenen Passagen im Sinne eines Code-Switchings? Laut Kruse gebe es keine Füllwörter oder bedeutungslose Satzabbrüche, denn allem liegt ein Sinn zugrunde mit „den Ordnungen der Dinge in den Köpfen der Menschen“. (65)

Als dritte Aufmerksamkeitsebene wird sich der (Wort-)Semantik gewidmet. Das bedeutet, was fällt an der Wortwahl der Interviewten auf, wird in Metaphern, Idiomatik, Fachsprache, Alltagssprache etc. gesprochen?

Diese mikrosprachlichen Feinanalysen sollten parallel erfolgen, da sie sich stets gegenseitig bedingen.

Zentrales Element des IB ist ferner das Prinzip der Verlangsamung. Es versucht die Deskription weitestgehend von der Interpretation zu trennen und somit eine vorschnelle Interpretation auszubremsen. Die Gefahr bei der Analyse von Texten liegt oft darin, sein eigenes Relevanzsystem, sprich die eigene Erschließung von Sinn, voreilig in den Text hineinzulegen. Aus diesem Grund wurde im ersten Analyseprozess, der so offen und deskriptiv wie möglich gehalten wurde, zunächst eine Herausarbeitung der vielfältigen Phänomene vorgenommen, die kontinuierlich selbstkritisch und in multiprofessionellen Auswertgruppen reflektiert wurde.

Laut Kruse ist die Analyse der gesamte rekonstruktiv-hermeneutische Auswertungsprozess, dessen Ergebnis die Interpretation ist. Die Analyse mündet somit in eine Leseart bzw. Deutung. (65)

ii. Multiprofessionelle Analysegruppen-Sitzungen

Die methodische Kontrolle des Dissertationsvorhabens basierte auf zwei wesentlichen Säulen: Zum einen auf dem geeigneten, transparenten Analyseverfahren und zum anderen auf der Arbeit in Analysegruppen.

Dafür wurden zur Eröffnung des Materials in zwei multiprofessionellen Analysegruppen-Sitzungen sogenannte Einstiegspassagen, die verdichtete Kernpassagen darstellen, inhaltsanalytisch untersucht. Zu diesem Anlass stellten sich interprofessionelle Teams aus Mitarbeitenden des Centre for Health and Society (chs) zusammen. In Tabelle 2 sind die Teilnehmenden hinsichtlich ihres Geschlechts, ihrer Profession und Funktion sowie in Bezug auf die Frage, ob sie eine Tochter in der Zielgruppe haben, aufgeführt. Alle Altersgruppen von 25 bis 68 Jahren waren vertreten.

Im Zuge der Sitzungen wurde zuerst getrennt individuell analysiert. Es wurde sequenzanalytisch, nach dem Prinzip „Wort für Wort“ bzw. „line by line“, vorgegangen. Dabei galt folgende Regel: Rückblicke waren gestattet, Vorgriffe jedoch nicht erlaubt („Verlangsamung“; siehe Abschnitt 2.6.2 i). Dies ist wichtig, um Sinn aus dem Text emergent zu erschließen. Unter Beachtung der Konsistenzregel, d.h. späteres muss mit früherem kohärent sein, wurde im Anschluss gemeinsam in der Gruppe analysiert. Dafür wurden die jeweiligen Assoziationen abgeglichen, besprochen und durch die Protokollantin (Aufgabe der Doktorandin) festgehalten.

Den Teilnehmenden der beiden Analysegruppe wurden nur minimale Kontextinformationen zur Verfügung gestellt, um zu überprüfen, ob vergleichbare Deutungen von der auswertenden Doktorandin, die über die Kontextinformation verfügte, und der Gruppe hervorgebracht wurden. So wurde das Fremdverstehen geprüft. Fremdverstehen wird von Roland Hitzler angelehnt an Schütz definiert als „jenen Vorgang [...], der einer Erfahrung den Sinn verleiht, dass sie sich auf ein Ereignis in der Welt bezieht, dem alter ego bereits Sinn verliehen hat.“ (67)

Die Analysearbeit erfolgte sprachlich-deskriptiv eng am Text. Daraufhin konnten sequentiell erste Muster identifiziert und zu Konzepten bzw. Motiven verdichtet werden. (65)

Diese Motive werden in weiteren Schritten immer dichter und bündeln sich schlussendlich in passagenübergreifenden zentralen Motiven (=ZM). Die ZM entsprechen bei Kruse (65) in etwa den Kategorien, die bei Strauss und Corbin durch das axiale Kodieren (61) gebildet werden. Die weit gefächerten Professionen und individuellen Vorerfahrungen der Analysegruppenmitglieder ermöglichten einen Austausch, der zu unterschiedlichen Betrachtungsweisen der vorliegenden Transkript-Textstellen führte. Über das freie Assoziieren ergaben sich neue und aufschlussreiche Blickwinkel auf die Materie.

Die ZM fungierten als „homologe Muster“, die auf verschiedenen Ebenen des Textes sowie in unterschiedlichen thematischen Kontexten wiederholt und kontinuierlich auftauchten. Dies beschreibt Kruse als sogenannte Konsistenzregel. Die Identifizierung dieser Motive erfolgte über den Vergleich einzelner Passagen innerhalb eines Interviews, gelang jedoch vor allem in der Komparation zweier Interviews. (65)

In diesem Analyseprozess wurden kurze Transkript-Abschnitte, die zusammen eine Sinneinheit bildeten, analysiert und sowohl auf kompositorischer Ebene (wie) als auch auf

lexikalischer Ebene (was) sequentiell beschrieben. Anschließend wurde dieser induktive Ansatz aus den Sitzungen weiterverfolgt, in dem die Textstellen der Transkripte weiter mit einzelnen Codes versehen wurden.

Aufgrund von begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen des Dissertationsprojektes wurde in den multiprofessionellen Sitzungen auf Kernstellen fokussiert. Die restliche

1. Sitzung		
Profession	Funktion	Tochter in Zielgruppe
Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin, Arzt für Geriatrie	Direktor	ja
M.Sc. Sport- und Bewegungsgerontologie	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Schwerpunkt quantitative Forschung	nein
M.Sc. Health Administration	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	ja
M. Sc. Public Health	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	nein
Diplom-Sozialwissenschaftlerin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	ja
Medizinstudentin	Doktorandin	nein
2. Sitzung		
Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin, Arzt für Geriatrie	Direktor	ja
Facharzt für Allgemeinmedizin	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group	nein
Fachärztin für Allgemeinmedizin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	ja
Psychologische Psychotherapeutin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Leiterin des Forschungsschwerpunktes „Umgang mit Gesundsein und Kranksein im Alter“	ja
Diplom-Psychologin	Gesamtleiterin Forschung Leiterin des Forschungsschwerpunktes "Patient-Arzt-Kommunikation"	nein
M.A. Soziologie	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Schwerpunkt qualitative Forschung	nein
Medical Anthropologist	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Leiterin des Forschungsschwerpunktes „Familienmedizin“	nein
Medizinstudentin	Doktorandin	nein

Ausarbeitung erfolgte durch die Doktorandin. Im Kapitel Limitationen (4.6.) wird dazu Stellung genommen.

Tabelle 2: Teilnehmende der qualitativen multiprofessionellen Auswertungssitzungen

iii. Auswertungsprozess

Ist die Offenheit gegenüber dem Text zwar zentraler Punkt des Verfahrens, basiert es dennoch auf der Kombination mit deduktiven Bestandteilen wie der vorformulierten Forschungsfrage und gegenständlichen Analyse-Heuristiken.

So wurde die Bildung von Motiven auch von den in den Interviews gestellten zentralen Fragen (siehe Abschnitt 2.6.1.) beeinflusst (siehe Leitfaden: „Wie ist denn das bei Ihnen? Sprechen Sie mit Ihrer Tochter über Gesundheitsfragen?“)

Wichtig ist zu betonen, dass gegenständliche Analyse-Heuristiken als loser Interpretationsleitfaden behilflich sein können. Sie geben einen groben thematischen Rahmen, nicht jedoch den Inhalt vor.

Es wurde sich im Rahmen des Forschungsprojekts auf folgende gegenständliche Heuristiken konzentriert: Episteme; Begründungspflichtiges versus Selbstverständliches; soziale Regeln; Verbundenheit und Kollektivität versus Ablösung und Individualität.

Als methodische Analyse-Heuristiken spielten vor allem die Agency- und die Positionierungsanalyse eine zentrale Rolle. Diese Heuristiken werden als deduktive Prozesselemente verstanden, da eine rein induktive Herangehensweise niemals möglich ist. (65) Laut Lucius-Hoene und Deppermann bedeutet Agency, „[...] wie der Erzähler seine Handlungsmöglichkeiten und Handlungsinitiative in Hinblick auf die Ereignisse seines Lebens linguistisch konstruiert. Agency meint somit die kognitive Repräsentation der eigenen Handlungs- und Wirkmächtigkeit. Dies betrifft den Umgang mit der Frage, ob und in welchen Aspekten und Bereichen seines Lebens er sich als handelnde Person, als Zentrum der Geschehnisse seines Lebens, als Inhaber von Kontrollmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen erlebt, oder ob und hinsichtlich welcher Erfahrungen er sich von heteronomen Mächten dirigiert fühlt.“ (68)

Eine weitere methodische Analyse-Heuristik, die in der Auswertung angewendet wurde, ist die Positionierungsanalyse. Dabei wurde untersucht, wie sich die Interviewte in Bezug auf narrative Personen positioniert, welche Zuschreibungen vorgenommen wurden, welche subjektive Identität durch die Interviewte konstruiert wurde und auf welche Weise diese Elemente sprachlich zum Ausdruck kamen. Der Positionierungsanalyse kam eine Schlüsselrolle zu, da in den Interviews insbesondere Rollenzuschreibungen, -verteilungen und Funktionszuwächse beleuchtet wurden.

iv. Darstellung der Entwicklung der zentralen Motive

Zuerst wurden analog zum offenen Kodieren nach Corbin und Strauss der gesamte Interviewkorpus mit Codes versehen. Dabei wurde entweder in-vivo kodiert, d.h. Wörter, die im jeweiligen Abschnitt vorkamen, wurden zum Namen des Codes, oder es wurden erste interpretative Überschriften genutzt. In der ersten Analyserunde wurde sich jedoch darauf konzentriert, in vivo zu kodieren, um keine voreiligen Schlüsse zu ziehen. Die Codes wurden – auch in den multiprofessionellen Analysegruppen (siehe Abschnitt 2.6.2. ii.) - schrittweise entlang des Materials zu immer dichter werdenden Motiven konzentriert und bündelten sich am Ende des Prozesses in passagenübergreifenden ZM (siehe Abschnitt 2.6.2. i.).

Des Weiteren wurden entsprechend dem IB parallel sprachlich-kommunikative Phänomene analysiert und zusätzlich kodiert. Dafür wurden zwei getrennte Auswertungs-Projekte auf der Inhaltsanalyse-Software MAXQDA (Version 22 und 24) angelegt.

v. Gütekriterien der qualitativen Forschung

Im Unterschied zur quantitativen Forschung, die sich auf die etablierten, im Rahmen der statistischen Testtheorie entwickelten Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität stützt, existiert in der qualitativen Forschung zwar ein strenger Anspruch an die Verwendung von vergleichbaren Gütekriterien, aber weniger Einigkeit hinsichtlich der Auswahl geeigneter Bewertungskriterien.

Folgende qualitative Qualitätskriterien dienten dieser Forschungsarbeit als Orientierung. (69)

Ein zentrales Gütekriterium ist allen anderen voranzustellen – der Nutzen der Studie. Der Forschungsgegenstand soll von Relevanz sein und zur Wissensentwicklung beitragen. Das vorliegende Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, einen bislang in Deutschland unerforschten Bereich der familiären Kommunikation im Kontext der Krebsvorsorge zu untersuchen.

Ferner bildet die intra- und intersubjektive Nachvollziehbarkeit, d.h. ein „übereinstimmender Nachvollzug mehrerer Forschenden in Bezug auf einen Erkenntnisprozess“, ein wichtiges Kriterium. (62) Aus diesem Grund wurden alle Forschungsschritte (= Prozessualität) detailliert erklärt und dokumentiert, so dass auch Dritte die Forschung nachvollziehen und bewerten können. Die Auswertung wurde von der Doktorandin selbst mehrmals überprüft und reflektiert. Außerdem wurden neue Erkenntnisse mit wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Forschungsinstituts ifam sowie mit dem Betreuer besprochen. Durch die dialogische Analyse konnte somit ein weiterer Schritt der Datenüberprüfung stattfinden. Zusätzlich dienten die multiprofessionellen Analysegruppensitzungen als kollegiale, multiperspektivische Validierung.

Ein weiteres Gütekriterium, in Anlehnung an das Vorherige, ist die reflektierte Subjektivität. Subjektivität ist zwar immer „kontextabhängig, situational, narrativ oder interaktionell“ (62), aber nicht willkürlich. Reflexive Kritik und methodische Kontrolle des Forschungsprozesses, vor allem in Bezug auf die Problematik des Fremdverstehens, wurden in diesem Dissertationsvorhaben in jedem Schritt der Auswertung beachtet.

Die interne Validität in der qualitativen Forschung wird durch den Begriff der Konsistenzregel beschrieben. Auf der Ebene der Datenauswertung wurde daher darauf geachtet, dass die rekonstruktiven Analysen in allen Transkripten konsistent abgebildet wurden und die identifizierten Sinnfiguren nicht nur einmalig oder zufällig in einzelnen Textpassagen vorkamen.

Durch die Arbeit mit qualitativen und quantitativen Daten in einem Mixed-Methods-Design, die verschiedene Perspektiven ermöglichte, wurden zudem die Erkenntnismöglichkeiten erweitert. (69)

Relevant zu betonen ist, dass man in der qualitativen Methodik im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht von Repräsentativität, sondern von Repräsentation spricht. Jedes Interview stellt demnach eine authentische Repräsentation dar, die in der Analyse individuell und im Kontext ihrer spezifischen Bedeutung betrachtet wird. (69) Um die verschiedenen Wirklichkeitskonzepte und -konstruktionen der Zielpopulation (siehe Abschnitt 2.3.) möglichst breit und tief abzubilden, kommt dem Sampling (siehe Abschnitt 2.3.) daher eine zentrale Rolle zu.

2.7 Quantitative Teilstudie

In diesem Kapitel werden die einzelnen methodischen Schritte, die notwendig für die Entwicklung eines eigenen Fragebogens sind, detailliert beschrieben.

2.7.1 Methodik der Fragebogenentwicklung

Da bislang entsprechend meiner Recherche (siehe Abschnitt 2.5.) kein Fragebogen in deutscher oder englischer Sprache existiert, der sich mit der Erhebung von Daten zur Aufwärts-Kommunikation von Tochter zu Mutter als möglichem Faktor für eine erhöhte Inanspruchnahme der GKFU befasst, wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

Die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Frühjahr 2022 herausgegebene zweite Version der methodischen Grundlagen diene als Orientierung für die praktische Vorgehensweise der Fragebogenkonstruktion. (53)

Die Entwicklungsphasen zur Konstruktion eines Expert:innen-validierten, reliablen Fragebogens werden hier vereinfacht folgendermaßen aufgelistet. (53)

- a. Literaturrecherche und -analyse
- b. Fokusgruppen/Interviews
- c. Entwicklung der Qualitätsmerkmale
- d. Expert:innensitzungen und -beratung (/Diskussion)
- e. Item-Entwicklung
- f. Pre-Testung
- g. Umsetzung der Eignungskriterien.

Zusätzlich wurde eine Feld-Pilotierung des vorläufigen Fragebogens mit anschließender Auswertung der ausgefüllten Fragebögen durchgeführt.

Die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews aus der ersten Teilstudie wurden in den Entwicklungsprozess der Fragebogen-Items integriert. Für die Bildung der Items (Schritt e. nach IQTIQ) wurden die nach Pentzek et al. definierten Unterschritte als weitere Orientierungshilfe herangezogen: Festlegung der abzufragenden Motive aus den Interviews; Recherche bestehender Fragebögen; Konstruktion von Items; methodische Ausarbeitung der Items und Antwortskalen; Pretestung, Pilotierung und Revision des Erstentwurfs. (54)

2.7.2. Literaturrecherche und Analyse

Dieser Schritt (Schritt a. nach IQTIQ) wird bereits im Kapitel 2.5 beschrieben. Es fanden regelmäßig Besprechungen der Rechercheergebnisse mit dem Betreuer statt.

2.7.3 Interviews

Dieser Schritt (Schritt b. nach IQTIQ) wird ebenfalls ausführlich in Kapitel 2.6 erläutert. Es wurden qualitative Interviews anstelle von Fokusgruppen durchgeführt. Dadurch erhielten die einzelnen Interviewteilnehmerinnen zum einen mehr Raum für ihre persönlichen Aussagen, zum anderen war dies unter den gegebenen Ressourcen besser realisierbar (siehe Kapitel Limitationen (4.6.)).

2.7.4 Entwicklung der Qualitätsmerkmale

Unter Qualitätsmerkmalen versteht das IQTIG in Schritt c. die Bewertung der aus der Literaturrecherche und den Interviews gewonnenen Erkenntnisse. Diese stellen als konkrete Themenaspekte die Grundlage für die Konstruktion der Fragebogen-Items dar. Hierbei ist zu beachten, dass diese gewisse Eignungskriterien erfüllen. Es wird unter anderem auf die „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“, „den Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“, „das Potenzial zur Verbesserung“ sowie auch auf die „Beurteilbarkeit durch Patientinnen und Patienten“ geachtet. (53)

2.7.5 Expert:innenberatung zu den Qualitätsmerkmalen

Im Rahmen des Doktorandenkollegs des chs stellte ich die Ergebnisse der bisherigen Fragebogenentwicklung in Form einer Präsentation vor und besprach sie anschließend in einer Diskussionsrunde (Schritt d. nach IQTIQ). Etwa zwanzig multidisziplinäre

Wissenschaftler:innen, sowohl aus dem ifam als auch externe, nahmen teil und brachten ein breites Spektrum an Fachkompetenz ein. Die vom IQTIG empfohlenen Gruppen – wie Fachexpert:innen der Gesundheitsberufe, Vertreter:innen der Zielgruppe (Wissenschaftlerinnen mit einer Tochter älter als 15 Jahre) sowie Gesundheitsökonom:innen und Epidemiolog:innen – nahmen an der Diskussion teil. Die Vielfalt der Professionen stellte sicher, dass der Fragebogenentwurf aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und evaluiert wurde. Mit dem mündlichen Einverständnis der Teilnehmenden des Doktorandenseminars wurde die Diskussionsrunde mittels eines MP4-Aufnahmegeräts dokumentiert, um alle Anregungen und Kritikpunkte im Nachgang sorgfältig zu bearbeiten. Nach der Auswertung wurde die Tonaufnahme gelöscht. Außerdem wurden mögliche neue Items überlegt und die genaue Operationalisierung der Fragestellung diskutiert. Anregungen zur grafischen Darstellung des Fragebogens wurden auch gegeben.

Zu einem späteren Zeitpunkt der Fragebogenentwicklung, als alle Items bereits vorläufig abgebildet und ausgearbeitet waren, wurde ein weiteres Expert:innengremium des ifam einberufen. Dies bildete sich aus einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin mit dem Schwerpunkt quantitative Forschung, einem Facharzt für Allgemeinmedizin, einer Diplom-Psychologin, die die Leiterin des Forschungsschwerpunktes "Patient-Arzt-Kommunikation" ist, einer Master-Soziologin, einer Gesundheitsökonomin, einer psychologischen Psychotherapeutin sowie einer Medizin-Anthropologin. Dabei wurde darauf geachtet, dass alle der Expert:innen auch an den multiprofessionellen qualitativen Auswertungssitzungen der Interviewstudie (siehe Abschnitt 2.6.2. ii.) teilgenommen hatten. Dies stellte sicher, dass sich der Fragebogen möglichst nah an den Ergebnissen der Interview-Auswertung hielt und die Datenintegration überprüft werden konnte. Des Weiteren eigneten sich zwei der Forscherinnen auch gleichzeitig als Frauen der Zielgruppe und konnten somit ihre persönlichen Assoziationen als angesprochene Mütter beisteuern. Die in diesem Zusammenhang genannten Kritikpunkte umfassten das Wording mancher Items, das Layout sowie auch Formulierungen der einzelnen Fragesätze. Daraufhin wurde der Entwurf angepasst. Die Beschreibung der genauen Überarbeitung findet sich im folgenden Abschnitt.

2.7.6 Item-Entwicklung

Erste Ideen für Fragebogen-Items wurden bereits aus der Forschungsfrage und dem Ziel der Studie, wie in Kapitel 1.2. dargelegt, abgeleitet und grob skizziert.

Konstruktion der Items

Da keine thematisch passenden Fragebögen in der Literatur gefunden wurden (siehe Abschnitt 2.5.), konnten keine Items übernommen oder als Anregung verwendet werden. Deshalb wurden das Material der explorativen Interviews und die Analyse-Ergebnisse in die Gestaltung integriert (Schritt e. nach IQTIQ). Integrationsbeispiele aus dem qualitativen Datensatz stehen in Tabelle 3. Die Items wurden folglich neu konstruiert. Eine Ausnahme bildete das letzte Item zur Frage nach dem Bildungsgrad, welches an den „Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS“ des RKI (70) angelehnt ist und der Erhebung des höchsten erworbenen Schulabschlusses der Teilnehmerinnen diente.

Tabelle 3: Beispiele der Datenintegration auf Ebene der Datenanalyse in die Item-Konstruktion

Originalzitat aus den Interviews	Fragebogenitem
„Und also sie machen sich da arg Sorgen.“ (Transkript Interview Nr. 6, Pos. 99) „[...] dass sie vielleicht Angst hat, dass mir das auch widerfahren könnte.“ (Transkript Interview Nr. 1, Pos. 239)	„Mit meiner Tochter kann ich über meine gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen“
„Sie weiß, dass ich auf mich achte, aber sie weiß ähm / sie / sie ähm / Da glaube ich nicht, dass sie denkt, sie muss so ein bisschen ähm (-) noch so auf mich aufpassen“ (Transkript Interview Nr. 1, Pos. 237) „Sie hat auf mich aufgepasst. ‚Mama, brauchst du noch was?‘“ (Transkript Interview Nr. 3, Pos. 331)	„Meine Tochter hat die Rolle einer ‚Aufpasserin‘ In Bezug auf meine eigene Gesundheit.“
Nur meine Mutter, die hat da schon immer drauf geachtet, so regelmäßig zum Zahnarzt, regelmäßig zum Frauenarzt und so und das fand sie schon wichtig irgendwie (Transkript Interview Nr. 1, Pos. 117)	„Eigene Mutter hat als Vorbild gedient“
Wenn [Tochter] was gesagt hat, dann hat sie [Großmutter] gehört. „Nee, Oma, komm jetzt, zack, wir machen das jetzt.“ (Transkript Interview Nr. 4, Pos. 127)	„Meine Tochter hat ihrer Großmutter von sich aus einen Rat zu deren Gesundheit gegeben.“

Methodische Ausarbeitung der Items und Antwortskalen

Die Erhebung detaillierter Informationen bezüglich des Gesundheitsstatus der Studienteilnehmerinnen wurde bewusst nicht in die Item-Konstruktion eingebaut, da sie im Kontext der Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant waren.

Als Qualitätsmerkmal des zu erstellenden Fragebogens wurden die Items des Fragenkatalogs auf ihre Sinnhaftigkeit, ihre Formulierung sowie auf ihre jeweilige Antwortskalierung überprüft. Neben den im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Expert:innentreffen dienten die „10 Gebote der Fragebogenformulierung“ von Porst aus seiner Abhandlung „Question Wording – zur Formulierung von Fragebogen-Fragen“ aus dem Jahr 2000 als Quelle kritischer Reflexion. (71). Ein besonderes Augenmerk lag auf der einfachen Verständlichkeit der Frageformulierung. Daher wurde darauf geachtet, die Fragebogen-Items möglichst umgangssprachlich zu gestalten. So wurde beispielsweise aus dem Ausdruck „schon einmal“ in der ersten Frage „schon mal“. Des Weiteren spiegelt sich in der Ausformulierung der Fragen der Sprachtypus der interviewten Studienteilnehmerinnen aus der qualitativen Teilstudie wider. Es wurde versucht, so eng wie möglich an der „Sprach- und Lebenswelt“ der Zielgruppe zu bleiben. (54)

Aus dem gleichen Grund wurde bei der fünften Antwortmöglichkeit auf der Likert-Typ-Antwortskala bei der 6. und 7. Frage der Wortlaut „Weiß ich nicht“ gewählt, wie er von den Interviewteilnehmerinnen verwendet wurde, anstatt der formellen Antwort „Keine der Aussagen trifft auf mich zu“. So erhoffte man sich, dass alle Studienteilnehmerinnen die Antwortoptionen gleichermaßen auffassen würden. Zudem wurden die Fragen so kurz wie

möglich gehalten und Hypothesen innerhalb der Fragen vermieden. Doppelte Stimuli und Verneinungen wurden nicht verwendet, und auch auf die Gefahr der Verwendung von Suggestivfragen wurden geachtet. Es wurde nicht gezielt nach dem letzten Frauenarzttermin mit Vorsorgeuntersuchung gefragt, da anzunehmen ist, dass nicht alle der Frauen diese Information parat hatten (Recall-Bias). Dennoch wurde der Zeitraum von drei Jahren konkret in das Item bei Frage 1 aufgenommen, um einen eindeutigen zeitlichen Bezug zu schaffen. Es wurden ausschließlich disjunktive Antwortkategorien verwendet. Überdies wurden Folgefragen, die sich kontextuell aufeinander auswirken, gemeinsam im Expert:innengremium umformuliert, um Unklarheiten bei der späteren statistischen Auswertung vorzubeugen. Da bewusst keine Fachwörter Verwendung fanden, gab es keine unklaren Wörter zu erklären. Um das Verständnis zu erleichtern, wurde jedoch beschlossen, die GKFU in der ersten Frage in nachfolgenden Klammern zusätzlich mit dem Begriff „Zell-Abstrich“ zu definieren.

Für die Fragen, die sich auf Erfahrungen/Einstellungen der Teilnehmerinnen richteten, wurden gleichgepolte, sprachlich verankerte Vierer-Likert-Typ-Antwortskalen mit Ausweich-Option („Weiß ich nicht“) verwendet, die sich hierfür besonders eignen. (71)

Zusätzlich wurde am Layout des Fragebogens weitergearbeitet. Um die Anschaulichkeit zu verbessern, wurde Farbdruck verwendet, der jedoch neben Schwarz auf eine Farbe (blau) sowie einen roten Hinweis zum Wenden beschränkt wurde, um eine klare Struktur und Sachlichkeit zu wahren.

Der Einladungstext, der dem eigentlichen Fragebogen vorweg geht, wurde so kurz wie möglich gehalten. Ich entschied mich für die Ansprache in der ersten Person Singular, um möglichst viele Frauen persönlich zu erreichen („Liebe Patientin“). Auf den Begriff „Patientin“ wurde sich letztendlich geeinigt, da sich die Frauen der Zielgruppe allesamt im medizinischen Setting zum Zeitpunkt der Studienteilnahme befanden.

2.7.7 Pretests und Pilotierung

Kognitive Pretests

Die Testung des Fragebogenentwurfes (Schritt f. nach IQTIQ) ist ein unabdingbarer Bestandteil der Entwicklungsphase. Sie liefert bedeutsame Hinweise zur Funktionsfähigkeit bzw. Funktionslosigkeit der Items bzw. des Fragebogens insgesamt und ist die Voraussetzung für hohe Datenqualität bei der späteren Auswertung. Pretests dienen nicht nur zur Prüfung der „inhaltlichen Verständlichkeit der Fragen“, sondern in gleichem Maße zur „Exploration von Interesse und Aufmerksamkeit der Befragten“ und der „Ermittlung der Zeitdauer der Beantwortung des Fragebogens“ (53). Dabei spielen die kognitiven Prozesse der teilnehmenden Person beim Ausfüllen des Fragebogens eine wichtige Rolle.

Um diese zu ergründen, führte die Doktorandin drei kognitive Interviews mit Frauen aus der Zielgruppe durch. Diese wurden mit einem MP4-Aufnahmegerät aufgezeichnet. Anschließend wurde jedes Interview protokolliert. Dabei fanden diverse Techniken Anwendung. Das jeweilige Interview begann mit der Aufforderung, den Fragebogen während des Ausfüllens laut vorzulesen, eine Methode, die als „Think Aloud“ oder lautes Denken bekannt ist. (72) Im Anschluss wurden der Testperson Fragen zu Unklarheiten oder Schwierigkeiten, die sich bereits beim lauten Denken ankündigten, gestellt. Diese Nachfragetechnik (Probing) hat eine bewährte Bedeutung in der Sozialforschung und verfolgt zum einen das Ziel, das allgemeine Verständnis des Fragebogens zu ermitteln (General Probing), und zum anderen, herauszufinden, wie die Testperson einzelne Items aufgefasst hat (Comprehension Probing). Ferner konnten Probleme bei der Anwendung der Antwortauswahlmöglichkeiten identifiziert

werden, indem gezielt gefragt wurde, weshalb die Testperson sich für die ausgewählte Antwortmöglichkeit entschieden hat (Category Selection Probing). (73) Zum Abschluss hatte die jeweilige Testperson die Möglichkeit, ihre Meinung über den Aufbau, das Layout und den allgemeinen Charakter des Fragebogens mitzuteilen.

In Tabelle 4 sieht man einen Überblick über die jeweiligen Schwierigkeiten bzw. Unklarheiten bei der Beantwortung durch die Testpersonen der Zielgruppe. In der danebenstehenden Spalte ist die Verbesserung im Fragebogenentwurf aufgelistet.

Tabelle 4: Unklarheiten bei den Pretests

Testperson	Unklarheit/Problem	Behebung
1. Mutter (52) Tochter (27)	Der Vermerk, den Papierbogen zu wenden, wurde nicht direkt gesehen	Farbwechsel, größere Schrift
2. Mutter (58) Tochter (26)	Unklarheit, dass die Rückseite des Fragebogens auf allgemeine Gesundheitssituationen bezogen ist und nicht speziell auf die GKFU	Hinzufügen des Satzes „Jetzt geht es ganz <u>allgemein</u> um das miteinander Reden von Tochter zu Mutter in Bezug auf Gesundheit.“
3. Mutter (51) Tochter (25)	Unklarheit, was mit GKFU gemeint ist (1. Frage)	Hinzufügen von „Zell-Abstrich“ in Klammern

Die Zeit während der Fragebogenbearbeitung wurde gestoppt, um eine erste Einschätzung der Bearbeitungsdauer des endgültigen Entwurfs zu erhalten. Der Durchschnitt der drei Durchläufe lag bei etwa fünf Minuten.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Pretests wurden in einer weiteren Ausarbeitungssitzung in die Überarbeitung einbezogen und der Fragebogen schließlich ein weiteres Mal von Mitarbeitenden des ifam überprüft.

Das finale Fragebogeninstrument bestand aus zwei Seiten, doppelseitig in Farbe bedruckt, mit 11 Items (siehe Anhang Abschnitt 6.6). Tabelle 5 gibt einen Überblick über den jeweiligen Antwortmodus der Fragen.

Tabelle 5: Übersicht der einzelnen Fragearten

Frage	Antwortmodus
1.	Geschlossen, nominal
2.	Geschlossen, nominal
3.	Likert-Typ, Rang-skaliert
4.	Mehrfachauswahl, nominal, Freitext-Option
5.	Mehrfachauswahl, nominal
6.	Likert-Typ, Rang-skaliert
7.	Likert-Typ, Rang-skaliert
8.	Freitext Altersangabe
9.	Freitext Altersangabe
10.	Einfachauswahl, angelehnt an den Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS des RKI (14)
11.	Geschlossen, nominal

Pilotierung

Nach der finalen Überarbeitung des Fragebogens wurde dieser im Feld pilotiert. Dazu wurden zehn Fragebögen in allgemeinmedizinischen Praxen an Frauen der Zielgruppe, die freiwillig einwilligten teilzunehmen, persönlich ausgehändigt. Es wurden anonyme Bedingungen geschaffen, in dem die Frauen ungestört, d.h. ohne Anwesenheit der Doktorandin, im Wartezimmer den Fragebogen vollständig ausfüllen und diesen daraufhin in eine blickdichte Sammelbox bei der Anmeldung der Praxis einwerfen konnten.

Die Pilotierungsphase betrug fünf Tage und konnte in zwei akademischen Lehrarztpraxen der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf stattfinden. Die Unterstützung und Erlaubnis von Seiten der Praxis wurde per E-Mail und durch ein persönliches Gespräch vorab eingeholt. Zur begrenzten Anzahl an Fragebogen während der Pilotierung wird im Abschnitt Limitationen (4.6.) Stellung genommen. Die Auswertung der im Rahmen der Pilotierung ausgefüllten Fragebogen ergab, dass es zu keinen systematischen Fehlern kam, die in der Unverständlichkeit des Fragebogens begründet hätten sein können. Alle zehn Fragebögen wurden korrekt ausgefüllt und wiesen keine Unstimmigkeiten auf, so dass sich dazu entschlossen wurde, diese zur Hauptauswertung zu zählen.

2.7.8 Umsetzung der Eignungskriterien

Die Objektivität der Messung konnte im Sinne der Durchführungsobjektivität sichergestellt werden, indem jede Studienteilnehmerin ihren Bogen anonym und ungestört ausfüllen konnte. Dafür wurden Klemmbretter, die die Teilnehmerinnen zu ihrem Wartezimmerstuhl mitnehmen konnten, sowie eine blickdichte Sammelbox zum Einwerfen bereitgestellt. Außerdem war zu keiner Zeit dieses Prozesses eine Studienperson anwesend. Die Auswertungs- und

Interpretationsobjektivität wurde durch standardisierte Auswertungskonzepte des Statistikprogramms SPSS gewährleistet.

Bei medizinischen Befragungen sind darüber hinaus die sogenannten Nebengütekriterien von Bedeutung. (74) Die Testökonomie beschreibt hierbei das Verhältnis von Nutzen zu Durchführungszeit, Materialverbrauch und einfacher Handhabbarkeit. Es wurde darauf geachtet, einen möglichst kurzen Fragebogen zu entwerfen, der auf einer Doppelseite gedruckt wurde, um Ausfüllfehler durch den Verlust eines zweiten Blattes zu vermeiden und den Verbrauch von Papierressourcen im Sinne des Umweltschutzes zu minimieren. Zudem wurde angenommen, dass der Bearbeitungszeitraum von fünf Minuten den zeitlichen Ressourcen der Befragten entgegenkam, insbesondere im Hinblick auf das ambulante Wartezimmer bzw. innerklinische Patientenzimmer, da zu erwarten ist, dass man dort deutlich länger verweilt.

Die Nützlichkeit als weiteres Nebenkriterium wird nach Döring und Bortz erfüllt, wenn der Test „ein für Praxis und/oder Forschung relevantes Merkmal misst, für das bislang überhaupt kein Test oder nur ein Test mit beschränkter Testgüte vorlag.“ (74) Diesbezüglich wurde bereits in der Einleitung erörtert, dass es zum Gegenstand dieses Forschungsprojekts bislang keine Untersuchungen in Deutschland gab und der erstellte Fragebogen somit das erste entwickelte Messinstrument zur Beantwortung der Forschungsfrage darstellt.

Nicht zuletzt spielt die Zumutbarkeit eine bedeutende Rolle. Aufgrund der relativ kurzen Bearbeitungsdauer von etwa fünf Minuten, dem Fragenumfang von elf Fragen und den Erfahrungen aus Pretests und Pilotierung war vorab davon auszugehen, dass die Umfrage allgemein zumutbar war. Schritt g. nach IQTIQ wurde damit erfüllt.

2.8 Ethikantrag und Datenschutz

Der Ethikantrag wurde im November 2022 bei der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der HHU Düsseldorf eingereicht und im März 2023 endgültig positiv begutachtet. Die Studiennummer lautet 2022-2209.

Für den Ethikantrag und für das Graduiertenzentrum der Medizinischen Fakultät der HHU wurden ein Studienprotokoll erstellt und die Einwilligungserklärungen zur Interview-Teilnahme und zum Datenschutz sowie der Entwurf des Interview-Leitfadens und ein Vorabentwurf des Fragebogens eingereicht. Des Weiteren wurde ein Anschreiben an die Patientinnen im Rahmen der qualitativen Interviews, der Pilotierung und der quantitativen Studie der befragten Patientinnen ausgearbeitet und eingereicht.

Durch die Vorlegung der Einwilligungserklärung zum Datenschutz wurden die Studienteilnehmerinnen darüber aufgeklärt, dass sie ihre Einwilligung für die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung ihrer Daten jederzeit widerrufen konnten. Bei einem Widerruf vor der Anonymisierung der Daten wären diese unverzüglich gelöscht worden.

Die Studienteilnehmerinnen wurden darüber informiert, dass die Audiodateien nach Erstellen der Transkripte unverzüglich gelöscht wurden. Ferner gaben sie ihr Einverständnis, dass das verschriftliche Material innerhalb einer Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren auch für weitere Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten Fragestellung ein zweites Mal genutzt werden darf (sogenannte Sekundäranalyse). Danach werden die studienbedingten Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche oder satzungsgemäße Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Sie willigten zudem ein, dass das anonymisierte Material für Publikationszwecke (z.B. Vorträge oder Veröffentlichungen) verwendet werden darf.

Die Studienteilnehmerinnen darüber informiert, dass das Ausfüllen des Fragebogens freiwillig ist und jederzeit abgebrochen werden kann.

2.9 Datenerhebung und -management

Die Durchführung der qualitativen Interviews erfolgte im Zeitraum April bis Mai 2023. Details der Datenerhebung sind in Abschnitt 2.4. dargestellt. Die Daten der professionell angefertigten Transkripte wurden zur weiteren Bearbeitung von der Doktorandin manuell in das qualitative Datenverarbeitungsprogramm MAXQDA (Version 22 und 24) eingegeben.

Die Fragebogenerhebung erfolgte im Zeitraum Juni bis November 2023 (Details siehe Abschnitt 2.4.). Die Daten aus den ausgefüllten Fragebögen wurden von der Doktorandin anschließend einzeln manuell in eine angelegte IBM SPSS Statistics-Datenbank-Matrix eingetragen. Um sicherzustellen, keine Eingabefehler begangen zu haben, wurden als Qualitätscheck zehn Prozent der Daten von einer zweiten Person des ifam überprüft. Bei diesem Kontrollschritt konnten weder systematische noch einzelne Eingabefehler identifiziert werden. In Folge dessen erfolgte keine Kontrolle der gesamten Datenmenge.

2.10 Datenauswertung

2.10.1 Datenauswertung der qualitativen Teilstudie

Die Auswertung der Daten aus der Interviewstudie erfolgte mittels des qualitativen Datenverarbeitungsprogramms MAXQDA (Version 22 und 24).

Wichtig zu betonen ist hierbei, dass das elektronische Software-Programm nicht die eigentliche Auswertung übernahm, sondern lediglich bei der Organisation und Strukturierung des qualitativen Datenkorpus half. Dazu formuliert Kruse zutreffend: „Analysesoftware analysiert nicht – sie ist lediglich ein arbeitsorganisatorisches Hilfsmittel“ (62). Die Transkripte wurden in dem Programm hochgeladen und anschließend mittels der Markierungs-Tools bearbeitet. Als Auswertemethodik wurde wie in Abschnitt 2.6.2. i. dargestellt das IB nach Kruse verwendet.

2.10.2 Datenauswertung der quantitativen Teilstudie

Die statistische Auswertung der Daten der quantitativen Teilstudie wurde mittels des Softwareprogramms IBM SPSS Statistics vorgenommen. Zur Anwendung kamen deskriptive und explorative statistische Verfahren.

Vor Beginn der statistischen Analyse fand ein Institut-internes Training für das Softwareprogramm statt, bei dem wichtiges Anwendungswissen vermittelt wurde. Des Weiteren wurde gemeinsam mit einer statistischen Beraterin des ifam, vor Durchführung der Auswertung, ein Auswertungsprotokoll (siehe Tabelle 6) festgelegt und in der Folge eingehalten (nicht vorab publiziert). Die Auswertung durch die Doktorandin wurde engmaschig mit der statistischen Beraterin des Instituts besprochen. Da es sich um eine Datenerhebung im Rahmen eines Promotionsvorhabens mit zeitlichen und methodischen Einschränkungen handelt, ist auf die begrenzte Belastbarkeit der Ergebnisse der quantitativen Teilstudie hinzuweisen (siehe Abschnitt Limitationen (4.6.)). Sämtliche statistischen Testverfahren sind als explorativ zu betrachten.

Folgend werden die statistischen Verfahren auf die einzelnen Fragen aufgegliedert.

i. Profil der Studienpopulation

In einem ersten Schritt wurde mithilfe einer deskriptiven Berechnung von Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen ein Profil der Studienpopulation ermittelt.

Dazu gehörten das Alter der Mütter und Töchter sowie der jeweilige Bildungsgrad der Mutter und Vorhandensein eines Migrationshintergrunds.

ii. Inanspruchnahme der GKFU

Mittels einfacher Bestimmung von Häufigkeiten wurde die Inanspruchnahme der GKFU der Probandinnen ausgewertet. Dabei wurden die Antwortmöglichkeiten in „Ja“ (Zeitraum letzten drei Jahre), „Ja“ (vor mehr als drei Jahren) und „Nein“ aufgegliedert.

iii. Tochter-Mutter-Gespräch über GKFU

Anhand einer einfachen deskriptiven Bestimmung der Häufigkeiten wurde ebenfalls ausgewertet, ob und wie viele der teilnehmenden Frauen vor der Vorsorgeuntersuchung ein Gespräch mit ihrer Tochter über dieses Thema führten.

iv. Einfluss des Gesprächs

Die Antwortmöglichkeiten wurden mittels Likert-Typ- Antwortskala erfasst und durch einfache Häufigkeitsbestimmung ausgewertet. Außerdem wurde die Skala durch Umcodieren in neue Variablen dichotomisiert. So entstanden aus „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“; „Trifft eher nicht zu“ und „Trifft überhaupt nicht zu“ letztendlich zwei Ausprägungen: Einfluss „ja“ vs. Einfluss „nein“. Die Antwortmöglichkeit „Ich habe nicht mit meiner Tochter darüber gesprochen“ wurde unverändert beibehalten.

v. Allgemeine Einflussfaktoren für Inanspruchnahme der GKFU

Bei der vierten Frage wurden den Teilnehmerinnen mehrere Auswahlmöglichkeiten sowie die Möglichkeit des Verfassens einer Freitext-Antwort gegeben. Mehrfachantworten waren erlaubt. Falls eine Frau in den vorherigen Fragen schon angekreuzt hatte, dass sie die Vorsorge nicht wahrnimmt, hatte sie auch hier die Chance dies unter „Ich gehe nicht zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge“ zu kennzeichnen.

Die Auswertung erfolgte unter Beschreibung einfacher Häufigkeiten mit jeweiliger Angabe eines 95%igen-Kovidenzintervalls. Die Freitext-Antworten wurden ebenfalls im Ergebniskapitel aufgelistet.

vi. Situationen Tochter-Mutter Fürsorge

Die fünfte Frage diente der Erfassung von Situationen in Bezug auf alltägliche Hilfestellung/Fürsorglichkeit der Tochter im Bereich Gesundheit. Die Auswertung erfolgte unter Beschreibung einfacher Häufigkeiten mit jeweiliger Angabe eines 95%igen-Kovidenzintervalls. Auch hier waren Mehrfachantworten erlaubt.

vii. Tochter als „Aufpasserin“

Die Antwortmöglichkeiten wurden mittels Likert-Typ-Antwortskala erfasst und durch einfache Häufigkeitsbestimmung ausgewertet.

Auch hier wurden die einzelnen Ausprägungen des Likert-Typ aus Gründen der Übersichtlichkeit bei einer kleinen Stichprobe dichotomisiert in „Trifft zu“ und „Trifft nicht zu“.

viii. Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar

Analog zu Frage sieben wurden auch hier die Antwortmöglichkeiten mittels Likert-Typ-Antwortskala erfasst und durch einfache Häufigkeitsbestimmung ausgewertet. Die einzelnen Ausprägungen des Likert-Typ wurden aufgrund der Übersichtlichkeit der kleinen Stichprobe dichotomisiert in „Trifft zu“ und „Trifft nicht zu“.

ix. Primäre Forschungsfrage: Das Tochter-Mutter-Gespräch und Einfluss auf die Inanspruchnahme der GKFU

Erkennt man bei Müttern ab dem 40. Lebensjahr, die eine Tochter im Alter von 15 Jahren oder älter haben, einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der GKFU durch das Gespräch mit der Tochter, wenn die Tochter mit ihnen darüber gesprochen hat, bevor sie ihre Entscheidung trafen?

Mithilfe der Kreuztabellen und des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson lässt sich untersuchen, ob Mütter, die vor der Entscheidung, ob sie an der GKFU teilnehmen, mit ihren Töchtern gesprochen haben, eher zur Vorsorge gegangen sind als diejenigen, die kein Gespräch geführt haben.

Es lassen sich somit vier Subgruppen bestimmen. 1. Gespräch vor Entscheidung - Screening wahrgenommen, 2. Gespräch vor Entscheidung - Screening nicht wahrgenommen, 3. Kein Gespräch vor Entscheidung – Screening wahrgenommen, 4. Kein Gespräch vor Entscheidung – Screening nicht wahrgenommen. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist hierbei, ob ein Gespräch mit der Tochter davor stattgefunden hat oder nicht.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson überprüft laut Definition von Bühls „SPSS - Einführung in die moderne Datenanalyse“ die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle und damit den Zusammenhang der beiden Merkmale. Signifikanz wurde definiert, wenn der angegebene p-Wert $<0,05$ (Alpha-Fehler) war. (75)

x. Sekundäre Forschungsfragen

- a) Gibt es eine Assoziation zwischen dem Alter und einem stattgefundenen Gespräch mit der Tochter über die GKFU?
- b) Gibt es eine Assoziation zwischen dem Bildungsgrad und einem stattgefundenen Gespräch mit der Tochter über die GKFU?
- c) Gibt es eine Assoziation zwischen Migrationshintergrund und einem stattgefundenen Gespräch mit der Tochter über die GKFU?
- d) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen zu können und denjenigen, die der Meinung sind, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst habe?
- e) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, dass sie mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen können und der Angabe, dass sie über die GKFU gesprochen haben?

- f) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, ihre Tochter nehme eine Rolle der „Aufpasserin“ in Bezug auf ihre eigene Gesundheit ein und der Angabe, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst habe?

Mittels den Zusammenhangsanalysen (Chi-Quadrat-Tests) wird aufgezeigt, ob es hinsichtlich des Alters der Mütter einen Unterschied zwischen jüngeren und älteren Müttern gibt. Jüngere Mütter wurden definiert als unter bis 55 Jahre, ältere Mütter ab 56 Jahre. Es wurde sich hierfür eine Dichotomisierung der Alterskategorien aufgrund des verhältnismäßig kleinen Datensatzes entschieden. Im Abschnitt Limitationen (4.6.) wird hierzu Stellung genommen.

Des Weiteren kann aufgezeigt werden, ob es hinsichtlich des Bildungsgrades der Mütter einen Unterschied zwischen Frauen mit höherem und niedrigerem Schulabschluss gibt. Ein hoher Bildungsgrad wurde definiert als Abitur/Allgemeine Hochschulreife und Fachhochschulreife. Die Definition eines niedrigeren Bildungsabschlusses in dieser Forschungsarbeit umfasst keinen, Hauptschul- und Realschulabschluss. Es wurde sich auch hier für eine Dichotomisierung der Kategorien entschieden, siehe Abschnitt Limitationen (4.6.).

Um zu sehen, ob zwischen denjenigen Müttern, die angaben, mit ihren Töchtern über gesundheitliche Sorgen und Ängste sprechen zu können, ein statistischer Zusammenhang zu denjenigen, die vor der GKFU mit ihrer Tochter sprachen, zu sehen ist, wurde wiederum eine Subgruppenanalyse mittels Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Um die vier Ausprägungen der Likert-Skala zu dichotomisieren erfolgte zunächst das Umcodieren in andere Variablen über SPSS. Dabei wurden „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ umcodiert zu „Trifft zu“. Analog dazu wurden „Trifft eher nicht zu“ und „Trifft überhaupt nicht zu“ zusammengefasst zu „Trifft nicht zu“.

Auch hier wurde Signifikanz definiert, wenn der angegebene p-Wert $<0,05$ (Alpha-Fehler) war. Es wurde wegen des explorativen Charakters der Arbeit nicht für multiples Testen adjustiert.

Tabelle 6: Statistisches Auswertungsprotokoll

Fragen	Fragestellung	Statistisches Verfahren
	1. Charakteristika der Studienpopulation	
F8	Wie ist die Altersverteilung der Mütter?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
F9	Wie ist die Altersverteilung der Töchter?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
F8 F9	Wie ist der durchschnittliche Altersunterschied zwischen Mutter und Tochter?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
F10	Wie ist die Verteilung des Bildungsgrades?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
F11	Wie ist die Verteilung des nicht/vorhandenen Migrationshintergrundes?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
	2. Inanspruchnahme der Vorsorge	
F1	Wie ist die Verteilung der Probandinnen?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
	3. Tochter-Mutter-Gespräch über GKFU	
F2	Hat ein Gespräch stattgefunden?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
	4. Einfluss des Gesprächs	
F3	Wie ist die Verteilung der Probandinnen entlang der Likert-Skala?	Dichotomisierung der Antwortskala und deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
	5. Allgemeine Einflussfaktoren für Inanspruchnahme der GKFU	
F4	Welche Faktoren wurden ausgewählt? Wurden bei der Fragebogenentwicklung wichtige inhaltliche Aspekte ausgelassen?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten mit Angabe von 95%igen Konfidenzintervallen, Auflistung der Freitexteingaben
	6. Situationen Tochter-Mutter Fürsorge	
F5	Welche Situationen wurden ausgewählt?	Deskriptive Berechnung von Häufigkeiten mit Angabe von 95%igen Konfidenzintervallen
	7. Tochter als „Aufpasserin“	
F6	Wie ist die Verteilung der Antworten entlang der Likert-Skala?	Dichotomisierung der Antwortskala und deskriptive Berechnung von Häufigkeiten

Tabelle 6: Fortsetzung Statistisches Auswertungsprotokoll

Fragen	Fragestellung	Statistisches Verfahren
	8. Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar	
F7	Wie ist die Verteilung der Antworten entlang der Likert-Skala?	Dichotomisierung der Antwortskala und deskriptive Berechnung von Häufigkeiten
	9. Primäre Forschungsfrage: Tochter-Mutter-Gespräch und Einfluss auf die Vorsorge Inanspruchnahme	
F2 mit F3	Erkennt man bei Müttern einen Einfluss auf die Inanspruchnahme die GKFU, wenn sie, bevor sie sich dazu entschieden haben, mit ihrer Tochter darüber gesprochen hatten?	Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests nach Pearson
	10. Sekundäre Forschungsfragen: Einflussfaktoren	
F3 mit F8	a) Gibt es eine Assoziation zwischen Alter und einem stattgefundenen Gespräch?	Dichotomisierung der Antwortskala, Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test nach Pearson
F3 mit F10	b) Gibt es eine Assoziation zwischen dem Bildungsgrad und einem stattgefundenen Gespräch?	Dichotomisierung der Antwortskala, Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test nach Pearson
F3 mit F11	c) Gibt es eine Assoziation zwischen Migrationshintergrund und einem stattgefundenen Gespräch?	Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test nach Pearson
F7 mit F3	d) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen zu können und denjenigen, die der Meinung sind, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst habe?	Dichotomisierung der Antwortskala, Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests nach Pearson
F7 mit F2	e) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, dass sie mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen können und der Angabe, dass sie über die GKFU gesprochen haben?	Dichotomisierung der Antwortskala, Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests nach Pearson
F6 mit F3	f) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, ihre Tochter nehme eine Rolle der „Aufpasserin“ in Bezug auf ihre eigene Gesundheit ein und der Angabe, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst habe?	Dichotomisierung der Antwortskala, Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests nach Pearson

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse qualitative Teilstudie

Die Interviews dienen als Eröffnung des für die Dissertationsschrift gewählten Forschungsfeldes und umfassen neben der konkreten Forschungsfrage auch allgemeinere Themenfelder, um einen realistischen Einblick in die Lebenswelt und die Motive der Interviewten zu gewährleisten.

3.1.1 Demographische Merkmale

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde versucht eine möglichst weite Altersspanne zu berücksichtigen. Die älteste Befragte war zum Zeitpunkt des Interviews 76 Jahre alt. Die jüngste Mutter nahm mit 36 Jahren am Interview teil. Damit liegt sie vier Jahre unter dem im Einschlusskriterium festgelegten Alter. Da sie jedoch bereits eine 15-jährige Tochter hatte, entschied man sich, sie trotzdem zu interviewen. Eine ausführlichere Begründung findet sich im Abschnitt Limitationen (4.6.). Der Altersdurchschnitt der Mütter lag somit bei 57 Jahren. Das Alter der Teilnehmerinnen erstreckte sich über eine Altersspanne von 40 Jahren und erfüllte somit die gewünschte Breite.

Drei der Mütter verfügten über einen Hauptschulabschluss, während vier von ihnen einen Realschulabschluss erworben hatten. Eine Mutter hatte keinen allgemeinen Schulabschluss und eine weitere Frau hatte das Abitur abgelegt.

Zwei der insgesamt neun interviewten Frauen wiesen einen Migrationshintergrund auf. Eine Familie stammte gebürtig aus Mazedonien, eine andere aus der Türkei. Sieben der Frauen und deren Familien waren in Deutschland geboren. Dabei stammten alle aus dem Umkreis Düsseldorf (siehe Tabelle 7).

Die gewünschte Verteilungsbreite der soziodemographischen Merkmale im Sampling (siehe Abschnitt 2.3.) war somit gegeben.

Tabelle 7: Demographische Merkmale der Interviewpartnerinnen

Interview-partnerin	Alter [Alter der Tochter]		Bildungsabschluss	Migrations-hintergrund
1.	65	[41]	Hauptschulabschluss	nein
2.	52	[26]	Realschulabschluss	nein
3.	42	[15]	Hauptschulabschluss	ja
4.	64	[32]	Realschulabschluss	nein
5.	76	[55]	Kein Schulabschluss	nein
6.	52	[25]	Hauptschulabschluss	nein
7.	36	[15]	Realschulabschluss	ja
8.	51	[23]	Abitur	nein
9.	73	[48]	Realschulabschluss	nein

3.1.2 Ergebnisse der inhaltlichen und sprachlichen Analysen

Die folgende Darstellung der Interview-Analysen mit der Methode des Integrativen Basisverfahrens (IB) nach Kruse (62) geschah auf inhaltlicher und sprachlicher Ebene, wie bereits im Methodenteil (siehe Abschnitt 2.6.2. i.) erläutert wurde. Um das erhobene Datenmaterial so genau wie möglich darzulegen und die Arbeit dicht am Text zu verdeutlichen, wurden im Anschluss alle Interviewanalysen sukzessiv präsentiert.

Es handelte sich um subjektive Erklärungsansätze (interpretatives Paradigma), die durch den Input der multiprofessionellen Analysegruppensitzungen aus unterschiedlichen Perspektiven

beleuchtet wurden. Es wurde herausgearbeitet, wie und weshalb die interviewten Mütter sich in ihrem sozialen Kontext verhielten und inwiefern bzw. ob sie die Hilfe der Tochter zuließen.

Im ersten Durchlauf kam ich inhaltsanalytisch auf 3.149 inhaltliche Codes. Der gesamte Code-Baum befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Abschnitt 6.7). Abbildung 3 zeigt die zentralen Motive mit der jeweiligen Verteilung der Codes. Tabelle 8 zeigt die zentralen Motive, Motive, Konzepte und in-vivo-Codes mit Ankerbeispielen aus dem Datenkorpus.

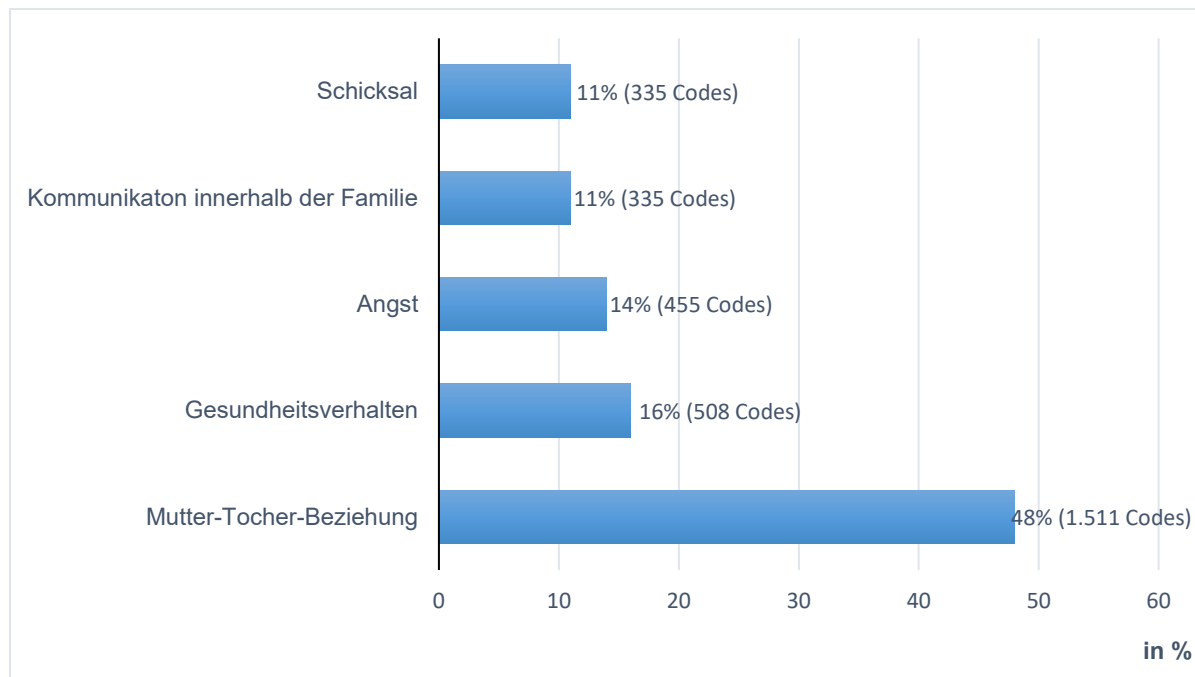


Abbildung 3: Anteil der in-vivo-Codes in den zentralen Motiven

Tabelle 8: Übersicht der inhaltlichen Motive mit Ankerbeispielen aus dem Datenkorpus

Zentrales Motiv	Motive	Konzepte	in-vivo Codes/Muster	Ankerbeispiele aus dem Datenkorpus
Mutter-Tochter-Beziehung	Fürsorge, Dominanz, Funktionszuschreibung, -erwartung und -wechsel; Verantwortung, Abhängigkeit, wir-Einheit	Tochter pusht, Mutter als Ärztin, Nähe zur Mutter, Wunsch nicht belasten zu wollen,	„aufmerksam“, „zu hartnäckig“, „Halt geben“, „liebevoll“, „Zwingen“, „Überzeugungsarbeit“, „nicht in Ordnung“, „gegen Widerstand“	„Ja, sie sagt dann schon mal: „Mama, also so geht das nicht, du musst hin. Du musst das machen lassen. [lacht] Da sind dann die Rollen getauscht [lacht].“ (Transkript Interview Nr. 4, Pos. 99-102)
Gesundheitsverhalten	Gesundheitskompetenz, Umgang mit Krankheit, Vorbildfunktion, Sorge, Erziehung, Arztbild, Zugang bzw. Umgang mit Gesundheitssystem, Informationsaustausch, Früher/heute, Aufklärung	Haltung zu Vorsorgeuntersuchungen, Einfluss durch Vorwissen, Austausch, Gynäkologie	„nicht als erstes zum Arzt rennen“, „keine Arztgänger“, „Hemmschwelle“	„Und Krebsvorsorge oder insgesamt Vorsorge ist natürlich immer ein Thema. Das fängt ja schon an in frühen Kindheitszeiten mit der zahnmäßigen Vorsorge“ (Transkript Interview Nr. 8, Pos. 35) „Ja, und dann wird natürlich auch mal darüber gesprochen. Und dadurch, dass wir so viel sehen, so viel hören, sind wir immer etwas vorsichtig und gehen eigentlich frühzeitig.“ (Transkript Interview Nr. 5, Pos. 63)
Kommunikation innerhalb der Familie	Mit Partner:in, Enkeln, mehrgenerational, offen/verschlossen, früher/heute, Gender,	Einfluss von Partner/Enkel/Geschwister,	„immer Wahrheit sagen“, „wenn mein Papa nicht zu mir so	„Mein Mann, der hat: Ach ja, muss man mal irgendwann machen. Und dann hat die Tochter und der Sohn, muss ich dazu sagen, die haben beide dann

	Distanz/Nähe, Religion, Norm	Problembehandlung, zuhören	war“, „richtig offen besprechen“	ganz schlimm / Nee, es muss mal wieder eine Darmspiegelung gemacht werden.“ (Transkript Interview Nr. 5, Pos. 65)
Angst	Tod/Krebs, Unsicherheit, Sterben, Scham, Körper, Schuld, Coping mit Angst	Zukunftsangst, Angstübertragung, Angstüberwindung, Präsenz der Angst, Angst vor Konfrontation, Angst vor Medikamenten	„auf mich aufpassen“, „ohne jetzt böse Angst zu haben“, „in Angst versetzt“, „Schockdiagnose“	„Ich war ja, ich musste ja und hatte also auch wirklich Angst, weil es war wirklich so ein / so ein Schlag ins Gesicht, den ich bekommen habe, und weil ich war gar nicht überhaupt auf eine Diagnose vorbereitet, also es war alles okay und Vorbild ist gut, alles okay, Kind ist auch beim Frauenarzt gewesen und ähm (-) ja. Dass es dann [räuspert sich] so endete, war gar keinem bewusst und ähm ich glaube, dass die Kinder da auch ihre Erfahrung draus gezogen haben, dass / dass so was schnell gehen kann und unerwartet sein kann.“ (Transkript Interview Nr. 6, Pos. 145)
Schicksal	Fatalismus, Aktivität vs. Passivität, Verantwortung, Glück/Unglück, Gott	Zwang, Widerstand, Hoffnung, Hilfe, Kontrolle, Selbstständigkeit, Verantwortung, Abgabe der Verantwortung, Macht, schnelles Handeln, Fernhalten, Ungewissheit	„Ja, dann ist es halt irgendwann so“, „Um Gottes Willen“, „...und eigentlich ich das Opfer“	„Aber Gott sei Dank, toi, toi, ist es auch nicht an dem [lacht].“ (Transkript Interview Nr. 4, Pos. 31) „Und ich hab gesagt: ‚Ja, klar, das geht auf keinen Fall, das kannst du nicht lange rausschieben, so schnell wie möglich und dann gucken, was man gesundheitlich noch zusätzlich dazu machen kann.‘“ (Transkript Interview Nr. 2, Pos. 77) „Irgendwann ist es auch nicht mehr so schlimm, wenn man stirbt. Also so in dem Alter jetzt, also so Anfang 20: Um Gottes willen! Hab ich gedacht: Oh, ich hab noch das und das und das vor und dies und dies“ (Transkript Interview Nr. 1: 251)

3.1.3 Interviewanalysen

Im Folgenden wurde jedes der neun Interviews nacheinander auf inhaltlicher und sprachlicher Ebene durchleuchtet. Am Ende jedes Interviews findet sich ein kurzes Fazit in Bezug auf die Forschungsfrage. Die gewählte Darstellungsmethode lehnt sich an Fallrekonstruktionen aus der rekonstruktiven Methodologie, etwa der Methode der Grounded Theory. (61)

Im Diskussionsteil der Arbeit (Abschnitt 4.3 bis 4.5) integriere ich die Motive und Konzepte (Abschnitt 3.1.2.) und die Erkenntnisse aus den Interview-Rekonstruktionen (Abschnitt 3.1.3.) mit den Ergebnissen aus der quantitativen Teilstudie (Abschnitt 3.2.).

I. Interview - „Wir haben eigentlich keine Hemmschwelle“

Das erste Interview wurde mit der 65-jährigen Frau H. geführt. Diese hat eine Tochter im Alter von 41 Jahren. Das Interview dauerte insgesamt 21 Minuten und erfolgte in einem Besprechungszimmer in der gynäkologischen Praxis. Frau H. hat einen Lebensgefährten, wohnt jedoch alleine in einer Wohnung in Düsseldorf. Im Gespräch öffnet sie sich zu Themen wie ihrer eigenen Erkrankung an Multipler Sklerose und dem Umgang damit, zur Diagnose des Gebärmutterhalskrebses bei der Tochter sowie zu den Problemen in der Partnerschaft der Tochter.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Gleich bei der Eröffnungsfrage umschreibt Frau H. das Verhältnis zu ihrer Tochter. Diese Passage bildet zudem auch die Kernsequenz für das zentrale Motiv des Mutter-Tochter-Verhältnisses. Dazu äußert sie sich wie folgt:

„Wir haben eigentlich keine Hemmschwelle. Wir sprechen über alles, was uns persönlich berührt, wo wir selbst von betroffen sind, und auch über unsere Mitmenschen, die wir untereinander kennen, von daher: Also wir tauschen uns sehr frei aus miteinander.“ (Pos. 37-38)

Daraufhin legt sie mit einer detaillierten Beschreibung der Themengebiete, die sie besprechen können, nach: *„Wenn sie partnerschaftlich Probleme hat, tauschen wir uns auch darüber aus von daher. Und beruflich bedingte Sachen auch, gesundheitliche, weltpolitisch haben wir auch gesprochen immer und sprechen wir auch noch, von daher also: Wir haben ein breit gestreutes / Austausch. Wir machen auch Aktivitäten zusammen. Wir haben uns erst gestern getroffen.“ (Pos. 41)*

Durch diese Auflistung wird deutlich, wie sehr die Leben von Tochter und Mutter ineinander verwebt sind. Es scheint, als wollte Frau H. mit all den genannten Aspekten mit Nachdruck betonen, wie fürsorglich ihre Tochter und sie die Beziehung zueinander pflegen. Des Weiteren teilt sie während des Interviews mit, auch gemeinsam in den Urlaub zu fahren.

Passagen wie: *„Also dann ruft sie schon an: „Ich hab schon wieder nichts mehr von dir, was ist denn?“, und so weiter. Ich sag: „Du weißt doch“, ich hab das und das und das und das.“ und „Ja, ja, aber wir / wir / wir / zumindest schreiben wir miteinander, also wir hören jeden Tag von uns.“ (Pos. 57 & 59)* vermitteln den Eindruck, dass das Verhältnis von gegenseitiger Abhängigkeit geprägt sein könnte. So kann man den Anruf der Tochter, ob alles in Ordnung bei der Mutter sei, auch als eine Art Kontrollanruf auslegen. Der tägliche Austausch ist nahezu notwendig für die Tochter, da sie unruhig wirkt, wenn sie einmal nichts von ihrer Mutter hört. Ein Kommunikationsbedürfnis, das reziprok erscheint.

„Keine Hemmschwierigkeiten, also ähm (-). Deswegen, ja, hab ich da also / Wir haben eine gute Basis miteinander, meine Tochter und ich. Die kann auch ohne Schwierigkeiten / Wir wissen auch, dass wir (-) ähm / wenn wir acht Tage zusammen sind, freuen wir uns beide auch, wenn wir wieder nach Hause jeder für sich selber / Aber wir freuen uns auch, wenn wir dann uns nach zwei Tagen wieder sehen auf jeden Fall.“ (Pos. 55)

Frau H. betont zwar, sie schätze die Zeit alleine nach einem gemeinsamen Urlaub sehr, führt jedoch noch ohne den Satz zu beenden an, dass die beiden sich spätestens nach zwei Tagen wiedersehen werden/wollen. Dies stützt die Annahme einer gewissen symbiotischen Beziehung.

Im Verlauf des Gespräches teilt Frau H. mit, ihre Tochter, gemeinsam mit ihrer eigenen Mutter, *erzogen* zu haben. Ihre Mutter sei auch alleinerziehend gewesen. Dies lässt das Fehlen einer Vaterrolle vermuten. Eine weitere Schlüsselaussage ist die Folgende: *„Oder es sind Tage, wo es nicht so gut ist, da braucht man gar nichts groß sagen. Es ist so: Wir merken das an der Stimme, wenn der andere mit einem nur spricht. Dann merkt man schon sofort: Hallo, da stimmt doch wieder nicht was irgendwie da drin, ohne dass du es dann schon sagst. [...] Das geht dann, weil wir ja eine gute Basis, eine Bindung miteinander haben, haben wir / unsere Erklärung dafür, da brauchen wir nicht viele Worte [lacht].“ (Pos. 89-91)* Die Beziehung zueinander sei so vertraut, dass man die Bedürfnisse schon am Tonfall, fast „ohne Worte“, zu erkennen vermag. Auffallend ist die Selbstdarstellung durch eine Art „Wir-Einheit“ und die damit einhergehende Distanzierung

gegenüber anderen. Das Konzept „Anderssein als die Anderen“ ist hier zentral. Die Darstellung, Tochter und Mutter können „ohne Hemmschwellen „offen miteinander reden“ wirkt schon fast wie eine Abgrenzung nach unten – ein Level an Vertrauen, welches nur wenige erreichen. Sie hätte es selbst schon von ihrer eigenen Mutter so erlernt und nun als Selbstverständnis in der Beziehung zu ihrer Tochter übernommen. *„Und sie erzählt mir dann auch öfter schon mal von ihren Freundinnen, die dann sagt: Ja, die kann mit ihrer Mutter überhaupt nicht da / die sprechen immer über so was, von daher. [...] Aber wir sind ja schon immer anders gewesen, Oma war auch anders und du bist auch anders wie die anderen, so im Vergleich.“ (Pos. 81)* *„Wir sind gleichwertig in der Einstufung unserer Werte und jeder weiß auch, was er ist, stehen dazu und freuen uns, dass wir uns miteinander haben und so gut miteinander klarkommen.“ (Pos. 179)* Hier betont Frau H. die Begegnung auf Augenhöhe ohne herrschenden Konkurrenzkampf.

Gesundheitsverhalten

Bezüglich der eigenen Gesundheit berichtet Frau H. von ihrer Multiple Sklerose, an der sie bereits seit 38 Jahren erkrankt ist. Sie beschreibt den Verlauf ihrer neurologischen chronisch-entzündlichen Autoimmunerkrankung wie folgt: *„Das ist ja sone Sache, die ab und zu immer wieder Hallo sagt.“ (Pos. 87)* Anhand dieser Aussage wird deutlich, wie Frau H. versucht, diese schwerwiegend progredienten Schübe der Erkrankung mit einem „unschuldigen Hallo“ zu verharmlosen. Womöglich hat sie den Wunsch, die Krankheit durch Bagatellisierung beherrschen zu können.

Auch die Tochter ist bei der MS-Behandlung der Mutter sehr involviert: *„Ja. Dass sie sagte: ‚Du hattest doch mal irgendwas im Hintergrund gehabt, hast du dich darum gekümmert? Musst du mal anrufen für einen Termin‘ und so? ‚Und sag mir dann bitte direkt Bescheid, was dabei rumgekommen ist und / oder sollen wir zusammen?‘“ (Pos. 117-118).* Weiter erklärt sie, es sei eine Art Automatismus sich über jedes Ergebnis zeitnah mit der Tochter auszutauschen.

Durch das von der Tochter neu übernommene Amt kommt es zu einem Rollenzuwachs dieser. Sie fühlt sich verantwortlich, zu überprüfen, ob die Mutter Arzttermine auch wahrnimmt. Dafür bietet sie ihre Begleitung an, um sicherzustellen, dass sie eingehalten werden. Sie ist sichtlich besorgt um die Gesundheit der Mutter und versucht durch aktive Fürsorge für sie da zu sein. Im Namen der Gesundheit der Mutter fungiert sie als deren erste Ansprechperson und Koordinatorin.

Auf die Frage, ob ihre Tochter sie beeinflusst, zur Vorsorge zu gehen, erwiderte sie: *„Ja. Klar, natürlich. Man wird ja nur klüger dadurch. [lacht]“ (Pos. 141) [...] „Doch, ich bin dafür offen. Also ich / ich kann ja nur gewinnen, wenn ich von dem anderen etwas annehme, von der Sicht meiner Tochter, wie sie das sieht.“ (Pos. 161).* Dass ihre Tochter sie nicht zur GKFU begleiten kann, bedauert sie sehr (*„Nee. Nee, nee. Nee. Nee, das geht arbeitsrechtlichmäßig leider nicht so.“ (Pos. 124-125)*).

Ein weiterer interessanter Aspekt zum Thema Gesundheitsverhalten ist ihre Einstellung gegenüber Homöopathie. Einerseits berichtet sie von ihrem Gebrauch homöopathischer Mittel, andererseits erweckt es den Eindruck, sie schäme sich in gewisser Weise dafür: *„Wir sind auch ein bisschen noch außenseitermedizinmäßig belastet, also sprich homöopathische Sachen dazu. [...] Vorher hab ich das abgeklärt#, ob ich das besorgen könnte ihr. Da muss man ja nicht Geld ausgeben, wenn sie dann von sich aus sagt: Nee, möchte ich nicht.“ (Pos. 77)* „Außenseitermedizinmäßig“ – ein Neologismus, der wieder auf ihr „Anderssein“ anspielt. Widersprüchlich in diesem Zusammenhang ist die Verwendung des Verbes „belastet“. Die Einnahme erfolgt schließlich freiwillig und scheint ihr auch gut zu tun. Wahrscheinlich meint sie hier sinngemäß eher eine familiäre „Vorbelastung“ mit dem Thema und der Verwendung homöopathischer Heilmittel, da auch ihre Mutter schon darauf zurückgegriffen hat (*„Ja, klar. Hat Oma auch immer so was gemacht,*

warum soll ich das, das ist ja nicht schädlich, zusätzlich nehmen“ (Pos. 79). Hier fand ein transgenerationaler Austausch statt, bei dem die Großmutter als Vorbild fungierte.

Kommunikation innerhalb der Familie

Sobald es im Gespräch auf ihren Partner oder den Partner der Tochter zu sprechen kommt, scheint eine Art Abneigung im Raum zu stehen. So versichert sie einerseits, die Kommunikation zwischen ihr und der Tochter sei durch absolute Offenheit geprägt. Im Kontrast dazu könne der Freund ihrer Tochter jedoch kaum über seine Gesundheit sprechen. Auch hier bekommt man den Eindruck, Frau H. positioniere sich in ihrer Kommunikationskompetenz ihm gegenüber überlegen: *„Oh, da ging es um die gesundheitlichen Probleme ihres Freundes, weil bei dem ein Schilddrüsenkrebs festgestellt worden ist und der enorme Schwierigkeiten darüber hat zu sprechen, wogegen wir (-) [seufzt] innerhalb unserer Familie auch sehr vieles, gesundheitliche Problematiken schon erlebt haben und wir auch einen unbedarften Umgang mit dem Thema Sterben haben, wogegen dem Freund / Das ist unheimlich kompliziert. Der kann über seine Probleme dann nicht sprechen und auch, dass er da eventuell dran sterben kann usw. Also [pustet] da sind wir unbedarfter drin oder wie soll ich das sonst nennen eigentlich? Wir haben da keine Hemmschwierig / -schwelle von daher also.“* (Pos. 49-50)

Über seine mutmaßliche Unfähigkeit könne sie nur seufzen. Selber habe ihre Familie einen „unbedarften Umgang mit dem Thema Sterben“. Mit Frau H.s Lebensgefährten sei der Austausch ähnlich schwierig (*„So geht es mir mit meinem Partner, der kann auch nicht darüber sprechen.“* (Pos 52)). Dieses Mal wirkt es, als grenze sie sich gemeinsam mit der Tochter als Wir-Einheit vom männlichen Geschlecht ab und vermag hier eine Norm zu setzen mit den Worten: *„Und wir sagen auch: Wenn man sich da miteinander drüber austauscht, ist das für denjenigen selber und für die Mitbetroffene besser zu verarbeiten, als wenn man immer im Schweigen sich da drin hält.“* (Pos. 51-52) [...]. *„Man kann nur jemandem helfen, wenn man miteinander spricht.“ Und ähm da waren wir immer in der Kommunikation offen.“* (Pos. 53-54). Immer wieder betont Frau H. wie wichtig ihr der offene Austausch ist und dass dieser in ihrer Familie gut funktionieren würde. Im Interview gibt sie sich insgesamt eher zurückhaltend und vermeidet es, die konkreten „gesundheitlichen Problematiken“ die in der Familie offen geteilt würden, zu benennen. Dies stellt sich als gewisser Widerspruch zu ihren Aussagen dar.

Angst

Das zentrale Motiv der Angst zieht sich durch das gesamte Interview. Frau H. versucht mit ihrer gewählten Ausdrucksweise Kontrolle über womöglich beängstigende Themen zu gewinnen. Ein Beispiel dafür ist die vorangegangene Textstelle. Das Thema Tod sei in ihrer Familie ganz „unbedarft“. Da der Tod per se niemals ein „unbedarftes“ Thema sein kann, stellt dies einen weiteren Gegensatz zu ihrer Äußerung dar.

Als ihre Tochter ihr mitteilt, dass bei ihr Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert worden sei, zeigt sich die Angst um die Gesundheit ihrer einzigen Tochter sehr deutlich: *„Wo bei meiner Tochter Gebärmutterkrebs festgestellt war, worden war, von da, das ist mir sehr bewusst. Also da hat sie gesagt, sie muss unbedingt mit mir sprechen, weil bei ihr gesundheitlich was nicht in Ordnung ist. Von daher ja, und da haben wir uns / ja. (-) Und das ist / hat dann sehr gut beiden Seiten getan, dass man darüber hat offen sprechen können.“* (Pos. 73)

Mitten im Satz bricht sie ab, um verallgemeinernd festzuhalten: *„[...] dass man darüber hat offen sprechen können“*. Hier ins Detail zu gehen, lässt vermuten, dass es zu schmerzlich für sie ist. Auch die Relativierung „gesundheitlich was nicht in Ordnung ist“, spricht für die Angst, den Krebs beim Namen nennen zu können/wollen.

Schicksal

Kennzeichnend für Frau H. ist ihr Aktivismus. Sie zeigt sich nicht schicksalsergeben. Als ihre Tochter von der Diagnose Gebärmutterhalskrebs berichtet, versucht sie durch pragmatischen Rat zügig die Situation zu beherrschen: *„Wir haben uns zu einer Tasse Tee zusammen in ihre Wohnung gesetzt dann. Sie hat dann gesagt, sie war zur Untersuchung und dabei ist das festgestellt worden und das muss entfernt werden und ja. Und ich hab gesagt: ‚Ja, klar, das geht auf keinen Fall, das kannst du nicht lange rausschieben, so schnell wie möglich und dann gucken, was man gesundheitlich noch zusätzlich dazu machen kann.‘“* (Pos. 77)

Hier gibt sie der Tochter den klaren Handlungsbefehl, sich möglichst schnell um einen Operationstermin zu kümmern. Ihre eigene Handlungsoschmacht könnte sich im Sinnbild „zu einer Tasse Tee“ („Abwarten und Tee trinken“) widerspiegeln.

Sprachliche Analyse

Ein auffälliges syntaktisches Merkmal, das sich durch das gesamte Interview zieht, sind bei Frau H. die wiederholten Satzabbrüche und Reformulierungen. Dies fällt insbesondere in Passagen, in denen ernste Themen zur Sprache kommen, ins Gewicht und ist Spiegel ihrer Unsicherheit bzw. Angst: *„Von daher ja, und da haben wir uns / ja. (-) Und das ist / hat dann sehr gut beiden Seiten getan, dass man darüber hat offen sprechen können.“* (Pos. 73) Hier zeigen sich zugleich Abbrüche, Pausen und Reformulierung sowie auch Akzentuierung auf dem Wort „sehr“, das betonen möchte, wie wichtig dieses Entlastungsgespräch über die Krebserkrankung der Tochter für sie persönlich war.

Auf der semantischen Ebene sticht ein Element besonders hervor. Zwar bedient sich Frau H. weniger Redewendungen oder Metaphern, neigt jedoch stark zu Neologismen. So kreiert sie Wörter wie „Hemmschwierigkeiten“, „arbeitsrechtlichmäßig“ oder „außenseitermedizinmäßig“. Die Wortneuschöpfungen scheint sie immer dann zu gebrauchen, wenn sie ein unangenehmes Thema anschneidet. Anstatt sich zu sammeln, vermag sie schnell darüber hinweg zu stolpern.

Die Einstiegspassage dient zugleich als Kernpassage der sprachlichen Analyse: *„Wir haben eigentlich keine Hemmschwelle. Wir sprechen über alles, was uns persönlich berührt, wo wir selbst von betroffen sind, und auch über unsere Mitmenschen, die wir untereinander kennen, von daher: Also wir tauschen uns sehr frei aus miteinander.“* (Pos. 37)

„Eigentlich keine Hemmschwelle“ – dies ist der Eröffnungssatz und erzeugt durch den Einsatz des relativierenden „eigentlich“ eine gewisse Unklarheit bis hin zur Skepsis an dem „Hemmschwellen-freien“ Verhältnis der beiden. Insgesamt gebraucht sie das Wort dreimal.

Unterzieht man diesen Abschnitt einer Positionierungs-Analyse, sticht die Wir-Perspektive hier hervor. Frau H. konstruiert ihre subjektive Identität, indem sie sich im sozialen Raum direkt neben ihrer Tochter als Einheit positioniert. Bewusst wählt sie ihr das Personalpronomen „wir“ und zeigt somit im Zuge einer Agentivierung mit aktiven Verben „wir sprechen“ und „wir tauschen uns aus“ die kognitive Repräsentation ihrer eigenen aktiven Handlungsmöglichkeit und Wirkmächtigkeit in Form der Kommunikation zu ihrer Tochter auf.

Auffallend ist auch die häufig verwendete wörtliche Rede, die als Nacherzählung des von der Tochter Gesagten dient. Auch hiermit konstruiert sie subjektive Identitäten für sich und die Tochter.

„Sie hat dann gesagt, sie war zur Untersuchung und dabei ist das festgestellt worden und das muss entfernt werden und ja. Und ich hab gesagt: ‚Ja, klar, das geht auf keinen Fall, das kannst du nicht lange

rausschieben, so schnell wie möglich und dann gucken, was man gesundheitlich noch zusätzlich dazu machen kann.“ (Pos. 77)

Hier wird die Angst um ihre Tochter sichtbar, die in Aktivismus umgewandelt wird, als eine Reaktion auf die Schicksalsergebenheit. Dies wird auch sprachlich repräsentiert. Frau H. spricht vom Gebärmutterhalskrebs nur als „das“, was als Vagheitsmarkierung ein Zeichen von Angst und Unsicherheit ausdrückt. Diese Episteme zeigt, dass sie dem Krebs nur eine geringe Geltungskraft zuschreiben möchte, indem sie ihn beharrlich als „das“ bezeichnet. Des Weiteren wechselt sie hier vom Personalpronomen „du“ zur Regel-Perspektive „man“ um sich weiter von dem ernstesten Thema, eventuell aus Selbstschutz, zu distanzieren. Dennoch stellt sie hier das weitere Vorgehen logisch-analytisch dar und ergreift somit, mittels sprachlicher Agentivierung, Besitz über die Handlungsmächtigkeit. Fast schon in Befehlsform teilt sie ihrer Tochter mit, was diese in der Situation wie zu tun hat.

Fazit

Als Analysefazit kann man festhalten, dass Mutter und Tochter eine enge Beziehung, die schon symbiotisches Ausmaß annimmt, verbindet. In Hinblick auf die Forschungsfrage bestätigt sich hier die Annahme, dass die Tochter Einfluss auf die Entscheidung der Mutter, zur GKFU zu gehen, hat. Es zeigt sich ein Mutter-Tochter-Gefüge, das sich in Fürsorge füreinander, jedoch gewissermaßen auch in Abhängigkeit voneinander kümmert.

II. Interview „Mama ist dann immer noch die Wichtigste“

Im folgenden Abschnitt wird das Interview mit Frau R. analysiert. Frau R. ist eine 52 Jahre alte Frau, die eine Tochter im Alter von 26 Jahren hat. Sie lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in Düsseldorf. Ihre verheiratete Tochter wohnt in der Nähe. Das Interview fand im häuslichen Setting statt und dauerte insgesamt 34 Minuten. Frau R. berichtete anfangs von verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen und von einem damals bei ihr diagnostizierten Gebärmutterhalskrebs, sowie auch einem auffälligen Abstrich bei der Tochter circa ein Jahr vor Interviewaufnahme. Des Weiteren kommt sie im Interview auf Erkrankungen in der Familie zu sprechen und gibt einen Einblick zu ihrer Haltung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen sowie zum Themenkomplex Krebs/Tod/Sterben.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Für die Analyse des Verhältnisses von Tochter und Mutter stellt sich der folgende Abschnitt als Kernsequenz dar: *„Genau, aktuell ist es eigentlich so: Ich bin immer die erste Ansprechpartnerin für sie, wenn sie irgendwas hat, wenn irgendwas zwickt oder drückt oder sonst irgendwie was, ne? Manchmal versucht man ja irgendwelche Tipps zu geben, keine Ahnung: Ich hab Bauchschmerzen oder ich hab jetzt schon tagelang Kopfschmerzen oder dies und das. Ähm da versucht man natürlich als Mutter erst mal so zu sagen: Mhm, und versuch doch mal dies und versuch doch mal das, aber wenn es nicht besser wird, dann mach bitte das und das. Also es ist schon so, dass sie noch kommt, also obwohl sie ja schon lange nicht mehr zu Hause wohnt, aber [lacht] Mama ist dann immer noch die Wichtigste. Ich weiß auch nicht, warum, ist halt so. [lacht]“ (Pos. 69-70)*

Mit ihrer Aussage *„da versucht man natürlich als Mutter“* wird deutlich, dass sie sich selbst eine feste Rolle zuschreibt und dieser nachkommen möchte bzw. sich verpflichtet sieht, diese zu erfüllen. Man könnte vage von „der Mutter als Ärztin“ sprechen, da sie hier ihrer Tochter konkrete Handlungsanweisungen bezüglich ihrer gesundheitlichen Probleme gibt, ganz so, als

wäre sie gleichwohl ihre Hausärztin. Bezüglich der GKFU behauptet sie: „Jedes Jahr schicke ich sie [die Tochter] dahin.“ (Pos. 95)

„Mama ist dann immer noch die Wichtigste“ – mit diesem Statement möchte sich Frau R. im sozialen Gefüge positionieren. Sie könne sich auch nicht erklären, warum das so sei. Ihre folgende Aussage legt jedoch nahe, dass sie diese Stellung gerne einnimmt. „Ich geb das meiner Tochter auch so weiter. Sie macht auch brav alles.“ (Pos. 77)

Frau R. erzählt vom plötzlichen Tod ihrer eigenen Mutter im Alter von 60 Jahren berichtet. In diesem Zusammenhang wird gefragt, ob ihre Tochter danach auch vermehrt auf sie aufpasst. Daraufhin antwortet Frau R. mit widersprüchlichen Aussagen: „Das kann gut sein, ja. Das kann gut sein. Das war für sie auch ein Schock. Sie war damals 16 oder so, damals 15, 16 irgendwie und ähm klar macht ihr das Angst, ne [...], aber das / dass meine Tochter jetzt so das / mir das Gefühl gibt, sie muss da so ein bisschen auf mich achten / vielleicht einfach nur / Sie weiß, dass ich auf mich achte, aber sie weiß ähm / sie / sie ähm / Da glaube ich nicht, dass sie denkt, sie muss so ein bisschen ähm (-) noch so auf mich aufpassen. Das glaube ich nicht. [...] Nee, überhaupt nicht. Nee, nee, nee. Das ist eher so, dass sie vielleicht Angst hat, dass mir das auch widerfahren könnte, weil ich kann ja noch so viel machen und ich (kippe? 21:22) trotzdem gleich auf die Straße und werde von einer Bahn umgefahren oder so, ne? Das weiß man ja nicht, ne? (Pos. 236-240) Zuerst ist sie der Meinung, dies könne sehr wohl zutreffen, negiert im Anschluss jedoch ihre Einschätzung wieder mit der Aussage „Nee, nee, nee“. Es wirkt, als hätte Frau R. sehr große Angst, genauso wie ihre Mutter, „plötzlich umzukippen“. Allein der Gedanke an den Tod und dass ihre Tochter um sie trauern müsste, sowie sie selbst damals um ihre eigene Mutter trauerte, scheinen sie in diesem Moment zu fürchten. So gerät sie hier ins Stottern und versucht abzublocken. Um dies noch einmal zu untermauern, legt sie nach mit: „Ich glaube, das ist eher so ihre größte Angst, weil ich schon so ihre erste Ansprechpartnerin, egal ob sie jetzt verheiratet ist oder nicht / aber ist schon so, dass man sagt: Das ist schon eine / [...] / eine gute oder feste, stabile Verbindung zwischen uns, ne?“ (Pos. 241-243) Diese Aussagen deuten auch auf das Bedürfnis, selbst von der Tochter gebraucht zu werden, hin. Sie stehe, trotz Ehemann der Tochter, an erster Stelle und verdeutlicht so die wichtige Rolle, die sie ihrer Meinung nach, im Leben der Tochter spielt.

Weiter betont sie ihre Vorbildfunktion hinsichtlich der regelmäßigen Wahrnehmung von Arzt- bzw. Vorsorgeterminen: „Das ist das Einzige, was ich mache. Jeder andere muss es selber wissen, aber wenn ich meinem Kind das so ein bisschen mitgeben kann irgendwie, natürlich auch in einem gesunden ähm Maße.“ (Pos. 349-350)

Gesundheitsverhalten

Dieses zentrale Motiv dominiert im zweiten Interview und ist eng verwoben mit den zentralen Motiven der familiären Kommunikation und der Angst. Aus diesem Grund wird die Analyse des Motivs Gesundheitsverhalten hier ausführlicher dargestellt.

Direkt zu Beginn des Interviews gibt Frau R. einen Einblick zu ihrer eigenen Einstellung bezüglich Vorsorgeuntersuchungen, als sie von ihrer Tochter spricht, die schon sehr früh selbstständig zur zahnärztlichen Kontrolle gegangen sei: „[...] ihr aber auch immer signalisiert, dass das halt sehr wichtig ist, dass man Vorsorge macht [...].“ (Pos. 49) Sie hat diese Einstellung selbst von ihrer eigenen Mutter mit auf den Weg bekommen („Ja. Aber sie [Mutter von Frau R.] war auch immer so: Mhm, Vorsorge, mach das mal lieber und so. Also es war ihr schon wichtig auch, deswegen.“ (Pos. 75)).

Ferner geht sie auf den Vergleich von früher vs. heute ein und bedauert die Verslossenheit der damaligen Zeit, in der Krankheit ein Tabu-Thema war und Vorsorge nicht gesellschaftskonform genug, um offen darüber zu sprechen. Ihre Mutter hätte hierbei eine Art

Vorreiterrolle eingenommen, in dem sie, anders als der Rest der Gesellschaft, großen Wert auf Vorsorgeuntersuchungen gelegt habe: *„Ja, richtig. Man weiß ja auch so, was in der Familie passiert ist. Und früher war das eben nicht so mit der Aufklärung, also gerade was Vorsorge angeht. Wenn man was hatte, hatte man was, fertig. [...] Da wurde gar nicht so groß ein / also zumindest ich bin ja Kind der 70er, überhaupt gar nichts / wurde gar nicht drüber gesprochen. Also da gab's, glaube ich, auch so gefühlt nicht so viele Krankheiten wie heute [lacht], früher war das alles ein bisschen anders. Ja. Und ähm nee. Nur meine Mutter, die hat da schon immer drauf geachtet, so regelmäßig zum Zahnarzt, regelmäßig zum Frauenarzt und so und das fand sie schon wichtig irgendwie, aber mehr eigentlich auch nicht. Hautarzt, glaube ich, auch noch, Hautarzt, ja.“* (Pos. 115-118)

Durch immanente komparative Analyse der Daten fällt an dieser Stelle eine Parallele zum I. Interview bezüglich des Musters des „Anderssein“ auf. Beide Frauen heben ihre eigenen Mütter „empor“. Dies könnte auf die besondere Lebensprägung und Bindung zur Mutter hinweisen.

Frau R. betont beständig, welchen Stellenwert die Prävention in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten habe: *„Das ist für mich das A und O“* (Pos. 100-102). Sie sei auch für zusätzliche Kontrollen bereit. So würde sie beispielsweise jährliche Pap-Abstriche bezahlen (*„Aber warum / Wenn man das nicht / schon irgendwie so eine Vorstufe hatte, warum man dann nicht jedes Jahr kommen darf und das dann bezahlen muss, also irgendwie, ja, verstehe ich nicht. Aber gut. Traurig. Deswegen hab ich jetzt Vorsor / ähm deswegen hab ich jetzt Zusatzversicherungen, was Vorsorge angeht.“* (Pos. 97-98)). Hier schimmert eine gewisse Kritik am deutschen Gesundheitssystem durch. Schlussendlich ist ihr Bedürfnis nach Kontrolle des eigenen Gesundheitsstatus jedoch wichtiger als die, damit einhergehenden, Mehrkosten.

Des Weiteren zeigt sich im Verlauf des Interviews ihr Anliegen, übrige Familienmitglieder mit Nachdruck zur Vorsorge zu motivieren: *„Und mein Mann ist früher auch nie zur Vorsorge gegangen, den zwingt ich auch [lacht] mehr oder weniger, egal wohin, ob nun zum Urologen oder zum Zahnarzt oder ich meine, er ist noch Privatpatient, muss ich dazu sagen, das ist ja natürlich dann noch immer ein bisschen angenehmer für die Ärzte, aber ähm nee, er macht's freiwillig jetzt, weil ich nerve ihn halt irgendwann so, dass ich sage: Ach weißt du, ich hab einfach kein Bock mehr, mach das einfach. Ich hab keine Lust, dass du hier jetzt schon da mit Anfang 50 solche Krankheiten mit dir rumschleppst, braucht keiner, geh einfach hin und das tut alles nicht weh! Geht schnell.“* (Pos. 203-204) Inhaltlich sticht hier stark ihr dominantes, fast schon übergriffiges Verhalten hervor - sie „zwingt“ ihren Mann und „nervt“ ihn damit. Dass sie „keine Lust“ darauf hätte, ihren Ehemann an Darmkrebs erkranken oder sterben zu sehen, stellt einen klaren Euphemismus dar. So verharmlost sie sprachlich die zugrundeliegende Angst vor dem Verlust ihres Mannes.

„Also auch ob Darmspiegelung, ich hab alles schon hinter mir, also freiwillig auch, aber eigentlich eher, um meinen Mann dahin zu locken. Ich hab dann irgendwann gesagt: „Komm, jetzt gehst du mal wieder hin.“ Und dann: „Ich mach's auch dann. Dann mach ich's eben so auch.“ Dann hab ich schon gedacht: Oh nee [lacht], jetzt musst du es auch machen. Ich bin ja eigentlich noch gar nicht im Thema dringewesen und hab eigentlich auch gar keine Probleme, ja, dann hab ich es dann auch gemacht [lacht].“ (Pos. 103) Ihre Motivation die Darmkrebsvorsorge selbst wahrzunehmen, gründe lediglich auf dem Versuch ihren Ehemann „dahin zu locken“. Ob dies das einzige Motiv ist, bleibt fraglich. So liegt hier der eigne Wunsch nach einer unauffälligen Untersuchung nahe. Den Grund ihrer fast hypochondrisch imponierende Sorge vor einer Krebserkrankung erfährt man im Verlauf des Interviews, als sie erzählt, sie sei durch diverse Krebserkrankungen in der Familie vorgeprägt und deshalb darauf sensibilisiert, mehr auf ihren Körper achtzugeben (*„[...] Mensch, ein besseres Beispiel oder schlechteres Beispiel kann man ja gar nicht haben, als den eigenen Vater vor Augen und er sich da / jetzt hat er auch noch Lungenkrebs, also sowohl den*

Darmkrebs erst besiegt und dann der / kam der Lungenkrebs jetzt hinterher, aber ist auch nicht reparierbar, also er kriegt halt nur noch ähm (Immuntherapie? 18:15). Ja.“ (Pos. 211)).

Kommunikation innerhalb der Familie

Im Zentrum steht Frau R.'s moralische Verpflichtung, eine Art Wächteramt bezüglich der Gesundheit ihrer Familienmitglieder einzunehmen. So ist sie sehr darauf bedacht, Tochter und Ehemann zur Vorsorge zu bewegen. Auch bei ihrem jüngeren Bruder habe sie dies jahrelang versucht: *„Ja, ich bin / ich bin / Also mein Bruder ist auch 41 oder 42 wird er jetzt, er muss es dann irgendwie mal alleine geregelt kriegen, ne? Also man / ich kann ihn ja jetzt nicht immer an die Hand nehmen.“ (Pos. 223-224)*

Zeit für die eigene Trauer beim plötzlichen Tod ihrer Mutter wird von Frau R. kategorisch ausgeklammert. So spricht sie doch nur von den anderen: *„Ich hatte so / nach dem Tod meiner Mutter hatte ich so ein bisschen / hatte ich so für mich das Gefühl, ich muss die jetzt alle an die Hand nehmen, weil die alle noch so ein bisschen (-) / ja, ich kann das gar nicht beschreiben, die sind so ähm (-) / so lost, so / so die wissen so (-) [pustet]: Was machen wir denn jetzt so? Mhm, ja, mhm. Ja, okay. Ja. Also die waren so [pustet]. So im Schock, irgendwie in so einer Schockstarre und [lacht] ich hatte da versucht, so die ersten Jahre so ein bisschen ähm das so aufrecht zu erhalten, was meine Mutter / die Position meiner Mutter, sage ich jetzt mal, ne?“ (Pos. 225).* Sie gibt hier einen interessanten Einblick in den interfamiliären Umgang mit Tod und Trauer. Wie selbstverständlich sieht Frau R. sich in der Verpflichtung, *„die Position [ihrer] Mutter aufrecht zu erhalten“*, während die anderen Familienmitglieder noch *„in Schockstarre“* sind. Sie positioniert die narrativen Personen somit unter sich. Anstatt um ihre Mutter zu trauern, erweckt es den Eindruck, als versuche sie, durch die inszenierte Rollenzuschreibung diese zu ersetzen.

Resümierend lässt sich sagen, dass in der Familie die Motivation über Gesundheit zu sprechen bzw. sich um seine eigene Gesundheit zu kümmern, eher gering ist. Außer sie selbst, ihre verstorbene Mutter und nun ihre Tochter, die dies von ihr gelernt hätte, gäbe es, laut Frau R., niemanden, der gerne offen über gesundheitliche Themen spricht. Somit grenzt sie die zwei Frauen und sich klar von den Männern der Familie ab. Sie gründet ihre subjektive Identität innerhalb des Familiengefüges, im Versuch ihrer Mutter nachzukommen. Der folgende Abschnitt untersucht, mögliche Motive dieses Anspruchs an sich selbst.

Angst

Insgesamt lässt sich vermuten, Frau R. sei eine ängstliche Person. Sie gesteht offen ein, dass sie sehr vorsichtig bezüglich ihrer Gesundheit ist. Dies begründet sie mit dem plötzlichen Tod ihrer Mutter und der Krebserkrankung ihres Vaters. Hierfür nimmt Frau R. sehr viele Arzt-bzw. Vorsorgetermine wahr. Aus dem Interview geht hervor, dass sie vermutlich keine Vorsorge auslässt. Sie ist bereit, Zusatzkosten zu tragen, Zusatzversicherungen abzuschließen und war bereits bei der Darmkrebs-Früherkennung vor dem eigentlichen Anspruchsalter. Sie selbst relativiert ihre anzunehmende Hypochondrie mit den Worten: *„Ich glaube, ich muss ein bisschen auf mich aufpassen. Mehr nicht. Ich bin da jetzt nicht im Wahn.“ (Pos. 339-341).* Im Anbetracht des Geschilderten stellt sich ihre Selbstwahrnehmung etwas verzerrt dar.

Nicht nur einmal beschreibt sie Situationen, in denen andere Familienmitglieder Angst hatten: *„Klar, also ich hab ihr natürlich versucht, die Angst zu nehmen, aber ähm im Endeffekt kann man ja auch nur ein bisschen durch Gespräche oder so versuchen, sie so ein bisschen runterzuholen: Jetzt mach nicht direkt Panik. Und warte ab und so. Aber wenn's dann so ist, (-) dann ist es halt so. Ja. (Pos. 183)* sagt sie im Zusammenhang mit dem auffälligen Pap-Abstrich der Tochter. Ihre eigene Besorgnis erscheint zwischen den Zeilen spürbar.

„Das heißt, meine Mutter hatte eine eineiige Zwillingsschwester, ist auch so ein Thema, meine Tante hatte unendliche Angst gehabt, weil man sagt ja schon, dass eineiige Zwillinge eben fast das Gleiche durchmachen wie der andere Zwilling. Und die hatte unwahrscheinliche Angst die ersten Jahre, dass ihr jetzt auch irgendwas passiert, dass sie so aus dem Leben gerissen wird wie meine Mutter und, und, und, also das hat sie sehr, sehr, sehr beschäftigt (Pos. 237) Es lässt sich annehmen, dass diese sprachlich eindrücklich beschriebene Todesangst der Tante letztendlich ein Spiegel ihrer eigenen ist.

Schicksal

Bei Frau R. erkennt man eine Ambivalenz zwischen Schicksalsergebenheit und Widerstand; Passivität und Aktivität.

„[...] also die Impfung hat nichts gebracht, sie hat das trotzdem gekriegt, aber es ist ja auch nicht ausgeschlossen, ist ja so. Die / jede Impfung bedeutet ja nicht immer, dass man es gar nicht kriegt, ne? Nur ähm ja, ist halt jetzt blöd gelaufen. Kann man nicht ändern. Aber es ist zum Glück / sie hat / der Körper hat's alleine geschafft, nach einem Jahr oder so war sie dann da durch und ja, musste nicht operiert werden bis jetzt. Ich hoffe, das bleibt so [lacht]. Man weiß es ja nie.“ (Pos. 89)

Als die Tochter eine Gebärmutterhalskrebs-Vorstufe diagnostiziert bekommt wird ihr fatalistisches Denken deutlich: Sie spricht von Glück und Hoffnung, von der Unsicherheit: *„Was kann man alles machen? Man kriegt Tipps von / von der Frauenärztin und so und aber im Endeffekt hab ich gesagt: „Du, sieh zu, dass du deinen Körper stabilisierst, dass du guckst, dass das Immunsystem wieder einigermaßen gut läuft, unterstützte das ein bisschen“. Mehr kann man ja dann auch nicht tun, ne? Muss der Körper ja irgendwie dann alleine gucken, ob er das jetzt schafft oder nicht. [...] wenn es dann immer noch so aussieht, das Ergebnis, dann müssen wir dann doch vielleicht operieren.“ (Pos. 131)*

Eindrücklich ist in diesem Abschnitt der Wandel von *„mehr kann man ja nicht tun“* zu *„dann müssen wir dann doch vielleicht operieren“*. Ihr Kampf gegen die Ohnmacht ist so groß, dass sie von der aktiven Form des „wirs“ Gebrauch macht, um somit an hypothetischer Wirkmächtigkeit zu gewinnen.

Um ihrer Hilflosigkeit weiter entgegenzuwirken, schließt sie Zusatzversicherungen ab. *„Deswegen hab ich jetzt Vorsor / ähm deswegen hab ich jetzt Zusatzversicherungen, was Vorsorge angeht.“ (Pos. 97)* Dies macht sie wiederum in der Hoffnung, Kontrolle zu erlangen. *„Je früher man was feststellt, sehe ich dann immer, denke ich dann immer, desto besser ist es und umso schneller ist es heilbar.“ (Pos. 143)* Diese Aussage könnte den Versuch, die komplexe Entstehung maligner Erkrankungen herunterzubrechen und somit in gewissem Maße die Situation zu beherrschen, zeigen: Selbstmanagement im Gegensatz zur Resignation.

Sprachliche Analyse

Auf semantischer Ebene fällt im Wesentlichen die kolloquiale Wortwahl auf. Nicht nur einmal bedient sich Frau R. der Umgangssprache um Themen, die ihr im Grunde genommen sehr ernst sind, zu verharmlosen. So spricht sie beispielsweise bei einer möglichen Darmkrebserkrankung des Ehemannes von *„solchen Krankheiten“*, die er *„mit sich rumschleppen“* könnte und von der Möglichkeit *„mit einem Stück Darm weniger rum[zu]rennen“* (*„Ich hab keine Lust, dass du hier jetzt schon damit Anfang 50 solche Krankheiten mit dir rumschleppst, [...]“ (Pos. 203)* und *„Will man ja auch nicht irgendwie mit einem Stück weniger Darm rumrennen“ (Pos. 209)*). Dennoch sind *„rumschleppen“* und *„rumrennen“* aktive Verben und spiegeln somit auch auf sprachlicher Ebene die Agentivierung als kognitive Repräsentation ihrer erhofften Handlungs- und Wirkmächtigkeit.

„[...] oder meine Mutter ist einfach umgefallen, so. Alles gut, fällt um, ist tot, also so mit 60.“ (Pos. 215-216)

Die vermittelte nüchtern distanzierte Darstellung des Todes der Mutter sowie die syntaktisch interessante Akzentuierung und Gegensätzlichkeit von „einfach umgefallen, alles gut“ und „fällt um, ist tot“ könnten sprachlicher Ausdruck der emotionalen Blockade dieses traumatischen Lebensereignisses sein.

Der im Unterkapitel c) beschriebene Rollenzuwachs, das Bestreben, die Position der verstorbenen Mutter zu übernehmen, wird auf sprachlich-pragmatischer Ebene durch die Metapher „an die Hand nehmen“ unterstrichen: „Ich hatte so / nach dem Tod meiner Mutter hatte ich so ein bisschen / hatte ich so für mich das Gefühl, ich muss die jetzt alle an die Hand nehmen“ (Pos. 223).

Bei der Durchführung einer Positionierungsanalyse zeigt sich in dieser Kernpassage das Bestreben von Frau R., sich gegenüber unbekannten Anderen, die sie mit dem indefiniten „man“ benennt, zu distanzieren und auf diese Weise ihre subjektive Identität zu konstruieren: „Also [pustet], weiß ich nicht, jeder andere, der / der das halt so / der so Raubmord, sage ich jetzt immer, mit seinem Körper betreibt, ich sage jetzt mal viel Alkohol und / und Rauchen noch und keine Ahnung, schlechte Ernährung und, und, und. Ja, der betreibt ja Raubmord mit seinem Körper und dann muss man sich auch nicht wundern, wenn man dann doch das eine oder andere Zwicken vielleicht mehr hat im Körper. Und ähm aber wenn ich das durch Vorsorge so ein bisschen (-), ja, regelmäßig einfach abchecken lasse [lacht], bin ich schon wieder auf der sichereren Seite.“ (Pos. 369). In der Formulierung deutet sich ein Selbstverständnis an, das auf eine geringe Legitimationsbedürftigkeit hinweist. Wörter wie „halt“, „nicht wundern“ zeigen hier die ihrerseits empfundene Selbstverständlichkeit der Aussagen. Auffallend ist auch hier wieder der starke Kontrast der Wortwahl „Raubmord“ und „das ein oder andere Zwicken“. Sie kann sich auf der „sichereren Seite“ sehen. Dadurch möchte sie sich womöglich ein weiteres Mal im sozialen Gefüge von den unbekannten Anderen, die auf der „unsichereren Seite“ sind, abgrenzen.

Fazit

Als Analysefazit lässt sich zusammenfassen, dass die Mutter die Position der ersten Ansprechperson für die Tochter gerne wahrnimmt. Man sieht auch in der Beziehung zu ihrer eigenen Mutter, wie wichtig Frau R. das enge Mutter-Tochter-Verhältnis ist. Ihre Tochter erfüllt ihr in dieser Hinsicht ihren Wunsch – den Wunsch gebraucht zu werden. Die Angst und Sorge um ihre eigene Gesundheit sind jedoch so tiefgehend, dass die Tochter zwar eine unterstützende Rolle spielt, aber der intrinsische Antrieb, der aus den zahlreichen Krebs- und Todesfällen innerhalb der Familie resultiert, ausreicht, um die GKFU sowie weitere Arzttermine akribisch wahrzunehmen.

III. Interview „Die Mutter ist Mama, Freund, Ärztin, alles einfach“

Frau B. ist 42 Jahre alt und Mutter von drei Kindern. Ihre älteste Tochter ist zum Zeitpunkt des Interviews 15 Jahre alt. Die Familie lebt gemeinsam mit dem Kindsvater in einer Wohnung in Düsseldorf. Im Interview liegt der Fokus auf dem Erziehungsstil der Mutter sowie ihrer Kommunikation mit der Tochter. Frau B. berichtet von verschiedenen Situationen, die das besondere Verhältnis zwischen ihr und ihrer Tochter verdeutlichen sollen. Das Interview ist mit 73 Minuten das längste dieser Studie und erfolgte in einem ruhigen Besprechungszimmer in der gynäkologischen Praxis.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Schon in der Eröffnungspassage gibt Frau B. mit folgender Kernaussage ihre Sicht der familiären Rollenverteilung preis: „Die Mutter ist Mama, Freund, Ärztin, alles einfach.“ (Pos. 23).

Mit der besonderen Betonung auf dem Wort „alles“ zeigt sie, dass die Mutterrolle, laut ihrem Verständnis, einen enormen Stellenwert hat.

Weiter führt sie diesbezüglich an: „Als Mutter sieht man ja alles zu Hause. Ähm (-) ich weiß nicht, ob jeder mir / aber ich nehme an, vielleicht fünf Prozent nicht, aber von 100 95 Prozent, da bin ich mir ganz, ganz sicher: Eine Mutter sieht einfach alles und es fällt direkt auf (-): Wie sieht mein Kind aus? Hat denn mein Kind gegessen? Ist mein / ah, mein Kind ist glücklich. Oh nein, mein Kind ist traurig. Was ist denn da? Da macht man sich direkt Gedanken, dass man ein Gespräch aufsucht als Mutter.“ (Pos. 65)

Sie verstärkt ihre Aussage, indem sie behauptet, als Mutter sehe man alles, wodurch sie sich eine übergeordnete Position mit nahezu supranaturalem Charakter zuschreibt. Diese Aussagen könnten mit Motiven wie Überfürsorge, Kontrolle und Freiheitsbeengung bis hin zu Übergriffigkeit assoziiert werden. Ihre anfänglich zögerlich erscheinende Einschätzung versucht sie mit konkreten Prozentangaben zu untermauern und bestätigt sich schließlich selber „ganz, ganz sicher“ zu sein und möchte somit eventuell eine allgemeingültige Aussage über die „Mutterschaft“ treffen. Es wird der Eindruck erweckt, als grenze sie die Position der Mutter nach unten ab und erhöhe sich selbst.

Die Mutter kreiert die narrative Persönlichkeit der Tochter, indem sie sie folgendermaßen beschreibt: „Sie hat eine sehr starke Persönlichkeit. Sie kann auch schnell empfindlich werden, auch mal die Tür zumachen, einfach mal für sich alleine sein, wenn sie traurig ist, aber sie lässt sich nicht hängen. Irgendwann steht sie wieder auf und es geht weiter. [...] Oder sie kennt ihre eigenen Grenzen, auch für sich sagen: ‚Hey, bis dahin darfst du. Weiter nicht.‘, was ihre Gefühle angeht, ne?“ (Pos. 35)

Frau B. hebt im Verlauf des Interviews immer wieder die Fähigkeit ihrer Tochter hervor, eigene Grenzen zu setzen. („Sie hört gerne Musik, sie telefoniert gerne mit ihren Freunden, also Gespräche finden da immer, immer wieder statt und das Sozialverhalten unter den Freunden ist auch sehr stark. Aber trotzdem werde ich als Mama nicht vernachlässigt, wenn ich sie rufe oder wenn ich was zu sagen habe: ‚Hey Leute, da, da, da muss das gemacht werden, da müsst ihr aufpassen‘ und ja, das sind so Sachen. Sie kennt ihre Grenzen.“ (Pos. 31) und „Ich möchte, dass ihr selbstbewusst seid, eure Grenzen kennt“ (Pos. 71))

Dennoch scheinen Selbstständigkeit und Selbstentfaltung der Tochter im Konflikt mit Gehorsam, Regeln und Grenzen, die die Mutter einfordert, zu stehen. Frau B. gibt klare Handlungsanweisungen.

„Und sie ist in dem Alter, wo ich sie aus der Schule erst mal zur Ruhe kommen lasse, sie holt sich erst mal was zu essen, und irgendwann gehe ich dann in ihren Raum, klopfe oder ich gehe einfach die Tür aufmachen. ‚Sag mal‘, ich sitze mich auf ihr Bett [...]“ (Pos. 67). Hier beschreibt sie eine Grenzüberschreitung und das wortwörtliche, uneingeladene Eindringen in die Privatsphäre ihrer 15-jährigen Tochter. Die Erlaubnis zu diesem Handeln scheint sie erneut durch ihre Rolle als Mutter zu legitimieren.

Interessanterweise kommt es jedoch zu einer Art Wandel bzw. Funktionszugewinn der Tochter, als die Mutter aufgrund einer gynäkologischen Operation im Krankenhaus liegt und im Anschluss zu Hause versorgt werden muss. In diesem Moment lässt sich vermuten, dass sich die Tochter entfaltet und die Rolle der Fürsorgerin einnimmt.: „Ja. Sie übernimmt gerne

meine Rolle als Mutter zu Hause. Ich habe ja drei Kinder, also sie, Brüder / der 12-Jährige und der kleine ist neun. Und ich darf ihr das einfach nicht sagen, aber ich bin mega stolz auf sie. Sie könnte alles, so wie ich es tue. Ja. Ich vertraue ihr auch alles Geld, Zuhause, Schlüssel. Ich habe in alle drei, auch in den Kleinen, da ist noch ein bisschen, der Mittlere, der macht das auch super, aber bei ihr, da kann ich wirklich mit ruhigem Kopf, wenn was sein sollte, vier, fünf Tage im Krankenhaus liegen, ich könnte ihr das ganze Zuhause, ihre Geschwister anvertrauen, ja.“ (Pos. 157-159)

Die Tochter möchte sie unbedingt ins Krankenhaus begleiten; für die Mutter da sein („Und da hat sie / sie bestand darauf, dass sie nicht zur Schule geht. Aber ich habe gesagt: ‚Nein. Das musst du nicht machen.‘ Sagt sie: ‚Mama, ich gehe nicht in den Unterricht morgen.‘ Ich hab gesagt: ‚Doch, du gehst morgen zur Schule. Für so was musst du nicht (ausfallen lassen? 26:33) den Unterricht.‘“ (Pos. 141)). Vordergründig ist es Frau B. wichtig, dass ihre Tochter den Unterricht nicht verpasst. Es ist möglich, dass sie auch verhindern möchte, dass ihre Tochter sie in einem schwachen Zustand erlebt. Dennoch ist sie froh, dass ihre Tochter zuhause für sie da ist. („Sie hat auf mich aufgepasst.“ (Pos. 327))

Gesundheitsverhalten

Gleich zu Beginn stellt Frau B. die These: „Die Mutter ist Mama, Freund, Ärztin, alles einfach.“ (Pos. 23) auf. Ein Beispiel veranschaulicht, was sie mit der Rolle der ‚Ärztin‘ meint. Als die Tochter aufgrund eines entzündeten eingewachsenen Haars in der Glutealfalte operiert werden muss und es um die Nachsorge geht, beschreibt Frau B. die Situation wie folgt:

„Ein bisschen hoch hatte sie die Entzündung, die war auch wirklich drei Zentimeter lang, drei bis 15 / nee, drei Zentimeter tief und fünf Zentimeter war sie lang, ja, sie hatte echte / ja, das, da hat sie echt auch gelitten mit / mit Liegen, mit Sitzen, aber mhm, ja, sie hat mein Vertrauen gebraucht, also sie hat meine Nähe gebraucht und mein Vertrauen, dass sie mir in dem Bereich, was ihre Intimsphäre angeht, doch mir sich anzuvertrauen / ich versuche, sie zwar immer zu lockern, wir reden offen.“ (Pos. 85).

Auffallend ist hier die tatsächlich sehr genaue Beschreibung der Entzündungsausbreitung. Frau B. nennt die exakte Zentimeteranzahl und suggeriert somit, sich im Detail befassen zu haben. Generell bleibt dies jedoch die einzig konkrete Ausdrucksweise. Denn die exakte Diagnose der Tochter benennt sie nicht - eventuell aus Scham aufgrund der Körperstelle oder schlichtweg aus fehlendem medizinischem Wissen.

Interessant wird es, als sich die Tochter aufgrund ihrer Schmerzen durch die Haarentzündung anders verhält. Den Grund dafür gibt sie aber vorerst nicht preis. „Sie hat / sie war erst mal sehr nervös, unruhig, nicht direkt hysterisch oder aggressiv, aber ich habe gemerkt: Sie (-) / so nach dem Motto: Boah, das geht mir auf die Nerven da! Aber ich hab das nicht so ernst genommen, weil durch die Hormone, bevor sie ihre Tage bekommt, ist sie ja auch so. Ich glaube, manche Tage sind unerträglich, ne? Und da habe ich auch Gespräche mit ihr geführt: Nur sie kann sich damit auseinandersetzen. Nur sie kann dieses ähm Problem würde ich jetzt nicht sagen, nur / doch, indirekt hormonelles Problem, würde ich sagen, bevor die Tage kommen, dann ist das meistens bei einer Frau [...].“ (Pos. 79-80)

Daraufhin sucht Frau B. nach der möglichen Ursache und listet zuerst die „Symptome“ der Tochter auf um diese fälschlicherweise als „typische Stimmungsschwankung“ vor dem Einsetzen der Menstruation zu deuten. Dazu gibt sie weiter fachmännisch an: „dann ist das meistens bei einer Frau“. Möglichenfalls möchte sie mit selbstzugeschriebener Gesundheitskompetenz glänzen. Doch möglicherweise zieht sie voreilige Schlüsse, nimmt ihre Tochter nicht ernst und beschreibt es – mangels besserer Begriffsfindung – als „indirekt hormonelles Problem“

Kommunikation innerhalb der Familie

Die zwei jüngeren Söhne, der Ehemann und die Schwester werden als weitere Akteure innerhalb der Familie genannt.

In einer Ansprache an ihre Kinder grenzt Frau B. die Bedeutung des Familien-Gefüges im Vergleich zu Freundschaften deutlich voneinander ab. Laut der Mutter neige die Tochter dazu, in den Angelegenheiten ihrer Freunde zu involviert zu sein: *„Nur ich kann ein Vorbild sein, achten auf die Umgebung, welche Freunde. Aber [hustet] selbst bei Freunden: Ich bin froh, die haben gelernt, hey, das ist Familie, das sind Freunde und als Freund meiner Freundin helfe ich, aber nur als Freund. Ich darf ihr nicht vorschreiben, wie sie sein soll, was sie machen soll. Da habe ich auch Gespräche mit ihr gehabt. Sie wollte schon zu viel eingreifen. Du kannst nicht die Mama-Rolle übernehmen, nur weil ich mit euch so umgehe. Ich bin eure Mutter, ich darf das. Aber du, deine Freunde, du hast die Freundschaft zu pflegen, [...]“* (Pos. 213)

Mit dieser Aussage beabsichtigt sie, ihrer Tochter ihre Position zuzuweisen und stellt sich erneut als die allein Berechtigte, die Mutter dar. In gewisser Weise missbraucht sie den Begriff der „Mutter-Rolle“, indem sie ihn mit ihrer Übergriffigkeit gleichsetzt. Faktisch gesteht sie im Verlauf des Interviews ihr Unvermögen ein, der Tochter Privatsphäre zu gewähren: *„Sie hat ja aber auch eine starke Verbindung zu meiner Schwester. Sie ist die Tante. Es gibt Sachen, die die mir nicht anvertrauen kann oder wenn sie wütend ist auf mich, weil sie nicht das machen kann, was sie möchte, dann spricht sie gerne mit der Tante. (-) Und ja, die Tante sagt mir das dann, aber ohne dass sie es weiß natürlich. Um zu gucken, warum das so ist, warum will sie das machen und aus welchen Gründen. Und dann versuche ich / dann, dann führe ich halt ein Gespräch mit meiner Schwester, so finde ich auch heraus, was in ihrem Kopf manchmal geht, ohne dass ich sie jetzt hinterher belausche. Nein, ich möchte das nicht. Sie hat das Recht auf ihre Privatsphäre und ihr Privates, was sie machen möchte, worauf sie Lust hat. Aber ja, dann rede ich schon mit meiner Schwester darüber.“* (Pos. 267)

Auf eine widersprüchliche Weise schildert sie, dass sie Informationen, die ihre Tochter ausschließlich der Tante anvertraut hat, über diese aufnimmt. Damit missbrauchen sowohl die Mutter als auch die Tante das Vertrauen der 15-jährigen Tochter.

Zudem möchte Frau B. erklären, dass die Verslossenheit und die Umgehung von sogenannten Tabu-Themen wie beispielsweise der „Intimsphäre“ der Tochter, in ihrer kulturellen und religiösen Prägung, begründet liegen. Die Familie komme aus Makedonien und auch Frau B. sei sehr streng erzogen worden. Sie geht sogar so weit, die Intimsphäre als „Heiligtum“ zu bezeichnen. Was und wie genau sie Intimsphäre definiert, lässt sie außen vor (,Deswegen. Wir kommen aus Makedonien, wir sind sehr stark religiös, trotzdem aber nicht diese starke (unv.) müssen (Fakten?), Tsch, nein, wir laufen auch freizügig und aber mhm. Was das angeht, ihre Intimsphäre ist ihr Heiligtum und ähm wenn sie ein Gespräch braucht, dann kommt sie schon zu mir. Aber sonst redet sie mit niemandem darüber. Sie möchte das auch nicht.“ (Pos. 191)).

Angst

Vordergründig sind Motive wie Scham in Bezug auf den eigenen Körper und die Angst, intime Themen anzusprechen. Wie bereits im vorherigen Unterkapitel erläutert, bieten der kulturelle Hintergrund und die strenge Erziehung der Mutter mögliche Erklärungsansätze.

„Nein. Nein. Da / sie ist noch Jungfrau, also was das angeht, da wüsste / da ist sie / das ist für sie ein sensibles Thema, da spricht sie auch mit niemandem. Und ähm (-) ja, das ist für sie / sie hat da / Nee, das da unten ist / sauberhalten, mich pflegen, meinen ganzen Körper. Wenn ich meine Tage habe, okay, ich habe meine Tage, aber da unten geht mir keiner dran. Das ist sie, ne? Sie hat / erzählt aber, was hat sie jetzt / Hygiene hält sie rein mit Rasieren und so Sachen.“ (Pos. 183)

Frau B. gerät an dieser Stelle deutlich ins Stottern und tut sich sichtlich schwer die richtigen Begrifflichkeiten zu benutzen, stattdessen beschreibt sie zweimal „da unten“. Es ist somit vermutlich nicht nur für die Tochter ein „*sensibles Thema*“.

Gespräche über die GKFU scheinen mit der Tochter noch nicht möglich zu sein. Zu groß ist das Unwohlsein, sich bezüglich Frauengesundheit mit der Mutter zu unterhalten. Eine scheinbar harmlose Konversation über einen Tampon veranlasst die Tochter das Gespräch sofort abubrechen (*Abstriche beim Frauenarzt, (unv. 34:53) sie ist noch Jungfrau und bei so was, nee, über so was kann ich gar nicht mit ihr reden. Wir waren zum Beispiel letztes Jahr im Sommer / wir waren im Urlaub in der Türkei und sie hat ihre Tage bekommen. Für mich war das auch so ein bisschen unangenehm, aber ich hab gesagt: „Nee, ich bin ihre Mutter, ich biete ihr das jetzt an, ob sie das macht oder nicht.“ (Das muss sie entscheiden? 35:19) das ist ihr Körper. Ich habe ihr angeboten: „Was hältst du von OBs?“ Sagt sie: „Nee. Mama, lass das jetzt. Ich möchte nicht darüber reden. Ich brauche den Scheiß nicht.“ Ne? So halt.“ (Pos. 189)). Die könnte einerseits dem jungen Alter der Tochter geschuldet sein, andererseits auch die eigene Unsicherheit und Schambehaftetheit der Mutter.*

Schicksal

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich Frau B. Herangehensweisen an Situationen durch Aktivismus und das Vertrauen auf die eigene Handlungsmächtigkeit beschreiben lassen: „[...] Ich sehe das so: Für jedes Problem gibt es eine Lösung. Man muss nur den Weg suchen, was dazu sagen, machen.“ (Pos. 197) Das Verb „Machen“ reflektiert hierbei den aktiven Ansatz.

Sie zeigt sich im Verlauf des gesamten Interviews wenig schicksalsergeben und spielt auf keine höheren Mächte an. Wirkt sie zwar selbst nicht so, als werde sie von höheren Mächten gelenkt, bezeichnet sie sich dennoch – etwas vage – als „höhere Größe“, als sie davon spricht, wie sie vermeintlich ernste Situationen mit ihrer Tochter handhabe: „[...] aber manchmal muss ich diese autoritäre – Also durch die höhere Größe, also durch die Augenhöhe ernstes Gespräch, an die Hand halten und sagen: „Hey, hier hört der Spaß auf. Ich möchte das nicht nur, ich erwarte das. [...]“ (Pos. 55). Durch den Neologismus „höhere Größe“ erhebt sie sich gewissermaßen selbst in eine höhere Position. Bemerkenswert ist auch der Unterschied zwischen dem Ausdruck „an die Hand halten“ und dem sprichwörtlichen „an die Hand nehmen“. Während letzterer meist für beratende Unterstützung steht, vermittelt „an die Hand halten“ eine eher konkrete Bedeutung, nämlich das Festhalten und in die Schranken weisen.

Ferner übt sie Kritik an den heutigen gesellschaftlichen Strukturen und plädiert für mehr Halt und Sicherheit innerhalb von Familien. Sie betrachtet die Familie als den wesentlichen Anker und Schutzschild, der das Abrutschen „auf die schiefe Bahn“ verhindern kann. Zentrale Motive ihrer Überzeugung scheinen dabei Unterstützung, Kontrolle, Verantwortung, Macht und das Fernhalten einer drohenden Gefahr zu sein. Sie strebt danach, aktiv und tatkräftig in das Schicksal und den Lebensweg ihrer Kinder einzugreifen, um potenziell „negative Gedanken“ von ihnen abzuwenden und folglich deren Entwicklung in die gewünschte Richtung zu lenken. („Man muss aber (-) / Die Kinder, finde ich, brauchen eine sichere Umgebung, ganz wichtig. Aber die brauchen diesen Halt. Wenn der Halt, dieser Halt nicht richtig an / eingesetzt und da ist, da kann viel falschgehen [...] und dadurch leiden die Kinder und vor allem gehen die in die schiefe Bahn, ist klar. Die haben / da ist niemand. Da ist die Oma zum Beispiel nicht, da ist der Papa nicht, da ist die Mutter nicht, da ist die Tante nicht, wer weiß, woher auch Familien dann kommen, ist vielleicht der Kontakt auch nicht da. Die Kinder müssen aber jemanden zu Hause immer dahaben. Und für wissen, bevor die auf diese, irgendwelche negativen Gedanken kommen“ (Pos. 241)).

Sprachliche Analyse

Unterzieht man das Interview einer semantischen Analyse, stellt man fest, dass weder Metaphern, Redewendungen noch sonstige sprachliche Mittel eingesetzt werden. Die Ausdrucksweise der Interviewten wirkt insgesamt eher kolloquial. Ein Beispiel hierfür: *„Ich sage: ‚Stell dich nicht so an, du bist aus meiner / aus Mamas Momo rausgekommen‘, ne? Ist doch Tatsache, ich muss ich jetzt nicht dafür / keine bestimmten Begriffe, Fachbegriffe nennen, als Mutter und Kind redet man schon anders oft.“* (Pos. 87) Womöglich rechtfertigt sie sich hier, da sie die entsprechenden Fachbegriffe nicht benennen kann.

Es erweckt diverse Male den Anschein, als fehle ihr der treffende Begriff. Oftmals lässt sich nur aus dem Kontext erahnen, was sie tatsächlich ausdrücken möchte: *„Das war psychisch: Ich gehe da nicht rein, ich möchte schon, dass es freiwillig sei. ‚Ja, okay, Mama.‘ Und irgendwann kam das auch von ihr: ‚Mama, kannst du mal gucken, [...]‘* (Pos. 89-95) Bei *„Das war psychisch“* könnte man davon ausgehen, dass sie eigentlich umgekehrte Psychologie meint.

Auf syntaktischer Ebene verzeichnen sich zahlreiche Satzabbrüche so wie Reformulierungen.

Eine repräsentative Textstelle wäre diese: *„Als Mutter sieht man ja alles zu Hause. Ähm (-) ich weiß nicht, ob jeder mir / aber ich nehme an, vielleicht fünf Prozent nicht, aber von 100 95 Prozent, da bin ich mir ganz, ganz sicher: Eine Mutter sieht einfach alles und es fällt direkt auf (-): Wie sieht mein Kind aus? Hat denn mein Kind gegessen? Ist mein / ah, mein Kind ist glücklich. Oh nein, mein Kind ist traurig. Was ist denn da? Da macht man sich direkt Gedanken, dass man ein Gespräch aufsucht als Mutter.“* (Pos. 65) Hier versucht sie durch Prozentangaben eine vermeintliche Faktifizierung ihrer Aussage zu erreichen. Die Reformulierungen zu Beginn des Satzes markieren ihre Unsicherheit. Doch dann springt sie von *„ich weiß nicht“* zu *„da bin ich mir ganz, ganz sicher“*. Dies spiegelt sich auch auf sprachlicher Ebene wider. Es kommt zu fast keinen Satzabbrüchen mehr.

Die Mutter positioniert sich durch den Gebrauch aktiver Verben, wie etwa *„ich habe dafür gesorgt“*. Unterzieht man ihre Aussagen einer Agency-Analyse, so lässt sich erkennen, dass die von ihr verwendeten aktiven Verben die kognitive Repräsentation von eigener Handlungs- und Wirkmächtigkeit darstellen. (*„Ich habe dafür gesorgt, dass mein Kind sehr selbstbewusst sich wird, auch entscheidet seine eigenen Grenzen [...]“* (Pos. 31))

„Das ist schon wichtig, Gespräche führen. Ich muss doch sehen, wie es mir, wie es denen geht, wie es mir geht. Also das ist ganz wichtig, darüber zu reden, dann fühlt man sich erleichtert. Oder man findet Lösungen, man guckt nach, man hakt nach, man guckt, es muss einen Weg geben, [...]“ (Pos. 197)

Der Wechsel von der Ich-Perspektive („wie es mir geht“) zur allgemeinen Perspektive („man“) könnte darauf hindeuten, dass sie versucht, ihre persönlichen Erfahrungen auf eine allgemeinere Ebene zu heben. Dies kann den Eindruck erwecken, dass sie nicht nur von sich selbst spricht, sondern auch eine soziale Norm oder allgemeingültige Wahrheit formulieren möchte.

Fazit

Zusammenfassend handelt es sich um ein spannendes Mutter-Tochter-Paar. Aufgrund des jungen Alters der Tochter und des gemeinsamen Wohnens ist diese stark an die Mutter gebunden. Die Mutter erweckt den Anschein gerne die Kontrolle zu haben und gewährt ihrer Tochter, trotz gegenteiliger Behauptungen, wenig Freiheiten. Gesundheitliche Themen, besonders solche zur Frauengesundheit, werden zwar angesprochen, doch die durch Scham verursachte Hemmung lässt eine Barriere in der Kommunikation zwischen den beiden vermuten.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage lässt sich in diesem Fall kein direkter Einfluss der Tochter auf das Teilnahmeverhalten ihrer Mutter bei der GKFU feststellen. Es besteht jedoch Potenzial dafür. Dies wurde deutlich, als die Mutter operiert werden musste und die Tochter große Sorge um ihre Gesundheit zeigte und sich um sie kümmerte.

IV. Interview „Mama, also so geht das nicht, du musst hin“

Dieses Interview wurde mit der 64-Jährigen Frau H. im Besprechungszimmer einer gynäkologischen Praxis geführt und hatte eine Länge von 20 Minuten. Frau H. hat eine 32 Jahre alte Tochter und lebt mit ihrem Ehemann im Umkreis Düsseldorf. Im Interview gab sie Einblicke in das Verhältnis zu ihrer Tochter, in die Familie und ging insbesondere auf die Beziehung zu ihrer eigenen Mutter ein. Hierbei hob sie auch das Verhältnis ihrer Tochter zur Großmutter hervor. Des Weiteren erzählte sie von ihrer Zellveränderung der Gebärmutter Schleimhaut.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

In der Eingangspassage des Interviews gibt Frau H. zugleich einen breiten Überblick über das Themenspektrum, über das sie mit ihrer Tochter sprechen kann. Die Aussage *„Wir sprechen über alles“* fällt schon im zweiten Satz und wird daraufhin mit dem Beispiel Verhütung untermauert. Dies soll vermutlich suggerieren, dass auch ein eher intimes Thema keine Kommunikationsbarriere zwischen den beiden darstellt. Ziemlich schnell geht Frau H. ins Detail und berichtet über die Augenerkrankung ihrer Tochter sowie auch ihre eigene psychologische Behandlung:

„Eigentlich alles. Ich habe, ja, eigentlich keine Geheimnisse vor meiner Tochter, sie eigentlich vor mir auch nicht. Und ja, also wir sprechen über alles, ja, wir un / sie erzählt mir auch in Puncto Verhütung oder wenn sie jetzt Probleme hat. Sie hat eine Augenkrankheit seit einem Jahr jetzt, Uveitis nennt sich das. Und da hat sie also ziemliche Probleme mit und ja, und dann also eben auch schon in ihrem Alter jetzt mit knapp 33 mit den Knien, mit dem Rücken und alles, was so dazugehört, Hautprobleme und so was dann eben, also / Und von daher also sie weiß auch, dass ich auch in psychologischer Behandlung bin seit 2017 und da sprechen wir eben auch über alles Mögliche. [...]“ (Pos. 29)

Doch schon in den darauffolgenden Sätzen rudert sie offenbar zurück: *„Gut, jetzt irgendwelche ganz intimen Probleme in Puncto Partnerschaft oder so sprechen wir nicht drüber, ist bis jetzt jedenfalls nicht vorgekommen, aber [seufzt] wenn da irgendwas wäre, ich würde meiner Tochter also auch zuhören. Oder wenn ich jetzt extreme Probleme mit meinem Mann hätte oder so [seufzt], ich weiß es nicht, vielleicht würde sie das auch zu sehr belasten, wenn ich da irgendwas erzählen würde, ne? Aber Gott sei Dank, toi, toi, toi, ist es auch nicht an dem [lacht].“ (Pos. 32).* Das Gespräch über Partnerschaft, welches sie nicht weiter definiert, würde nun doch zu „intim“ sein. Bei „extremen“ Problemen mit ihrem Ehemann würde sie die Tochter jedoch eventuell einweihen. Hier könnte man annehmen, sie wolle die Tochter eher schützen bzw. nicht belasten.

In Bezug auf ihre Gesundheit erläutert sie, dass Tochter und Mutter sich regelmäßig austauschen und einander umgehend über etwaige akute gesundheitliche Beschwerden informieren. (*„Und Mama, wie war es? Was sagt der Arzt?“ oder „wie war die Untersuchung, alles in Ordnung?“ und so. Nee, nee, das macht sie also auf jeden Fall. [...] Ich frage bei ihr ja auch immer nach oder sage ihr: ‚Wenn du rauskommst aus dem Krankenhaus‘ / weil sie fährt dann mit den Augenproblemen auch nach Münster zur Untersuchung.“ (Pos. 65-68) und „Und das machen wir also schon, wir tauschen uns da auf jeden Fall aus.“ (Pos. 71)).*

Die Beziehung der beiden scheint auf gegenseitiger Fürsorge und einem offenen Austausch zu beruhen. Diesbezüglich auffallend äußert sich Frau H. jedoch wie folgt: „Ja, man möchte natürlich wissen, wie es dem Kind geht, ne? [lacht] Kind bleibt Kind [lacht]. (Pos. 73-76). Trotz dieser Rollenzuschreibung kommt es zu einem interessanten Wandel im Verlauf des Interviews.

Als das Thema Arzttermine zur Sprache kommt, wird deutlich, dass die Tochter ihrer Mutter klare Handlungsanweisungen erteilt. Frau H. bildet mit der Verwendung von wörtlicher Rede die narrative Identität ihrer Tochter: „Ja, sie sagt dann schon mal: ‚Mama, also so geht das nicht, du musst hin. Du musst das machen lassen.‘ [lacht] Da sind dann die Rollen getauscht [lacht]. [...] Ja, als ich das jetzt Letztens mit dem Knie hatte. Also ich hatte so Probleme mit meinem Knie und habe letztes Jahr am 1. Juni ein neues Kniegelenk bekommen. Und dann hab ich immer gesagt: ‚Ach, ich hab gar keine Lust, da hinzugehen.‘ ‚Mama, du musst dahin und nun mach mal und hilft doch alles nichts!‘, und so, ne? Also da ist sie dann schon mehr so: Du musst jetzt – mit erhobenem Zeigefinger, ne? Du musst das machen. Und jetzt auch wieder, weil ich so Bandscheibenvorfälle in der Halswirbelsäule hab, habe ich immer ein taubes Gefühl in den Händen. Und auch dass die Arme einschlafen und eben das, was da alles so mit zusammenhängt. ‚Du lässt das machen! Lass das mit den Spritzen machen. Und das ist auf jeden Fall gut. Und bei den meisten hilft es ja, es gibt immer wenige, wo es nicht hilft‘, und ja. Dann muss ich jetzt, nächste Woche Donnerstag muss ich zum Vorgespräch.“ (Pos. 99-109)

Hier erkennt man einen Funktionszuwachs der Tochter. Sie erweitert ihre Rolle von der des ‚Kindes‘ zur Fürsorgerin. Die von der Tochter verwendete Wortwahl „Also so geht das nicht“ in Verbindung mit dem „erhobenen Zeigefinger“ fasst Frau H. mit dem Satz „Da sind dann die Rollen getauscht“ zusammen.

Auffallend ist zudem, dass die Tochter klare Aussagen zum Erfolg der Therapie trifft. Dies vermittelt den Eindruck, sie verfüge über medizinisches Hintergrundwissen. Die Ansage der Tochter zeigt Wirkung, denn Frau H. berichtet über ihre anstehenden Arzttermine. Der Aktivismus der Tochter tut ihr anscheinend gut, denn sie bewertet das Verhalten wie folgt:

I: „Und wie geht’s Ihnen denn dann damit, dass Ihre Tochter so dahinter ist?“ P: „Ich finde es eigentlich gut. Ich find’s schön. Manchmal ist sie ein bisschen zu hartnäckig. Aber ich find’s gut, weil daran sehe ich, dass sie sich dafür interessiert, dass wir / dass es mir gut geht, ne? Also von daher: Doch. Ich bin da eigentlich / ganz positiv sehe ich die Sache.“ (Pos. 178-187)

Die „Hartnäckigkeit“ der Tochter interpretiert Frau H. als Beweis ihrer Unterstützung und Liebe. Insgesamt könnte man den Eindruck bekommen, dass sie die Fürsorge eher etwas zögerlich akzeptiert. So argumentiert sie mit „Doch“ ohne, dass die interviewende Person Widerspruch erhob, etwa um sich selbst zu überzeugen.

Interessanterweise berichtet Frau H., dass sie ein ähnlich intensives Verhältnis zu ihrer bereits verstorbenen Mutter hatte („Weil ich das bei meiner Mutter auch gemacht habe, ne?“ (Pos. 117)).

„Ja. Bei meiner Mutter war es noch etwas schlimmer. Die wollte dann nicht. Die hat sich dann geweigert, da hinzugehen und ja, ihr wollt mich ähm / Sie hatte sehr starke Probleme nachher von der Psyche her. Und sie war dann der Meinung, wir wollten sie nur abschieben, ne? Wir wollten ihr was. Und das ist absolut nicht der Fall. Ich hab auch noch versucht, auf sie gut einzureden und / aber da wollte sie nicht so hören. Wenn [Tochter] was gesagt hat, dann hat sie gehört. ‚Nee, Oma, komm jetzt, zack, wir‘ [...] Und ähm ich hab auf sie eingeredet. Ich hab gesagt: ‚Komm, wir müssen damit zum Arzt. Das geht doch nicht‘, sage ich. [...] Und ich hab geredet und dann: ‚Nein, nein, nein, nein!‘ Ja. Und dann irgendwann kam [Tochter], kam unsere Tochter dann, sagt sie: ‚Oma, so geht das nicht. Hier stinkt es. Ich nehme dich jetzt. Wir fahren jetzt zur Notfallpraxis.‘ (-) ‚Ja, aber.‘ ‚Nee, nichts ja aber, wir machen das jetzt. Komm jetzt‘, zack, zack. Und / und ja, dann ist sie mitgefahren zur Notarztpraxis und ja, [...] Sie hat das praktisch in die Wege geleitet, was ich nicht geschafft hatte, ne? [Tochter] war auch bei den Johannitern.

Und dadurch (waren wir? war sie? 13:36) der Meinung, [Tochter] hätte eine bessere Ausbildung als ich und sie wüsste das viel besser.“ (Pos. 163-166).

Die Tatsache, dass die eigene Mutter eher auf die Enkelin als auf die Tochter hörte, scheint sie noch immer zu kränken. Der Eindruck, Frau H. hege diesbezüglich neidvolle Gefühle gegenüber ihrer Tochter, wird vermittelt. Diese hat erreicht, was sie vergebens versucht hatte. Den persönlichen Auftrag, für ihre Mutter zu sorgen, konnte sie augenscheinlich nicht erfüllen und fühlt sich womöglich schuldig. Ergriffen von ihrem vermeintlichen Versagen, versucht Frau H. die Überredungskunst ihrer Tochter zu rechtfertigen, indem sie deren medizinischen Hintergrund bei den Maltesern hervorhebt. Auf diese Weise konnte sie sich vom ‚Laien‘ abgrenzen und die Großmutter zur Einsicht bringen.

Gesundheitsverhalten

Frau H. berichtet von ihrer Zellveränderung der Gebärmutterschleimhaut, die mittels Konisation entfernt wurde. Da sie in diesem Zusammenhang erzählt, dass ihre Tochter sie zuvor oft mit Schmerzen vorgefunden habe, könnte man vermuten, dass Frau H. den Arzttermin hinausgezögert hat, bis sie schließlich ihr Leiden abklären ließ. *„Ja. Ja, ich / sie wusste das aber auch, weil sie sind eigentlich relativ oft bei uns zu Hause. Und wenn ich dann mal wieder im Wohnzimmer gelegen habe, weil mir der Bauch so wehgetan hat, weil ich solche Schmerzen wieder hatte, / dann / Sie wusste dann auch, dass ich immer häufiger Probleme damit habe, ne?“ (Pos. 83)).*

Als sie von ihren Knieproblemen berichtet, gesteht sie, dass sie *„keine Lust [hat], da hinzugehen.“* Mit „da“ meint sie wohl das Krankenhaus, in dem sie ein Knieprothesen-Operation haben würde. Auch hier wird sie von der Tochter aufgefordert: *„Ja, als ich das jetzt Letztens mit dem Knie hatte. Also ich hatte so Probleme mit meinem Knie und habe letztes Jahr am 1. Juni ein neues Kniegelenk bekommen. Und dann hab ich immer gesagt: ‚Ach, ich hab gar keine Lust, da hinzugehen.‘ Mama, du musst dahin und nun mach mal und hilft doch alles nichts!“, und so, ne?“ (Pos. 103).*

Zu Vorsorgeterminen versucht sie regelmäßig zu gehen. Jedoch hat sie dies im letzten Jahr nicht geschafft: *„Und nur letztes Jahr, da war so viel auf einmal und ja. Das war dann also ein bisschen zu viel“ (Pos. 215)* und fühlt sich spürbar schuldig: *„Und da sind mir verschiedene Arzttermine durchgegangen und aber jetzt deswegen dieses Jahr hab ich gesagt: Gleich erstes Quartal musst du hin! Ich glaube, im letzten Jahr war ich gar nicht. Und deswegen hab ich gedacht: Meine Güte, du musst hin. Weil wie gesagt, ich hatte das ja schon mal mit den Gewebsveränderungen.“ (Pos. 213-218).*

Hintergrund dieser inneren Verpflichtung ist vermutlich die Vorerfahrung der Zervixzell dysplasie. Dass im vorherigen Jahr *„so viel auf einmal“* war und die deshalb den Vorsorgetermin nicht wahrnehmen konnte, könnte auch eine Vermeidung vor eventuell erneuter Konfrontation mit einem schlechten Ergebnis und der damit verbundenen Angst, sein. Da sie von schlechtem Gewissen geplagt zu sein scheint, ermahnt sie sich diesmal auf die gleiche Weise wie ihre Tochter: *„Meine Güte, du musst hin!“*

Man könnte also zusammenfassend sagen, dass Frau H. ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein besitzt, dieses jedoch ohne den Druck ihrer Tochter langsamer verfolgen würde. I: *„Und denken Sie, Sie hätten die Termine alle gemacht, wenn Ihre Tochter da nicht so hintendran gewesen wäre?“ P: „Ja. Wahrscheinlich schon, aber dadurch, dass sie dann immer noch gesagt hat: ‚Nun, nun, nun, jetzt aber, jetzt aber‘, ja gut, dann hat man dann das noch ein bisschen forciert die Sache eben, ne?“ (Pos. 150-151).*

Kommunikation innerhalb der Familie

Im gesamten Interview hebt Frau H. die gute Kommunikation zwischen ihr und ihrer Tochter hervor. Auch wenn die Tochter, besonders bei Gesundheitsthemen, eher bestimmend wirkt, zeigt sich dennoch eine gegenseitige Fürsorge. Auch bei der Gesundheit der Großmutter waren alle Familienmitglieder involviert.

Auffallend ist die Abgrenzung der Mutter-Tochter-Einheit zu den jeweiligen Partnern. So schildert Frau H., dass der Ehemann der Tochter diese *wahnsinnig* mache mit seiner *Überängstlichkeit*: „Und ja, und sie hat da [lacht] etwas Probleme mit ihrem Mann, weil der ist so überängstlich. Und jedes Mal, sobald sie irgendwie am Auge juckt oder so: ‚Ist da was? Ist da was?‘ Und das belastet sie natürlich immer noch mit, weil er guckt dann immer direkt: ‚Was ist denn jetzt? Was ist denn jetzt?‘ Und das ist was, wo sie dann sagte: ‚Mensch‘, sagt sie, ‚Mama, manchmal macht der mich *wahnsinnig*.‘, ne?“ (Pos. 39). Die vermeintliche (Über-)Fürsorge des Ehemannes wird als Problempunkt beschrieben. Dass sie sich diesbezüglich der Mutter öffnet, und sich über ihn „beschweren“ kann, verdeutlicht ebenfalls die hohe Priorität, die die Mutter in ihrem Leben einnimmt.

Erinnert man sich an das I. Interview so kann man hier Ähnlichkeiten identifizieren. In einer komparativen Analyse lässt sich festhalten, dass sich beide Mutter-Tochter-Paare gegenüber den jeweiligen Partnern abgrenzen.

Anders als im ersten Interview versucht Frau H. die Charakterzüge des Ehemanns positiv zu interpretieren. Dies deutet an, dass Frau H. ihm gegenüber keiner Abneigung hegt, sondern sein Verhalten eher als Liebesbeweis interpretiert: „Ja. Andererseits dann sage ich ihr auch immer: ‚Es ist ja gut, dass er so ist. Wäre er nicht so, ja, wäre ja auch nicht schön, wenn er sich dafür nicht interessieren würde‘, was sie so für Krankheiten hat, ne?“ (Pos. 39-42).

Ein weiteres Motiv ist der Unterschied, den Frau H. zwischen früher und heute wahrnimmt: „Ja. Doch. Ich würde schon sagen, dass das irgendwo positiv ist, wenn sie da nachfragt und oder was sagt oder so. Doch, doch, das schon. Ich meine, früher war es halt so, da wurde ja nie darüber gesprochen. Leider nicht, das war ja alles tabu. Und das ist heute, Gott sei Dank, nicht mehr so. Ich sehe das alles ein bisschen offener. Ja. Doch. Das ist eigentlich bei uns so in der Familie, dass das alles ein bisschen freier.“ (Pos. 203-207). Sie prangert die Verslossenheit von damals an und ist froh, dass die vermeintlichen Tabu-Themen nun nicht mehr umgangen werden. Die Überzeugung, dass in ihrer Familie tatsächlich offen über gesundheitliche Probleme gesprochen wird, relativiert sie direkt mit den Worten „*eigentlich*“ und „*bisschen*“.

Angst

Besonders die Themen Alter und Pflegebedürftigkeit scheinen ein starkes Unbehagen in Frau H. hervorzurufen: „Und deswegen ziehen sie ja jetzt auch mit zu uns ins Haus, weil sie sagte / sagt sie: ‚Ich kann euch nicht pflegen, wenn es euch mal nicht mehr gut geht.‘ ‚Aber‘, sagt sie, ‚ich kann dafür sorgen, dass wenn ihr mal nicht könnt, dass ich für euch einkaufen gehen kann oder sonst irgendwie was erledigen kann, dass ihr dann nicht sofort, ja, ins Altenheim geht, wenn es gar nicht mehr geht.‘ Und das finde ich eigentlich auch eine sehr schöne Einstellung. Im Prinzip so, wie wir es mit meinen Eltern auch gemacht haben, und so will sie es dann eben auch mit uns dann handhaben, die ganze Sache. Und unser Schwiegersohn steht auch auf dem / auf der Meinung, dass er eben sagt: ‚Wir sorgen dann für euch.‘ Ja. Da bin ich eigentlich ganz zufrieden mit, dass das so läuft.“ (Pos. 189).

Sie beschreibt den Prozess des Alterns und den perspektivischen Verlust der Selbstständigkeit als „*die ganze Sache*“ oder „*das*“. Das Unvermögen, die Dinge beim Namen zu nennen, ist hinweisend auf die zugrundeliegende Angst. Angst auch vor einem Leben im Altersheim. Eine Befürchtung, wie sie auch die Großmutter hatte („Und sie war dann der Meinung,

wir wollten sie nur abschieben, ne?“ (Pos. 125-126)). Auch die Tochter wirkt, als wolle sie dies unbedingt verhindern: „[...] ‘dass ihr dann nicht sofort, ja, ins Altenheim geht, wenn es gar nicht mehr geht. [...]‘“ (Pos. 189).

Die Bereitschaft ihrer Tochter und des Schwiegersohns, zu den Eltern zu ziehen, um diese im Alter zu unterstützen, ist ein weiteres Zeichen für das gute Verhältnis innerhalb der Familie. Es sieht aus, als würde sie diese Unterstützung beruhigen und mildert zumindest teilweise Frau H.s Sorgen. Sie beschreibt weiter, dass sie eine ähnliche Lösung auch für ihre eigenen Eltern gefunden hätte und ist froh, ihre Tochter an ihrer Seite zu wissen. *„Wir sorgen dann für euch“* – diesen Satz des Schwiegersohns gibt Frau H. wörtlich wieder, was verdeutlicht, wie wichtig ihr dieses Versprechen ist.

Schicksal

Zum zentralen Motiv des Schicksals lassen sich hier zwei Gegenpole identifizieren. Auf der einen Seite steht die Tochter, die sich durch ihren Drang zum Aktivismus auszeichnet. Auf der anderen Seite findet sich die Mutter, die häufig Ausdrücke wie „Aber Gott sei Dank, toi, toi, toi“ (Pos. 31) verwendet. Diese Übertragung der Verantwortung auf eine höhere Macht, wie zum Beispiel Gott oder das Glück, entzieht ihrem Handeln die Eigenverantwortung. Im Rahmen der Agency-Analyse werden diese Aspekte näher untersucht.

Sprachliche Analyse

Das auffälligste pragmatisch-sprachliche Element ist die Art und Weise, wie die Mutter sich gegenüber ihrer Tochter in der wörtlichen Rede positioniert. An einer Vielzahl von Gesprächsstellen gibt Frau H. nicht nur die vermeintlichen Worte ihrer Tochter wieder, sondern imitiert auch ihre Stimme und Akzentuierung bzw. Intonation. Deutlich wird dies beispielsweise durch diese Aussage der Tochter: *[...] ‚Du lässt das machen! Lass das mit den Spritzen machen. Und das ist auf jeden Fall gut. Und bei den meisten hilft es ja, es gibt immer wenige, wo es nicht hilft‘, und ja. Dann muss ich jetzt, nächste Woche Donnerstag muss ich zum Vorgespräch.‘* (Pos. 109-110). Dies deutet darauf hin, wie präsent diese Gespräche in ihrem Gedächtnis verankert sind.

Indem Frau H. in der Stimme ihrer Tochter spricht, konstruiert sie deren narrative Persönlichkeit: *„Und dann irgendwann kam [Tochter], kam unsere Tochter dann, sagt sie: ‚Oma, so geht das nicht. Hier stinkt es. Ich nehme dich jetzt. Wir fahren jetzt zur Notfallpraxis.‘ (-) ‚Ja, aber.‘ ‚Nee, nichts ja aber, wir machen das jetzt. Komm jetzt‘, zack, zack.“* (Pos. 161) und *„[...] ‘Nee, Oma, komm jetzt, zack, wir machen das jetzt‘“* (Pos. 128). Auf diese Weise gibt die Mutter indirekt Einblick in das aktive, handlungsmächtige Wesen der Tochter. Besonders hervorzuheben ist das zweimal verwendete *„zack zack“* im Sprachgebrauch der Tochter. Diese knappe, umgangssprachliche Ausdrucksweise weist auf die Geradlinigkeit im Charakter der Tochter hin. Ferner gibt sie in logisch-direkten Sätzen Handlungsanweisungen und verleiht mit dem kollektivierenden *„wir“*, als Episteme ihrer Aussage, zusätzlich Geltungskraft (*„Wir fahren jetzt zur Notfallpraxis.“ Und „Wir machen das jetzt.“*).

Auffallend ambivalent ist Frau H.s Ausdrucksweise bezüglich medizinischer Fachbegriffe. Spricht sie in einem Moment medizinisch korrekt von der Spinalkanalstenose, so bezeichnet sie im darauffolgenden Satz eine lokale Hautinfektion, als eine Art *„offene Stelle“*, in der *„das Fleisch innendrin zu faulen“* (Pos. 161) beginnt.

Ein weiteres Element, das Frau H. im Interview häufig verwendet, sind Negationen. Beispiele hierfür geben folgende Textstellen: *„Nein, also wir fragen da schon nach“* (Pos. 77); *„Nee, nee, das macht sie also auf jeden Fall.“* (Pos. 65) und *„Nein, aber ansonsten: Wir sprechen frei über alle Krankheiten und das ist also gar keine Sache.“* (Pos. 33). Jeden dieser Sätze beginnt sie mit einem

„Nein“, was jedoch im Kontext bejahend wirkt. Durch diese Art der Ausdrucksweise möchte sie wahrscheinlich ihren Aussagen, auf paradoxerweise Weise, Nachdruck verleihen.

Fazit

Dieses Mutter-Tochter-Paar kann insgesamt offen miteinander kommunizieren. Es wird deutlich, wie die Tochter die Mutter aktiv dazu bewegt, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen und ihr auch Fürsorge für das Alter verspricht. Die Mutter scheint die Bemühungen und Fürsorge der Tochter anzunehmen. Die Forschungsfrage, ob die Tochter Einfluss auf die Entscheidung der Mutter zur Teilnahme an der GKFU hat, lässt sich hier nicht direkt bestätigen. Zwar nimmt Frau H. die Untersuchung selbstständig wahr, berichtet jedoch, dass sie Arzttermine gerne aufschiebt. Daher lässt sich vermuten, die Tochter sei die ideale Ansprechperson und Motivatorin. Insgesamt lässt sich ein allgemeiner positiver Einfluss der Tochter auf die gesundheitlichen Entscheidungen der Mutter feststellen.

V. Interview „Ich bin meistens der Vorreiter“

Im folgenden Abschnitt wird das Interview mit Frau L. analysiert. Die 76 Jahre alte Dame hat eine 55-jährige Tochter. Das Interview erfolgte in einem Besprechungszimmer in der gynäkologischen Praxis und hatte eine Gesamtdauer von 27 Minuten. Frau L. lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einem Wohnhaus im Umkreis Düsseldorf. Ihre Tochter lebt im selben Haus, jedoch in einer eigenen Wohnung. Im Gespräch gibt es Einblicke das Familienleben und Frau L. Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Gleich zu Beginn des Interviews startet Frau L. sehr offen und schildert die komplikationsreiche Schwangerschaft und Geburt der Tochter. Diesen Abschnitt schließt sie mit der Aussage:

„Das Mutterkind ist erst später entstanden, wie sie dann, so sage ich mal, anfang in die Pubertät zu kommen und so. Da ist dieser Kontakt erst so richtig gut entstanden. Heute sind wir auf einer Wellenlänge. Wir wohnen auch zusammen in einem Haus.“ (Pos. 19) und „Also das Verhältnis ist eigentlich schon fast mehr, wie man sagt, feste Freundin und ja?“ (Pos. 21).

Sie selbst beschreibt das Verhältnis freundschaftlich und auf Augenhöhe. Anzunehmen ist, dass sie *beste* Freundin, anstelle von *fester* Freundin sagen wollte (- ein Freud'schen Versprecher, der die enge Beziehung der beiden andeutet?).

Sie erteilt ihrer Tochter klare Handlungsanweisungen in Bezug auf deren von ihr als unglücklich eingeschätzte Liebesbeziehung: *„[...] und ich hab ihr dann mal klargemacht, dass sie gar nicht abnehmen kann, weil sie in einer Beziehung gerade steckt, die nicht gut ist. Und wir sind beide, sie so wie ich, wenn wir eben Probleme haben, nehmen wir zu, essen wir stark. [...] Und ich habe ihr auch klargemacht: Sie ist eine starke Persönlichkeit. Sie muss sich nicht von einem Mann unterdrücken lassen. Also das ist eine Sache, die / die ich eigentlich nicht finde“ (Pos. 37).*

Hier identifiziert sie sich sehr stark mit der Tochter und behauptet, sie hätten den gleichen Kompensationsmechanismus, wenn sie traurig sind. Ihr „freundschaftlicher“ Rat hat hier jedoch eher einen herrischen Charakter. Sie habe gleich zweimal „klargemacht“, dass das Verhalten der Tochter so nicht den „Handlungsempfehlungen“ der Mutter entspricht.

Die Mutter scheint sich um die Tochter zu sorgen. Dies übermittelt sie jedoch wenig freundschaftlich: „Sondern dass man auch mal ein Gespräch hat und dabei vielleicht: ‚Du bist ja ganz schön doof, mach doch das mal so, dann geht es dir auch besser. Ja?‘“ (Pos. 101)

Da die Tochter im gleichen Haus lebe, stünden die beiden im täglichen Austausch. Dabei sei die Tochter diejenige, die den Kontakt suche („meine Tochter kommt auf mich zu.“ (Pos. 43)).

„Die kommt dann auf mich zu, Vater war außer Haus und dann ist die Tochter gekommen und dann konnten wir mal ganz lange reden. Sie kann auch mit ihrem Vater selbst darüber reden.“ (Pos. 43-45))

Frau L. betont, das Gespräch über die romantische Beziehung der Tochter sei möglich, wenn der Vater außer Haus sei. Doch schon im darauffolgenden Satz macht es den Anschein, als würde sie zurückzurudern und versichert, dass die Tochter sehr wohl auch mit dem Vater darüber sprechen könnte. Diese widersprüchliche Aneinanderreihung von Aussagen könnte hinweisend auf eine mögliche Kommunikationsbarriere innerhalb der Dreierkonstellation von Eltern und Tochter sein.

Auf die Frage hin, ob auch Ratschläge von der Tochter kämen und wie sie diese annehme, ist Frau L. eher abwehrend und meint, dabei würde es sich lediglich um „banale Sachen“ handeln: „Ja. [pustet] Da, da gibt es so banale Sachen oder so, wenn man / um Sport oder so, dann mach das doch. Oder ‚ich würde da auch mal hingehen‘ und ‚guck mal oder so.‘“ (Pos. 111). Das Pusten zu Beginn ihrer Antwort könnte suggerieren, dass sie den Ratschlägen der Tochter nicht allzu viel Bedeutung schenken möchte und den für die Gesundheit wichtigen Sport als Banalität erachtet.

Gesundheitsverhalten

Frau L. bezieht eine klare Stellung zum Thema Vorsorge: „Man hört es ja immer wieder. Man kann nur vorausschauend was tun. Wenn man es kriegen kann oder muss, gut, kann ich nicht ändern, aber ich kann schon was tun, wenn ich vorsorgemäßig immer gehe. Das ist für mich eben wichtig.“ (Pos. 89).

Zur Teilnahme an der GKFU sagt sie: „Das ist in Fleisch und Blut übergegangen: Einmal im Jahr musst du zur Kontrolle“ (Pos. 91). Diese innere Verpflichtung kommt vermutlich zum einen durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit im Krankenhaus und zum anderen durch die Krebserkrankung ihres Ehemannes, die bei der Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung entdeckt wurde: „Und dadurch, dass wir [ihre Tochter und sie] so viel sehen, so viel hören, sind wir immer etwas vorsichtig und gehen eigentlich frühzeitig.“ (Pos. 63) und „Mein Mann hatte Krebs, aber das konnten die so komplett am Darm rausnehmen, dass nichts mehr übrig war.“ (Pos. 65).

Kommunikation innerhalb der Familie

Sie beschreibt einen regen Austausch der Familienmitglieder. Die Tochter wohne im gleichen Haus und käme täglich nach der Arbeit als erstes zu den Eltern in die Wohnung, um den Tag mit ihnen zu besprechen. Außerdem ist auch des Öfteren von ihrem Sohn die Rede, der gemeinsam mit der Tochter dafür eingestanden ist, dass der Vater zur Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung geht: „Mein Mann, der hat: Ach ja, muss man mal irgendwann machen. Und dann hat die Tochter und der Sohn, muss ich dazu sagen, die haben beide dann ganz schlimm / Nee, es muss mal wieder eine Darmspiegelung gemacht werden.“ (Pos. 65).

Frau L. gibt auch ihrem Sohn klare Instruktionen: „[...]Hör mal, mach mal, kümmer dich mal um deinen Vater, da ist das und das, sprich das mal an.‘ Er macht das dann und wir hängen uns drauf.“ (Pos. 127). Die Kommunikationsstrategie über Ecken könnte Frau L.s Versuch sein, ihren Ehemann zu überzeugen und lässt durchblicken, dass dieser Ratschläge und Aufforderungen von Tochter, Sohn sowie Enkelin eher annimmt, als die der Ehefrau alleine.

Auch die Enkelin scheint sehr präsent und fürsorglich zu sein. Ähnlich dominant wie die Großmutter überredet sie beispielsweise den Großvater einen Rollator zu kaufen. (*„Mein Mann hatte Bandscheibenvorfälle usw. und ach, der konnte sich nicht hin und her bewegen. Dann ist die Enkelin gekommen, hat gesagt: ‚Opa, aufstehen. Wir gehen jetzt einen Rollator kaufen.‘ Dann wird auch nicht widersprochen. Die hat gesagt: ‚Aufstehen. Wir gehen jetzt einen Rollator kaufen.‘ Dann sind die beiden auch einen Rollator kaufen gegangen.“* (Pos. 127-128). Der Gehorsam des Großvaters könnte möglicherweise auf dem medizinischen Hintergrund seiner Enkelin beruhen, die, wie die Großmutter angibt, angeblich in einer Apotheke gearbeitet hat (*„Ja. Die hat / ist in der Apotheke beschäftigt gewesen, die hat auch da gelernt und da kommt natürlich dann auch noch mal was, also die Tablette, das sollten wir überlegen, die ist nicht so gut, ne?“* (Pos. 71)).

Interessanterweise kann eine Parallele zu Interview IV gezogen werden. Auch dort wird suggeriert, dass die Enkelin, aufgrund ihrer Ausbildung bei den Maltesern, mehr Einfluss auf die Generation der Großeltern habe.

Angst

Das Motiv der Angst tritt insbesondere zutage, als Frau L. über die Darmkrebserkrankung ihres Ehemannes spricht. Diese wird tatsächlich nur kurz in einem Satz tangiert: *„Mein Mann hatte Krebs, aber das konnten die so komplett am Darm rausnehmen, dass nichts mehr übrig war.“* (Pos. 65).

Mehr möchte sie zu diesem einschneidenden Ereignis im Leben der Familie nicht sagen. Ihr fällt es sichtlich schwer, sich zu emotionalen Themen zu öffnen.

Schicksal

Die Schlüsselpassage zum Thema Schicksal ist die Folgende: *„Wir haben jetzt / Mein Mann, der hat: Ach ja, muss man mal irgendwann machen. Und dann hat die Tochter und der Sohn, muss ich dazu sagen, die haben beide dann ganz schlimm / Nee, es muss mal wieder eine Darmspiegelung gemacht werden. Und / und Glück: Mein Mann hatte Krebs, aber das konnten die so komplett am Darm rausnehmen, dass nichts mehr übrig war.“* (Pos. 65). Zum einen sind es die Kinder, die eindeutig aktiv den Vater zur Vorsorge überzeugen. Andererseits spricht Frau L. schon im darauffolgenden Satz von „Glück“. Dies wirkt dahingehend widersprüchlich, da sie sich einerseits durch aktive Vorsorge selbst ermächtigen, jedoch gleichzeitig die Entdeckung des Darmkrebses einer anonymen Macht, in diesem Fall dem Glück, zuschreiben.

An anderer Stelle bemerkt sie: *„Man kann nur vorausschauend was tun. Wenn man es kriegen kann oder muss, gut, kann ich nicht ändern, aber ich kann schon was tun, wenn ich vorsorgemäßig immer gehe. Das ist für mich eben wichtig.“* (Pos. 89). Das „muss“ sticht hierbei ins Auge: *„wenn man es kriegen kann oder muss“*. In dieser Aussage liegt ein gewisser Fatalismus. Man könnte annehmen, dass Vorsorge für sie eine tiefere Bedeutung hat – etwa der Versuch, Kontrolle über etwas zu gewinnen, das letztlich nicht beherrschbar ist.

Sprachliche Analyse

Auf semantischer Ebene kann man eine umgangssprachliche Ausdrucksweise identifizieren. Die Sätze sind knapp und einfach formuliert, wobei sie sich an mancher Stelle Redewendungen sowie auch Metaphern bedient (*„[...] was so schlimm war oder was ihr so auf dem Herzen lag, ne?“* (Pos. 83) und *„Und dann wird erst mal der ganze Saft abgeladen, was wir so verstaubt haben.“* (Pos. 83). *„Der ganze Saft“* ist eine kolloquiale Formulierung, die sinnbildlich für die zahlreichen emotional belastenden Erlebnisse der Tochter während ihrer Arbeit im Krankenhaus stehen sollen.

Diese Vereinfachung von ernsten Themen taucht an mehreren Stellen auf und lässt auf den ihren persönlichen Umgang mit schwierigen Gesprächsinhalten schließen („Was ist das Ende vom Lied? Sie ist jetzt auch hier. Ja?“ (Pos. 21).

Es fällt ihr sichtlich schwer, konkret zu werden und die Dinge beim Namen zu nennen. Dies passt auch zum semantischen Element der Technisierung. Als es beispielsweise auf die Darmkrebserkrankung ihres Ehemannes zu sprechen kommt, beschreibt sie dies folgendermaßen: *„Mein Mann hatte Krebs, aber das konnten die so komplett am Darm rausnehmen, dass nichts mehr übrig war.“* (Pos. 65). Ein unbekanntes Kollektiv „die“ konnte den Darm „rausnehmen“. Das emotionale Thema wird so zugänglich für sie.

Emotionale Involvement zeigt sich auch auf syntaktischer Ebene. Auffallend sind die häufigen Reformulierungen, Satzabbrüche und das Stolpern über Wörter, welche die Schwere des Gesagten verdeutlichen. Beinahe bei jedem Satz versucht Frau L. diese zu korrigieren: *„Ja. Wir haben jetzt / Mein Mann, der hat: Ach ja, muss man mal irgendwann machen. Und dann hat die Tochter und der Sohn, muss ich dazu sagen, die haben beide dann ganz schlimm / Nee, es muss mal wieder eine Darmspiegelung gemacht werden.“* (Pos. 65).

Auf pragmatischer Ebene inszeniert Frau L. sich selbst eindeutig als inoffizielles Familienoberhaupt. Sie beschreibt sich als „Vorreiter“ (*„[...] bin ich eigentlich der Vorreiter“* und *„[...] ich bin meistens der Vorreiter“* (Pos. 31)) innerhalb der Familie und gibt in wörtlicher Rede die Bestätigung ihrer Familienmitglieder wider: *„[...] Ach, ja. Das hört sich gut an, da können wir dann auch gehen.“* (Pos. 31). Die Wahl der maskulinen Form des Wortes soll hier eventuell eine Art männliche Dominanz ausdrücken. Sie spricht gleich zwei Mal von sich als „dem Vorreiter“.

Als sie von sich in der dritten Person spricht (*„Aber bei der Oma ist das schon / ist das schon wieder ein bisschen / bisschen anders. Ja, den Opa hat sie voll im Griff, weil das ist Opa-Enkelin. Und ja, und mit der Oma, da ist / das ist normal. Wir brauchen die Oma zum Nähen. Wir brauchen die Oma für die / wenn schon mal die Wäsche nicht sauber geworden ist und all sone Sachen brauchen wir die Oma, aber wir brauchen auch die Oma /,“* (Pos. 133)) möchte sie sich abermals als Respektsperson positionieren und konstruiert somit ihre soziale Identität im Familien-Gefüge. Bemerkenswert ist der Nachdruck, mit dem Frau L. der Interviewenden ihre, ihr zugeschriebene Rolle, zu vermitteln sucht. Denn viermal wiederholt sie: *„Wir brauchen die Oma“*.

An anderer Stelle gibt sie sich mit dem Possessivpronomen „meine“ eindeutig eine bezeichnende Funktion, als sie sagt: *„Also durch meine Gespräche, dass ich ihr gesagt hab, wie mir das gefällt, hat sie natürlich auch gewechselt.“* (Pos. 105) und dabei das Wort „meine“ besonders betont. Dies ist eine interessante Aussage. Ein Gespräch sollte per Definition immer in einem Austausch stattfinden. Diese Selbstverständlichkeit könnte erneut auf Frau L. eingeforderte Position innerhalb der Familie andeuten.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass Mutter und Tochter hier in engem Kontakt stehen. Durch die häusliche Situation kommunizieren sie täglich miteinander. Die Art des Verhältnisses ist jedoch eher durch die Handlungsanweisungen der Mutter geprägt. Es bildet sich ab, dass sich die Mutter stark mit der Rolle als Familienoberhaupt, „als Vorreiter“ identifiziert, somit eher eine maternalistische Haltung einnimmt und dementsprechend für Ratschläge der Tochter vermutlich weniger offen zu sein scheint.

Im Bereich der Gesundheitsthemen, insbesondere bei Vorsorgeuntersuchungen, zeigt die Familie jedoch eine aktive Fürsorge füreinander und fordert sich gegenseitig auf, Untersuchungen wahrzunehmen.

Bezüglich der konkreten Forschungsfrage erfolgt bei diesem Mutter-Tochter-Paar kein Gespräch von Tochter zu Mutter, bevor diese zur GKFU ging. Eine spannende Beobachtung ist wiederum die aktive Aufforderung der Kinder, den Vater zur Darmkrebsfrüherkennung zu bewegen. In dieser Familie erfolgt somit sehr wohl aufwärtsgerichtete Kommunikation, die das präventive Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst.

VI. Interview „Also sie drehen den Spieß quasi um“

Frau S. ist zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alt und hat zwei Töchter im Alter von 23 und 25 Jahren, die sie alleine großgezogen hat. Die Töchter sind bereits ausgezogen; die ältere von beiden ist Mutter eines Neugeborenen. Im Interview erzählt Frau S. von ihrem Verhältnis zu ihren Töchtern, ihrer Haltung zu Arztbesuchen und ihrem Zufallsbefund des Gebärmutterhalskrebses im Rahmen der GKFU und die damit einhergehende Änderung in der Dynamik zu ihren Töchtern. Das Interview dauerte insgesamt 26 Minuten und fand in einem Besprechungszimmer in der gynäkologischen Praxis statt.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Frau S. beschreibt das Verhältnis zu ihren Töchtern wie folgt: *„Genau, da ist also eine gegenseitige Fürsorge da. Und dadurch, dass ich auch noch alleinerziehend war mit zwei Kindern, hat das wahrscheinlich noch intensiver gebunden, ne, der Verlust dann noch größer wäre, wenn mir was zustoßen würde. Ich glaube / das ist so nie ausgesprochen, aber ich glaube, das merken die. Weil ich denen auch immer sage: Ich denke mal, ihr müsst gucken, dass ihr auf eigenen Beinen steht. Aber wenn mir mal was passieren sollte, Gott hab es selig, dass es nicht passiert, aber ihr müsst ja dann für euch da sein.“* (Pos. 131-134). In dieser Kernpassage greift sie wichtige Aspekte der Tochter-Mutter-Bindung auf und verweist auf reziproke Fürsorge und Abhängigkeiten. Diese gegenseitige Zuwendung scheint erst mit dem Erwachsenwerden der Töchter und der Krebserkrankung der Mutter eine Balance gefunden zu haben. Denn zu Beginn des Interviews schildert Frau S. die Rollenverteilung während der Kindheits- und Jugendphase ihrer Töchter folgendermaßen: *„[...] Da hat die Mami das immer alles gemacht und wenn die Mama das sagt, da ist das schon okay, also in der Jugendphase.“* (Pos. 29) und *„Also die Jugend selber, da haben sie bei mir gewohnt, da habe ich alles organisiert, alle Impfungen, alle Regeltermine, die gemacht werden müssen“* (Pos. 41).

Schließlich bringt sie es auf den Punkt mit der Aussage: *„Aber Mama sagt, das ist gut, dann ist es auch okay.“* (Pos. 49-50).

Beim Thema Vorsorgeuntersuchungen beschreibt sie die Vorbildfunktion, die sie für ihre Töchter eingenommen habe. *„Also da hab ich auch meinen Kindern, ne / Vorbildfunktion, bin mit denen zum Frauenarzt.“* (Pos. 73) Tatsächlich lässt sich vermuten, dass sie bei dem Thema Frauenarzt und Vorsorge auf deren Widerstand stößt. Einerseits gibt sie an, ihre Töchter *„nicht zu irgendwas gezwungen“* zu haben *„Und die Zweite, die hat schon gesagt: ‚Ich will das nicht.‘ Die hat mehr so ähm ihren eigenen Kopf gehabt, die dann auch so gesagt hat: ‚Nee, ich / vielleicht später.‘ So. Und da habe ich ihr auch freien Lauf gelassen, weil das ist eine / ihre Sache, sage ich jetzt mal, also ich habe kein Kind zu irgendwas gezwungen.“* (Pos. 51). Wenig später räumt sie jedoch ein, ihre Tochter *„mehr oder weniger da hingeschleppt“* zu haben. Dies steht im Widerspruch zueinander. *„Und da wurde auch diskutiert und dann, da sie ja nicht so gerne zum Arzt geht, habe ich sie eigentlich mehr oder weniger da hingeschleppt und hab gesagt: ‚Pass auf, wir machen mal zusammen einen Termin, wir gehen mal beide. Ich muss sowieso mal wieder zur Vorsorge, und so, ne?“* (Pos. 75)).

Daraufhin tritt sie einen Schritt zurück und verneint, dass eine konkrete Diskussion über das Thema GKFU stattgefunden habe. Doch als die Tochter das Thema „totschweigen“ wollte, habe sie aktiv eingegriffen und einen Termin für beide ausgemacht. (*„Also diskutieren darüber, also was heißt diskutieren? Wir haben nie richtig diskutiert, also das Vertrauen war schon so groß zu mir, dass sie gesagt haben: Okay, dann muss ich da mal irgendwann. Also ich habe nicht gesagt: Du musst morgen dahin, also wir müssen in den nächsten Monaten dann dahin und dann machen wir mal einen Termin. Weil ich einfach gemerkt habe, dass halt eben von ihr nichts mehr kam, Totschweigen, dann immer wieder noch mal aufgefrischt. Und dann irgendwann gesagt: ‚So, und jetzt machen wir mal eine nach der Termin‘, weil sonst kommt, von alleine kommt da nichts. So. Also das ist so meine Erziehung gewesen.“* (Pos.83-88))

Die Teilnahme an der GKFU stellte ein Schlüsselereignis in der Rollenverteilung der kleinen Familie dar. Als bei der Mutter bei besagtem Untersuchungstermin tatsächlich Gebärmutterhalskrebs festgestellt wird, bricht für sie eine Welt zusammen. Ab diesem Zeitpunkt kommt es zum Funktionszuwachs der Töchter – in Frau S.s Worten: *„Sie drehen den Spieß quasi um [...]“* (Pos. 110).

Mit großer Besorgnis erinnern die Töchter ihre Mutter nun an die anstehenden Kontrolltermine. Trotz der zuvor beschriebenen Arztscheu raten sie ihr nun, bei gesundheitlichen Beschwerden umgehend Arzttermine und Blutuntersuchungen wahrzunehmen (*„[...] und sie erinnern mich heute gerne daran: ‚Warst du schon? Und ist da alles in Ordnung?‘ Und also sie machen sich da arg Sorgen. Also, dass ich da auch regelmäßig hingehere und ob da alles in Ordnung ist. Also sie sind sehr fürsorglich, was meine Gesundheit betrifft. Dass sie auch mich mal sagen / also mir auch sagen: ‚Du musst jetzt mal wieder hin‘, ne? ‚Du sagst immer, wir sollen gehen, aber du selber gehst nicht.‘ So. Da haben sie recht. Also wird man ja immer Vorbildfunktion bleiben.“* (Pos. 105)).

Durch den Funktionszuwachs in der töchterlichen Rolle richtet sich die Kommunikation nun primär aufwärts, von Tochter zu Mutter. Anhand ihrer Ausdrucksweise lässt sich vermuten, dass Frau S. sich selbst versichern und beruhigen möchte, dass sie das Verhalten ihrer Töchter gutheißen kann: *„Dass / ja, einerseits ist es ganz süß. Es ist sehr schmeichelnd. Andererseits: Sie haben völlig recht, ne? Also ich merke es ja selber, dass ich das da ein bisschen schleifen lasse und mehr arbeite, als dass ich mich um mich kümmere. Manchmal ist es auch ganz nervig, weil die können genauso penetrant sein dann auf liebevolle Art.“*

Also sie drehen den Spieß quasi um [lacht], was ich gemacht habe, ne? Aber es ist völlig in Ordnung. Das ist völlig in Ordnung. Ich nehme das so an und im Grunde haben sie ja recht.“ (Pos.109-110).

Gesundheitsverhalten

Gleich zu Beginn des Interviews eröffnet Frau S., dass ihre Töchter ungern zum Arzt gehen würden (*„Meine Kinder sind nicht so die Arztgänger. Die gehen da nicht so gerne hin [lacht] und nehmen auch nicht gerne Medizin.“* (Pos. 29)). Ihre eigene Position zur Medizin hält sie zunächst zurück. Doch schon bald stellt sich heraus, dass diese Haltung gegenüber Arztbesuchen stark von der Mutter selbst beeinflusst wird. Denn wenig später gesteht sie: *„Wir sind alle keine Arztgänger, [...]“* (Pos.63).

Bei gesundheitlichen Belangen wie Erkältungen hat sie anscheinend einen eigenen Stufenplan entwickelt, der vermutlich wie eine eigene Leitlinie funktioniert, wobei die Arztpraxis letztlich nur als ultima ratio in Betracht gezogen wird: *„Wir versuchen also sehr viel über ähm ja, natürliche Medizin. Das heißt, mit / mit Zitrone, Tee, Inhalieren und, und, und bevor wir halt eben irgendwelche Tabletten zu uns nehmen. Und dann, wenn die nicht mehr wirken, dann gehen wir zum Arzt.“* (Pos. 33-35)

„Also, wenn irgendein Problem war, irgendwas, dann haben wir erst mal geguckt, dass wir es zu Hause mit Tee, mit irgendwelchen Hausmitteln hinkriegen. Wenn es dann akut nicht besser wurde, dann sind wir natürlich / Dann haben wir gesagt: Da müssen wir jetzt zum Arzt.“ (Pos. 67).

„[...] aber man kennt halt eben auch viele Hausmittelchen und so, ne? Probiert erst mal damit, bevor wir dann jemanden damit belasten.“ (Pos. 63-64)

Sie spricht von Belastung. Es könnte infrage gestellt werden, ob ihre Intention tatsächlich die Belastung des Gesundheitssystems ist, oder ob es sich eher um einen Vorwand handelt, einen möglicherweise mit Angst und Sorge verbundenen Arztbesuch zu entgehen.

Vorsorgeuntersuchungen erachtet sie wiederum als wichtig und bewegt ihre Töchter in diesem Zusammenhang zu einem gemeinsamen Termin für die GKFU. Versucht sie doch vehement ihre Kinder von der Notwendigkeit der Vorsorge zu überzeugen, lässt sie an mehreren Stellen doch durchblicken, dass ihre persönliche letzte GKFU schon etwas länger her ist. (*„[...] habe ich sie eigentlich mehr oder weniger da hingeschleppt und hab gesagt: ‚Pass auf, wir machen mal zusammen einen Termin, wir gehen mal beide. Ich muss sowieso mal wieder zur Vorsorge‘, und so, ne?“ (Pos. 75)). Und „Du sagst immer, wir sollen gehen, aber du selber gehst nicht.‘ So. Da haben sie recht“ (Pos. 105))*

Nach der Krebsdiagnose ändert sich auch ihr Vorsorgeverhalten und sie nimmt nun auch Mammografien regelmäßig wahr. Zu groß sei die Sorge vor einer erneuten Krebserkrankung (*„Weil ich vorher hätte gar nicht darauf geachtet, ob ich Gebärmutterhalskrebs / dann kam ja auch mit (-) Punkt 50 habe ich dann auch Brustkrebs, dieses Screening, bin ich ja bombardiert worden von der Krankenkasse. Ich / ich bin jetzt in dem Alter, dass das gemacht werden muss und das habe ich dann auch eigentlich / habe ich dann auch sofort gemacht, weil ich finde das auch wichtig, das einmal kontrollieren zu lassen, ob da irgendwas ist. Man tastet ja selber und guckt ja auch selber, aber halt eben wenn man dann schon mal einmal Gebärmutterhalskrebs gehabt hat, dann ist man da noch feinfühlicher, glaube ich, drauf, auf die ganze Krebsgeschichte, weil es einfach zu schleichend und zu / man kriegt es ja so nicht mit.“ (Pos. 151-152)).*

Dennoch zeigt sie Hemmungen, akute Beschwerden in der Arztpraxis abzuklären zu lassen. Ihr Gesundheitsverhalten erscheint diesbezüglich, nach wie vor, von dem Motto *„Das wird schon [lacht]/ das geht schon und tralala“* geprägt. So kam es, dass sie, obwohl sie über mehrere Monate hinweg Symptome verspürte, erst auf Drängen ihrer Töchter und Freunde einen Termin für einen Hormontest vereinbarte. (*„Ich bin hier eigentlich letztes Jahr [seufzt] zur Untersuchung gekommen, weil ich ähm (-) einen Hormontest machen wollte und eine Dauerblutung hatte und ich psychisch schon am Ende war, weil ich ja immer versuche, ne? Das wird schon [lacht] / das geht schon und tralala. Aber das hörte nicht auf und mich mit vielen Freunden unterhalten habe, die da auch gesagt haben: „Mach mal einen Hormontest, vielleicht bist du in den Wechseljahren.“ Und dann bin ich hierhin und habe dann halt eben nachgefragt, ob sie das genauso sehen würde und habe diesen Hormontest gemacht, den ich dann auch selber bezahlen musste, was es mir aber auch wert war, um zu sehen: Was ist in meinem Körper gerade los?“ (Pos. 153)).*

Kommunikation innerhalb der Familie

Es fällt auf, dass Frau S. während des gesamten Interviews keine weiteren Familienmitglieder erwähnt. Sie sei alleinerziehend gewesen. Damit begründet sie das enge Verhältnis, das sie zu ihren Töchtern hat.

„Das ist immer ganz wichtig, dass man sich nicht immer auf alle anderen verlässt, sondern dass sie auch sich um sich kümmern können im Falle eines Falles.“ (Pos. 136) Sie hofft, ihre Töchter können *„im Falle eines Falles“* für sich selbst sorgen. Vermutlich bezieht sie sich dabei auf ihren eigenen Todesfall. Frau S. vermittelt somit den Eindruck, dass die Töchter keine weiteren

sozialen Kontakte haben und ohne ihre Mutter offenbar vollkommen hilflos wären. Inwiefern dies der Wahrheit entspricht, bleibt offen.

Angst

Das Thema Angst ist sehr präsent in diesem Interview. Es wird nicht verheimlicht, sondern direkt adressiert. Es zeigt sich Angst vor Arztbesuchen, Angst vor unerwünschten Diagnosen, Angst vor dem Tod, Angst vor einer Rückkehr der Krebserkrankung, Angst davor, ihre Kinder alleine zurückzulassen sowie vage Zukunftsängste für das Leben der Kinder.

Als es um die Nachsorgekontrolle bei der Gynäkologin geht, spricht Frau S. offen ihre Furcht vor erneuter Erkrankung an: *„Ich war ja, ich musste ja und hatte also auch wirklich Angst, weil es war wirklich so ein / so ein Schlag ins Gesicht, den ich bekommen habe, und weil ich war gar nicht überhaupt auf eine Diagnose vorbereitet, also es war alles okay und Vorbild ist gut, alles okay, Kind ist auch beim Frauenarzt gewesen und ähm (-) ja. Dass es dann [räuspert sich] so endete, war gar keinem bewusst und ähm ich glaube, dass die Kinder da auch ihre Erfahrung draus gezogen haben, dass / dass sowas schnell gehen kann und unerwartet sein kann. (Pos. 145-146).* Sie umschreibt Krebs und Tod mit dem vagen Ausdruck „sowas“. Alleine die Aussprache dieser Wörter scheint sie zu ängstigen.

Besonders tiefsinnig sind die Zukunftsängste für ihre Töchter. Vermutlich möchte sie andeuten, dass auch ihre Tochter alleinerziehend ist. Denn eine männliche Bezugsperson wird durch das gesamte Interview hinweg nicht erwähnt. Als zweifache alleinerziehende Mutter ist ihr nur zu bewusst, wie herausfordernd diese Situation sein kann. Eine weitere damit verbundene Sorge, die sie zu plagen scheint, ist die Möglichkeit, plötzlich zu versterben und ihre Töchter unvorbereitet und alleine zu lassen. *(...) Weil ich lebe auch nicht ewig. Und ich sage mal: Es fallen welche mit 30 um, es können welche mit 50 umfallen. Wer weiß, wer da drinne steckt, ne? So. Aber das ist so: Ich will das meinen Kindern / Also dass sie auf eigenen Beinen / und dass sie wissen, wie es im Leben läuft. Ich meine, die haben jetzt nicht die rosige Zukunft, was mir ja noch erschwerend dazukommt, ne? Ich weiß es, sie begreifen es noch nicht so wirklich, was auf sie zukommt alles mit Kindern und so. Aber will man ihnen ja auch nicht alles jetzt negativ darlegen, wie die Welt alles wird und wie es später mal wird, ne?“ (Pos. 135-140).*

Schicksal

Frau S. Einstellung ist fatalistisch geprägt. Durch ihre Aussagen vermittelt sie den Eindruck, sie empfinde wenig bis keinen Einfluss auf die Umstände des Lebens. Motive wie Glück und Unglück scheinen in ihrem Weltbild zu dominieren *(„Ansonsten, muss ich sagen heute, toi, toi, toi, meine Kinder waren eigentlich immer recht gut gesund und da war eigentlich nie großartig irgendwas.“ (Pos. 41)).*

Als sie die Krebsdiagnose erhält ist sie fassungslos: *„Das war eigentlich nicht vorauszusehen“ (Pos. 99).* Hier hadert sie mit ihrem Schicksal und ruft laut aus *„Oh mein Gott“*. Sie schien einzig und allein darauf fokussiert, ihren Töchtern ein Vorbild in Sachen Vorsorge zu sein. So wirkt sie fast verbittert, als sie für ihre „guten Taten“ „zum Dank“ selbst mit einer schlechten Diagnose konfrontiert wird *(„Ich hatte dann Gebärmutterhalskrebs entdeckt bekommen durch diesen Zufalls-Vorbildfunktions-Termin und musste dann auch sofort operiert werden. Und das hat nun mir dann natürlich und meiner Tochter auch oder meinen Kindern / dann auch gesehen: Oh mein Gott! Das war dann noch so ein / das war eigentlich nicht vorauszusehen, aber dadurch, dass wir auch nicht die Arztgänger waren und ich aber als Vorbildfunktion funktioniert habe, und bekomme dann als Vorbildfunktion eigentlich so eine Diagnose, war das für die natürlich auch so ein Schlag ins Gesicht“ (Pos. 99)).*

Ihre Zukunftsansichten sind negativ. Sie gibt ihre Handlungsmacht mit der Begründung, jeder könne „fallen“, ab. Mit absoluter Gewissheit ist sie von einer *„nicht rosigen Zukunft“* für ihre

Kinder überzeugt: „Ich weiß es, sie begreifen es noch nicht so wirklich, was auf sie zukommt alles mit Kindern und so. Aber will man ihnen ja auch nicht alles jetzt negativ darlegen, wie die Welt alles wird und wie es später mal wird, ne?“ (Pos. 135-140). Einflüsse für diese Ohnmachts-Haltung waren wahrscheinlich ihre eigene Erfahrung einer Alleinerziehenden sowie der Moment der unerwarteten Krebsdiagnose. Sie bittet schließlich Gott, das Schicksal eines verfrühten Todes von ihr abzuwenden. Dieser Schlüsselabschnitt greift ihre eigene Entmächtigung noch einmal auf: „Aber wenn mir mal was passieren sollte, Gott hab es selig, dass es nicht passiert, aber ihr müsste ja dann für euch da sein.“ (Pos. 133-134).

Sprachliche Analyse

Auf einer semantischen Analyseebene fällt vor allem Frau S.s bildlicher Sprachgebrauch auf. Oft drückt sie sich in Metaphern aus oder verwendet Verben, die ihre Aussagen dramatisieren. Beispielsweise hat sie ihre Tochter zum Frauenarzt „hingeschleppt“ (Pos. 75), als diese noch zögerte.

Das hätte sie der Tochter dann so „aufs Brot geschmiert“ (Pos. 77). Dieser Ausdrucksweise imponiert recht kolloquial und wenig zutreffend zum Anlass.

Sie beschreibt ihre Vorgehensweise, die Töchter zur Frauenärztin zu bringen wie folgt: „Liebevolles, liebevolles, ja, wie nennt man das? Liebevoll gezwungen [lacht]“ (Pos. 93). „Liebevoll gezwungen“ ist ein Oxymoron, das heißt beide Wörter widersprechen sich offensichtlich. Frau S. möchte abermals einen dramatischen Steigerungseffekt erzielen. De facto hat sie ihre Töchter mit viel Überredung dazu aufgefordert, zur GKFU zu gehen. Da eine Mutter, die ihre Kinder zu etwas zwingen muss jedoch nicht ihrem Selbstbild entspricht, versucht sie vermutlich mit dem Zusatz „liebevoll“ ihren Befehl abzdämpfen.

„Manchmal ist es auch ganz nervig, weil die können genauso penetrant sein dann auf liebevolle Art.“ (Pos. 107). An dieser Stelle kann hervorgehoben werden, dass auch die Töchter sowohl auf „liebevolle“ wie auch auf „penetrant[e]“ Art ihre Mutter auffordern können – eine vermeintlich direkte Parallele zum „liebevollen Zwingen“ von Seiten der Mutter. Die Rollenübertragung vollzieht sich somit sowohl auf inhaltlicher als auch auf sprachlicher Ebene.

Des Weiteren beschreibt sie ihre Vorgehensweise folgendermaßen: „Du musst, aber halt eben nicht so an den Haaren hingezogen, sondern wirklich viel Reden, viel Positives, Negatives, ne?“ (Pos. 81) *Etwas an den Haaren herbeiziehen* bedeutet jedoch eher „so argumentieren, dass etwas sehr abwegig, unwahrscheinlich oder unlogisch ist“. Ihre fälschliche Verwendung dieses Idioms könnte auf ihre eigene Abneigung und Skepsis gegenüber dem Frauenarzttermin hinweisen.

„Ich hatte dann Gebärmutterhalskrebs entdeckt bekommen durch diesen Zufalls-Vorbildfunktions-Termin und musste dann auch sofort operiert werden“ (Pos. 99). Im Moment der Diagnose war sie ihrem Schicksal ergeben, wodurch ihre Wirkmächtigkeit und Vorbildfunktion nicht mehr vorhanden waren. Mit dieser Ausdrucksweise zeigt sie auch auf sprachlicher Ebene eine De-Agentivierung. Der Neologismus „Zufalls-Vorbildfunktions-Termin“ beschreibt auf eine umständliche Weise jenen Arzttermin, bei dem der Krebs diagnostiziert wurde, und soll erneut verdeutlichen, dass sie nie hätte ahnen können, dass sie eine negative Diagnose tatsächlich für möglich gehalten hätte, wo sie sich doch gleich achtmal als aktives Vorbild/Vorbildfunktion für ihre Töchter definierte („Ich aber als Vorbildfunktion funktioniert habe“ (Pos. 99) und „Diese Vorbildfunktion, die ich dann da auch geleistet habe“ (Pos. 99) und weitere).

Ferner spricht sie von sich als dem „Opfer“ (Pos. 147) der Überfürsorge der Töchter nach ihrer Krebsdiagnose. Seit sie 50 Jahre ist, wird sie nun auch bezüglich des Brustkrebs-Screenings von der Krankenkasse „bombardiert“ (*„bin ich ja bombardiert worden von der Krankenkasse (Pos. 151). Diese dramatische Wortwahl, die stark mit Krieg assoziiert ist, fungiert wahrscheinlich als Sinnbild für ihren persönlichen Kampf gegen den Krebs – einen Kampf, den sie nicht verlieren möchte.*

Fazit

Als Analysefazit lässt sich feststellen, dass eine enge Bindung zwischen Mutter und Töchtern besteht, die durch die Mutter als Alleinerziehende geprägt sein könnte. Während das Thema Arztbesuche bis zur Krebsdiagnose der Mutter eher vermieden wurde, zeigt sich nach dieser Diagnose ein starkes Engagement der Töchter hinsichtlich der Gesundheit der Mutter. Sie erinnern die Mutter, fordern sie auf und setzen sich dafür ein, dass sie regelmäßig gynäkologische Untersuchungen wahrnimmt. Im Kontext der spezifischen Forschungsfrage zeigt sich hier, dass erst die Krebsdiagnose die aktive Fürsorge der Töchter aktivierte. Davor war ihr Gesundheitsverhalten stark von der Arztscheu der Mutter beeinflusst. Die Mutter reagiert auf die aktiven Aufforderungen der Töchter insgesamt positiv.

VII. Interview „Mama, wann ist jetzt dein Termin für den nächsten Abstrich?“

Frau U. ist 36 Jahre alt und lebt gemeinsam mit ihrer 15-jährigen Tochter und ihrem 9-jährigen Sohn in Düsseldorf. Sie ist seit ca. zwei Jahren vom Kindsvater geschieden und alleinerziehend. Ihre eigene Mutter sowie auch ihre Schwestern sind aktiv im Leben der kleinen Familie eingebunden. Im Interview spricht Frau U. offen über das Verhältnis zu ihrer Tochter, den Umgang mit der Trennung vom Ehemann und ihrer eigenen Krankengeschichte. Das Interview dauerte insgesamt 24 Minuten und erfolgte in einem Besprechungszimmer in der gynäkologischen Praxis.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Die Beziehung legt Facettenreichtum nahe. Zu Beginn betont die Mutter, sie gebe ihren Kindern nur ungenügende Informationen über ihre eigene Gesundheit. Sie argumentiert hierbei, sie möchte diese nicht belasten. Sie hätten schon zu sehr unter der Trennung der Eltern zu leiden und sollten sich keine zusätzlichen Sorgen um Mutter und Familie machen müssen. Dies betont Frau U. gleich mehrere Male: *„Also ich muss sagen, die Krankheiten, die ich habe, versuche ich soweit wie möglich von meinen Kindern fernzuhalten, damit die halt keine Belastung haben, da ich mich ja auch vor zwei Jahren scheiden lassen habe, müssen die halt nicht immer alles mitbekommen.“* (Pos. 22-23) Man bekommt den Eindruck, sie fühlt sich aufgrund der Trennung und der Alleinerziehung schuldig und versucht, jede zusätzliche „Belastung“, wie sie es nennt, von ihren Kindern fernzuhalten.

Zu Beginn des Interviews porträtiert Frau U. ihre Tochter folgendermaßen: *„Also wie soll ich sagen? – Also sie ist eine sehr schwierige Person, meine Tochter, also die redet nicht so gerne. Sie ist sehr zurückgezogen, ist dann oft halt in ihrem Zimmer, aber natürlich wenn sie was hat, dann kommt sie immer auf mich zu und, ne, fragt: ‚Mama, hast du jetzt einen Moment Zeit, damit wir halt kurz reden können?‘ Aber ansonsten ist sie sehr zurückgezogen.“* (Pos. 35). Sie beschreibt ihre eigene Tochter als „sehr schwierige Person“ und hebt ihre Verschlossenheit hervor. Gleichmaßen betont sie die Abhängigkeit und die Anforderungen ihrer Tochter an sie, was das noch junge Alter der

Tochter einerseits und das Fehlen einer präsenten Vaterfigur verdeutlichen könnte: „*Sie möchte eigentlich immer, dass ich sie halt überall mit begleite, auch bei den Ärzten. (Pos. 27) und „Ja, ich bin immer da, wenn sie mich braucht.“ (Pos. 29)).*

Die von Frau U. geschilderte die Mutter-Tochter-Kommunikation sei geprägt von Geheimnissen, Kommunikationsblockaden bis hin zum Vertrauensmissbrauch: „*Ja. Und meine Mama ist ihre Ansprechperson, also was sie mit mir halt manchmal nicht teilen kann, redet sie halt mit meiner Mutter und meine Mutter halt sagt mir das dann im Vertrauen [lacht], darf ich ihr dann natürlich nicht sagen: Deine Oma hat erzählt. [lacht] Ja, halt so.“ (Pos. 39)* Sie gesteht, dass ihre eigene Mutter, also die Großmutter der Tochter, deren erste Ansprechpartnerin ist. Das, was ihr anvertraut wird, wird jedoch weitergetragen.

In der Komparation mit Interview III. lassen sich hier ähnliche Muster ablesen. Auch dort ist die Tochter noch sehr jung und ihre Mutter scheint sie in gleicher Weise zu hintergehen.

Es wird deutlich, dass die Tochter ihrerseits den Wunsch hegt, ihre Mutter nicht zu belasten und sich deshalb an die Großmutter wendet: „*Ja, da / ich habe ja erzählt, dass wir halt getrennt sind, ne, von ihrem Vater und das belastet sie halt sehr. Und damit sie halt mich nicht damit traurig macht, sagt sie, erzählt sie das dann halt meiner Mutter, wie sie die Situation halt gerade findet, dass sie halt nicht zu ihrem Vater gehen möchte, dass da halt die Verbindung fehlt zwischen ihr und ihrem Vater. Ja.“ (Pos. 41).* Daraus lässt sich ein dysfunktionales Kommunikationsmuster zwischen den beiden ableiten, das auf dem Bestreben beruht, sich gegenseitig nicht zur Last zu fallen. Dies könnte ein Muster sein, dass sie Mutter auf die Tochter unbewusst übertragen hat.

Spannend ist ein scheinbar stattgehabter Wandel dieses Kommunikationsmusters. So ändert sich im Verlauf des Interviews der narrative Charakter der Tochter. Die noch zu anfangs, von der Mutter beschriebene, verschlossene Persönlichkeit der Tochter, verändert sich als Frau U. die Verdachtsdiagnose Gebärmutterhalskrebs mitgeteilt bekommt und sie dies ihrer Tochter mitteilt: „*Mein letzter Abstrich war im Januar. Das war ja schon eine Schockdiagnose, muss ich sagen, als ich es am Telefon erfahren habe. Ja [seufzt], meine Kinder spüren das halt, wenn ich traurig bin oder schlecht gelaunt bin und dann kommen die halt auf mich zu und fragen mich dann. Und ja, und habe ich das halt meiner Tochter erzählt, ne?“ (Pos. 69) und „Und ich habe ihr halt erzählt, dass ich Verdacht auf Gebärmutterhalskrebs habe, das fand sie halt auch sehr traurig, [...] Alles wird gut, also ne? Da musste ich sie halt beruhigen, natürlich weil es die Älteste ist, jetzt meine älteste Tochter ist, wollte ich ihr das schon sagen.“ (Pos. 59).*

Die „Sonderposition“ als „die Älteste“ und die damit verbundene Verantwortung, sich auch um den jüngeren Bruder zu kümmern, könnten ihre Entscheidung begründen, mit der Tochter offen über die Diagnose zu sprechen. Bei ihrer Aussage „*Alles wird gut, also ne? Da musste ich sie halt beruhigen*“ könnte man vermuten, dass sie sich selbst damit Trost verschaffen möchte. In dieser Aussage liegt daher auch eine gewisse Projektion ihrer eigenen Ängste auf die Tochter.

Nach dem sie sich der Tochter anvertraute, antwortet diese mit emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung. Sie töchterliche Rolle gewinnt an Funktion und findet wird zu einer Art „Aufpasserin“ der Mutter: „*Sie fragt auch immer nach: ‚Mama, wann ist jetzt dein Termin für den nächsten Abstrich?‘, ne? ‚Dass du das halt nicht vergisst.‘ Das macht sie halt auch.“ (Pos. 67) und „Und bis dahin fragt sie mich jetzt jedes Mal immer: ‚Mama, wann ist jetzt deine Untersuchung? Wann wolltest du dahingehen?‘, ne? Einerseits belastet mich das immer, dass sie halt auch daran denken müssen und immer mich daran erinnern müssen, ja, ich weiß nicht, es ist auch ein / für mich immer ein bisschen schwer, mit denen dann darüber zu sprechen.“ (Pos. 71).*

Ganz wohl scheint sie sich jedoch noch nicht zu fühlen, ihrer Tochter diese neue Position anzuerkennen. Im Vergleich zur Geheimnistuerei und Verslossenheit zu Beginn des Interviews kann sie nun jedoch auch eingestehen, stolz auf ihre Tochter und deren neue Verantwortung zu sein: *„Die halt motiviert mich halt: „Geh zum Arzt, mach das.“ Und das finde ich total klasse und ich finde es immer schön. Ich sage immer zu ihr: „Du bist halt die kleine Mutter von deinem Bruder“ [lacht], weil sie den dann auch immer halt beruhigt, ne? (Pos. 83).*

Es zeigt sich, dass die Tochter einen direkten, positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mutter ausübt. Dieser Einfluss ist vor allem nach der „Schockdiagnose“ des Krebsverdachts entstanden.

„Also ich muss sagen: Ich habe Angst davor, eine schlechtere Diagnose zu erhalten und dass ich ihr das dann halt sagen muss. (Pos. 75) Hier offenbart Frau U. das eigentliche Motiv ihrer Zurückhaltung in der Kommunikation. Einerseits freut sie sich über die Fürsorge der Tochter und die Möglichkeit mit dieser über ihre Diagnose zu sprechen. Auf der anderen Seite fürchtet sie sich zutiefst davor, ihrer Tochter im Falle eines negativen Ergebnisses diese Nachricht überbringen zu müssen.

Im weiteren Verlauf geht sie sogar soweit und beschreibt das Verhältnis der beiden als *„Freundin und Tochter“*. *(„Also ich finde es schön, ich bin auch gerne, muss ich sagen, unterwegs mit meiner Tochter, weil wir sind dann halt nicht wie Mutter und Tochter, sondern halt wie Freundin und Tochter, wir sind unterwegs. [..]. Ja, aber ansonsten sind wir halt gerne / wir sind / also man braucht eigentlich gar keine Freundin, wenn man halt fast eine 16-jährige Tochter hat, da unternimmt man halt viel mit ihr, ne?“ (Pos. 95-96))*

„Ja. Aber ich sage ihr natürlich auch mal: „Es hat Grenzen. Ich bin immer noch deine Mutter.“ Ja. (-) Ja. Manchmal ist es dann andersrum. Sie verhält sich dann so, als wäre sie meine Mutter und ich das Kind [lacht].“ (Pos. 103).

An diesem Punkt setzt Frau U. ihre Grenze und erinnert ihre Tochter an die ursprüngliche Rollenverteilung. Diese scheint einerseits zu verschwimmen, möchte andererseits aber aktiv von ihr aktiv bewahrt werden.

Ferner beschreibt sich Frau U. als Vorbild für ihre Tochter: *„Ich glaube, so ich bin sozusagen ein bisschen Vorbild für meine Tochter, weil sie mich / egal, wohin möchte sie immer, dass ich mitgehe.“ (Pos. 93)*

Obwohl sie sich prinzipiell als Vorbild sieht, gibt sie selbstreflektiert zu, manchmal Zweifel daran zu haben. Sie scheint sich in einem inneren Zwiespalt zu befinden: *„Vor allem wenn ich mich dann halt ein bisschen offener anziehe. Da sagt sie ja auch: ‚Nee, so kannst du doch nicht rausgehen.‘ Da sage ich: ‚Hör mal, Fräulein, ich hab schon ein Alter, ich weiß schon, wie ich mich zu anziehen habe und rauszugehen habe.‘ ‚Ja, aber das verbietest du mir ja auch.‘ Ich so: ‚Ja, du wirst ja jetzt erst bald mal 16.‘ Ich so: ‚Ich bin deine Mutter, natürlich kann ich dir einfach Sachen verbieten.‘ Ja, das ist dann halt so. Dann habe ich im Endeffekt manchmal ein schlechtes Gewissen, ob ich dann als Vorbild halt was Schlechtes tue.“ (Pos. 115).* Der fehlende Respekt der Tochter könnte in der Nähe des Alters zur Mutter begründet sein. Die Tochter strebt danach, die Mutter zu imitieren, während diese sich bewusst wird, dass sie der Tochter nicht das verwehren kann, was sie selbst praktiziert. Dies erweckt den Eindruck, sie werde am Ende der Diskussion von Gewissensbissen geplagt.

Gesundheitsverhalten

Zu Anfangs gibt Frau U. an, ihre Tochter zum Frauenarzttermin überreden zu müssen:

„[...] Und dann habe ich gefragt, ob sie mal zum Frauenarzt möchte. Das wollte sie nicht. Dann habe ich sie doch noch überreden lassen, weil sie Angst davor hatte [lacht]. Dann kamen wir halt zusammen hin. Ihr war halt wichtig, dass ich halt mit in der Untersuchung drinne war.“ (Pos. 25).

Wie Frau U.s eigenes Inanspruchnahme-Verhalten bezüglich der GKFU ist, erzählt sie zunächst nicht. Später im Interview verrät sie jedoch, dass auch sie ungern zum Untersuchungstermin gehe: *„Ähm ich glaube, die besteht darauf, dass ich halt die Termine auch wirklich wahrnehme, weil ich eigentlich Frauenärzte total hasse [lacht].“ (Pos. 81)).*

Die Tochter übernimmt tatsächlich die aktive Rolle und erinnert sie daran, Arzttermine wahrzunehmen (*„Genau. Nee, sie fragt auch immer nach: ‚Mama, wann ist jetzt dein Termin für den nächsten Abstrich?‘, ne? ‚Dass du das halt nicht vergisst.‘ Das macht sie halt auch.“ (Pos. 67)).*

Hier offenbart sie also ihre wahre Haltung gegenüber Frauenarztbesuchen. Es stellt sich heraus, dass sie tatsächlich selbst mehrere Jahre nicht bei der Vorsorge war und sich letztendlich sehr über die Erinnerungen und den Einfluss der Tochter freut (*„Und vier, fünf Jahre nicht gegangen bin, ne? Die halt motiviert mich halt: ‚Geh zum Arzt, mach das.‘ Und das finde ich total klasse und ich finde es immer schön.“ (Pos. 83)).*

Kommunikation innerhalb der Familie

„Also wir haben ja oft Gespräche, aber daran, muss ich jetzt sagen / Wir haben viel halt Krebs in der Familie auch, ne? Meine Kinder halt sehen das erst, aber die wissen jetzt momentan nicht die Situation von den Tanten, deswegen. Also ich lasse eigentlich meine Sorgen hinten vor und kümmere mich dann halt um meine Geschwister und deswegen versuche ich / Also ich weiß jetzt nicht, wann ich zuletzt mit ihr darüber gesprochen habe, also ich habe jetzt gestern noch mal mit meiner Mutter gesprochen gehabt, weil meine Schwester halt einen Knoten am Hals hat, der aber halt bösartig ist, der halt jetzt rausoperiert werden muss. Dann ist ja halt meine Nichte noch betroffen und da sagt meine Mutter auch: ‚Hört uns eins von den Kindern? Mach mal bitte die Türe zu, damit wir uns halt unterhalten können.‘ Also wir versuchen schon, weil die ja selber jetzt eine Belastung haben mit der Trennung und Scheidung und deswegen lassen wir sie halt außen vor, also /“ (Pos. 89)

Die Kernpassage offenbart, dass es viele Krebserkrankungen in der Familie gebe. Insbesondere habe ihre Schwester zum Zeitpunkt des Interviews einen bösartigen Schilddrüsenbefund, den es zu operieren gilt. Ihre eigene Mutter und sie versuchen dies jedoch vor den Kindern zu verbergen. Auch hier nehmen sie die Trennung vom Vater und den Wunsch, die Kinder nicht zusätzlich zu belasten, als Grund. Zentral sticht der Satz *„[...] da sagt meine Mutter auch: ‚Hört uns eins von den Kindern? Mach mal bitte die Türe zu, damit wir uns halt unterhalten können.‘“* hervor. Gespräche werden wortwörtlich hinter verschlossener Tür geführt. Die Kinder werden davon ausgeschlossen.

Ihre Aussagen sind insgesamt etwas ambivalent. Ihr fällt es sichtlich schwer offen mit der Tochter zu kommunizieren. Als es jedoch um ihre eigene Diagnose geht, räumt sie in Bezug auf die Tochter ein: *„Ja, falls in der Familie halt darüber gesprochen wird, wenn sie es halt dann mitbekommt, ist ja auch blöd, ne, dass ich dann hinter ihrem Rücken allen erzähle, nur sie da außen vor lassen.“ (Pos. 61)*

Einerseits wird das Verheimlichen vom Gesundheitszustand von Familienmitgliedern toleriert, auf der anderen Seite ist ihr wichtig, ihre Tochter in diese Gespräche miteinzubeziehen. Ein möglicher Erklärungsansatz für diese eher verworrene Kommunikationsweise könnte das

junge Alter der Mutter und die damit verbundene Unsicherheit im Umgang mit schwierigen Themen sein. Eventuell wird sie diesbezüglich auch von ihrer eigenen Mutter beeinflusst. Deren Handlungsmuster ist klar: „*Mach mal bitte die Türe zu*“.

Da Frau U. aber doch der Meinung ist, es sei wichtig, über Themen wie die Trennung der Eltern zu sprechen, sucht sie für ihre Tochter professionelle Hilfe in Form einer Psychotherapeutin. Sie hofft, ihre Tochter könne sich mit professioneller Hilfe besser öffnen. Das Problem der Verslossenheit innerhalb der Familie könnte zumindest für die Tochter somit aufgebrochen werden (*„Einerseits traurig, aber einerseits finde ich das dann auch in Ordnung, ne, dass sie mir das nicht erzählt. Weil ich sage mal, sie hat viel miterlebt, viel mitbekommen und dass es ihr nicht leicht war. Ja, ich glaube, wir können beide halt nicht mit der Situation umgehen, also wenn sie mir das erzählt, ich versuche ja, dass sie halt den Kontakt noch zu ihrem Vater behält, was sie ja eigentlich gar nicht mehr möchte, aber ich finde das halt auch sehr wichtig für sie, weil ich sehe ja, wenn wir halt in Familien reingehen und der Vater ist noch da, wie die Verbindung halt zwischen Tochter und Vater ist, dass sie halt sehr traurig ist, ne? Dann frage ich sie im Nachhinein auch: Na, möchte sie irgendwie darüber reden? Also das finde ich schon traurig, dass sie halt nicht darüber reden möchte. Deswegen habe ich halt auch nach einem Psychologen geguckt, dass sie sich dort halt ein bisschen therapieren lässt, weil was sie mir oder der Oma nicht sagen kann, kann sie sich vielleicht dort offenbaren.“* (Pos. 45).

Angst

Angst scheint auf Frau U. eine hemmende Wirkung auszuüben. Aus Angst vor der Belastung der Kinder meidet sie die offene Kommunikation. Aus Angst vor der Sorge der Kinder erzählt sie diesen zuerst nichts von ihren Gesundheitsproblemen.

Zudem spricht sie ihrer Tochter das klare Verbot aus, nichts über den Gebärmutterhalskrebs im Internet zu recherchieren. Zu groß sind die Angst und die damit verbundene Scham, die Tochter könne etwas über die Ursachen dieser Krebsart erfahren, insbesondere über die sexuelle Übertragung des Humanen Papillomvirus und fälschlicherweise auf ein promiskues Verhalten der Mutter schließen. Dies lässt die Angst von der eigenen Tochter verurteilt zu werden durchscheinen. Wiederholt zeigt sich die Furcht vor dem Versagen in der Mutterrolle.

(*„Und ich habe ihr halt erzählt, dass ich Verdacht auf Gebärmutterhalskrebs habe, das fand sie halt auch sehr traurig, hat dann versucht, im Internet zu recherchieren, da habe ich gesagt: ‚Lass das einfach sein. Im Internet stehen manche Sachen, was eigentlich nicht da reingehört.‘ Sie soll einfach nur da sein für mich momentan und erst einmal nicht [...]“* (Pos. 59)

„Ja, einerseits hatte mich das natürlich gefreut, aber einerseits finde ich das / fand ich das jetzt nicht so schön, weil im Internet stehen ja sehr viele andere Sachen auch, ne, wo man die Krankheit herbekommt, ne? Ich hatte erst auch erzählt gehabt, dass die Oma das auch hatte, dass es dann halt, ne, wieder durch die Behandlung halt weggegangen ist, dass sie sich halt keine Sorgen machen soll. Ja, ich hab gesagt, sie soll dort halt einfach die Finger lassen vom Internet halt, ne? Einerseits natürlich fand ich das total schön, ne, sie möchte halt gucken, was das für eine Krankheit ist, warum die Mutter das bekommen hat, also süß fand ich das schon, aufmerksam halt.“ (Pos. 65)

Sie scheint widersprüchliche Gefühle für den Aktivismus der Tochter zu haben. Zum einen deutet sie es als Art Liebesbeweis und Fürsorglichkeit der Tochter, zum anderen sind es die oben beschriebenen Motive.

Schicksal

Hier zeigen sich interessanterweise zwei gegensätzliche Herangehensweisen.

Die Tochter zeichnet sich durch ihren Aktivismus aus. Als sie die Diagnose der Mutter erfährt, wird sie sofort handlungsaktiv und möchte mehr über Erkrankung und Behandlung

herausfinden. Sie erhofft sich dadurch vermutlich, Kontrolle zu erlangen und Möglichkeiten zur Heilung zu finden.

Die Mutter hingegen zeigt, dass sie Arztbesuche eher ungern wahrnimmt, um so eventuell schlechten Diagnosen aus dem Weg zu gehen. Auch das Nicht-Kommunizieren mit den Kindern könnte eine Art Abwehrmechanismus sein – wenn sie es den Kindern nicht erzählt, ist es auch nicht real.

Die Tochter möchte aktiv durch das Erinnern an Vorsorgetermine das Schicksal selbst in die Hand nehmen und somit sich die Verantwortung zuschreiben (*„Sie fragt auch immer nach: ‚Mama, wann ist jetzt dein Termin für den nächsten Abstrich?‘, ne? ‚Dass du das halt nicht vergisst.‘ Das macht sie halt auch. (Pos. 67)“*).

In folgendem Abschnitt erkennt man die Strategie der Mutter: *„Also ich muss sagen, die Krankheiten, die ich habe, versuche ich soweit wie möglich von meinen Kindern fernzuhalten, damit die halt keine Belastung haben, [...] (Pos. 22-23)“* Auch sie verfolgt letztendlich einen annähernd tatkräftigen Ansatz. Aktiv möchte sie Krankheiten vor ihren Kindern fernhalten. So versucht sie, ins Schicksal eingreifen können. Sie scheitert daran, dass ihre Kinder scheinbar spüren, wenn die Mutter Angst hat: *„Ja [seufzt], meine Kinder spüren das halt, wenn ich traurig bin oder schlecht gelaunt bin und dann kommen die halt auf mich zu und fragen mich dann.“ (Pos. 69)“*

Sprachliche Analyse

Auf der semantischen Ebene fällt auf, dass Frau U. einen eher nüchternen Sprachstil hat. Sie bedient sich weder Metaphern noch Redewendungen. Generell tendiert sie eher zur Umgangssprache und verwendet wiederholt die gleichen Adjektive, zum Beispiel: *„traurig“*:

„Ähm ich muss sagen: Ich finde das manchmal traurig. (Pos. 113-114); „Und ich habe ihr halt erzählt, dass ich Verdacht auf Gebärmutterhalskrebs habe, das fand sie halt auch sehr traurig.“ (Pos. 59) und „Also das finde ich schon traurig, dass sie halt nicht darüber reden möchte.“ (Pos. 45)“

Insgesamt verwendet sie das Wort „traurig“ siebenmal, was darauf hindeuten könnte, dass die allgemeine Situation mit ihrer Tochter sie stark belastet und möglicherweise unbewusst mehr Bedrücktheit in ihr hervorruft, als sie sich eingesteht. Auf sprachlicher Interpretationsebene lässt dies eventuell auch auf einen kleineren Wortschatz schließen.

Auffallend ist zudem der Einsatz des Modalpartikels *„halt“*. Dieses wird bemerkenswerterweise 101-mal gebraucht. Im Allgemeinen markiert *„halt“* auf feiner semantischer Ebene selbstverständliche Aussagen und steht somit in der Analyseheuristik im Gegensatz zu Begründungspflichtigem. Da Frau U. dieses Wort so häufig ausspricht, könnte man es in diesem Kontext als eine Art Selbstbestätigung ihrer Aussagen sehen. Dies weist dabei möglichenfalls auf ihre eigenen Unsicherheiten hin.

Auf syntaktischer Ebene gibt es wenig sprachlich-grammatikalische Besonderheiten. Insgesamt bildet sie einfache Sätze, gelegentlich kommt es zu Reformulierungen.

Als sie über die aktuelle Situation nach der Trennung vom Vater ihrer Tochter spricht, verwendet sie das kollektivierende „wir“ als epistemisches Mittel: *„Einerseits traurig, aber einerseits finde ich das dann auch in Ordnung, ne, dass sie mir das nicht erzählt. Weil ich sage mal, sie hat viel miterlebt, viel mitbekommen und dass es ihr nicht leicht war. Ja, ich glaube, wir können beide halt nicht mit der Situation umgehen, [...]“ (Pos. 45)“*. Damit spricht sie auch für ihre Tochter, obwohl sie nicht wirklich weiß, wie diese die Situation empfindet. Die Kommunikation der beiden ist diesbezüglich offenbar dysfunktional. Das könnte darauf hindeuten, dass sie lediglich Vermutungen anstellt und hofft, nicht „alleinschuldig“ an der Kommunikationsbarriere zu sein.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich in diesem Mutter-Tochter-Paar feststellen, dass Kommunikationsschwierigkeiten bestehen. Dennoch hat die Offenheit der Mutter gegenüber ihrer Tochter dazu geführt, dass diese in ihrer Rolle gewachsen ist und nun aktiv darauf achtet, ihre Mutter an Arzttermine zu erinnern. Somit nimmt sie Einfluss auf das Gesundheits- und Präventionsverhalten der Mutter, vor allem in Bezug auf die Sekundärprävention des Gebärmutterhalskrebses. Könnte man vorab vermuten, die 15-jährige Tochter sei dieser Funktion aufgrund ihres jungen Alters noch nicht gewachsen, stellte sich im Verlauf des Interviews deutlich heraus, dass sie der Verantwortung gerecht werden konnte.

VIII. Interview „Und Krebsvorsorge oder insgesamt Vorsorge ist natürlich immer ein Thema“

Im folgenden Abschnitt wird das Interview mit Frau L. analysiert. Frau L. ist 53 Jahre alt und Mutter von zwei Töchtern im Alter von 23 und 17 Jahren. Eine der beiden Töchter lebt in den Niederlanden, die Jüngere noch bei Frau L. zuhause in Düsseldorf. Im Interview öffnet sich Frau L. unter anderem auch zu ihrer Hautkrebsdiagnose vor einigen Jahren. Fokus dieses Interviews waren Vorsorgeuntersuchungen. Das Interview dauerte insgesamt 16 Minuten und erfolgte im ruhigen Einzelbüro der Interviewten.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Das zentrale Motiv hier ist die gegenseitige Fürsorge der Töchter und der Mutter. Mehrmals betont Frau L., dass sie mit ihren Töchtern stets im offenen Austausch, beispielsweise über Untersuchungsergebnissen, stehe: *„Also ich weiß schon, dass meine Tochter / dass ich der das auch erzähle, wenn ich / wenn ich da war, weil ich weiß, dass sie das beruhigt, wenn ich regelmäßig / Also wenn auch ich regelmäßig zur Kontrolle gehe. Und dann sprechen wir auch kurz drüber oder / oder ich sage dann eben: ‚Ja, ist alles in Ordnung, ich war jetzt wieder da‘ oder das, das schon. Also das merke ich bei ihr auch, dass sie immer froh ist, wenn ich so Sachen dann auch kontrollieren lasse.“* (Pos. 67).

Mehrfach erwähnt sie, dass sie spüre, wie ihre Tochter erleichtert sei, wenn sie ihr von den unauffälligen Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen erzählt: *„Das, das merke ich auch, dass / dass sie das beruhigt.“* (Pos. 73). Hier zeigt sich, dass die Töchter, besonders im Kontext der überstandenen Hautkrebserkrankung der Mutter, bei jeder unauffälligen Kontrolluntersuchung umso mehr Erleichterung empfinden. Gleich zweimal formuliert sie den Satz vorsichtig mit dem Verb „merken“. Dies könnte implizieren, dass Mutter und Tochter zwar ein enges Verhältnis haben, jedoch nicht wirklich offen miteinander zu kommunizieren scheinen.

Mit Aussagen wie: *„Dadurch, dass ich selber das regelmäßig mache, bin ich diejenige, die das eher so weitergibt an die Kinder und sage: ‚Es ist einfach wichtig. Das müsst ihr immer machen.“*“ (Pos. 35)

und *„[...] hatte ich malignes Melanom, treibe ich auch da die Kinder regelmäßig hin, oft gegen Widerstand, weil die das nicht so richtig einsehen.“* (Pos. 37) offenbart sie eine doch eher paternalistische Mutterrolle.

Die ältere Tochter wohne zwar in den Niederlanden, hat aber ihre Frauenarztpraxis noch in ihrer Heimat. Dabei betont Frau L., dass ihre Tochter „selbstständig“ Termine vereinbart, sie als Mutter sie jedoch unterstützt und auch „mal einen Termin vereinbare“. Auch wenn es in der Verantwortung der Tochter ist, sorgt hier die Mutter dennoch weiterhin für die Töchter.

Gesundheitsverhalten

Gleich in der Eingangspassage kommt Frau L. auf die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen für sich und ihre Töchter zu sprechen. Sie beschreibt sich hierbei als Vorbild für ihre Töchter und würde dafür sorgen, dass diese die Vorsorgetermine wahrnehmen. Dass der Pap-Abstrich im Rahmen der GKFU bei Frauen über 35 Jahren nur noch alle drei Jahre kostenfrei angeboten wird, scheint ihr zu wenig zu sein und so ist sie auch bereit für einen jährlichen Test zu zahlen. Dies zeigt, wie stark ihr Bedürfnis nach Absicherung ist. Dieses Bedürfnis steht vermutlich im Zusammenhang mit ihrer Vorgeschichte des Malignen Melanoms (*„Also meine Töchter sind 17 und 23 und wenn ich das selber beurteilen soll, würde ich sagen: Ich kann gut mit denen über diese gesundheitlichen Themen sprechen. Und Krebsvorsorge oder insgesamt Vorsorge ist natürlich immer ein Thema. Das fängt ja schon an in frühen Kindheitszeiten mit der zahnmäßigen Vorsorge. Da ist man jetzt ja inzwischen auch viel mehr (-), ja, hinterher, dass da diese regelmäßigen Kontrollen durchgeführt werden und da, das ist jetzt aber / hat jetzt aber nichts mit Krebsvorsorge zu tun, sondern nur einfach die Vorsorge allgemein. Und mit der größeren Tochter ist natürlich, insbesondere was auch die Gebärmutterhalskrebsvorsorge angeht / ist das natürlich Thema, wobei ich sagen muss: Dadurch dass ich selber das regelmäßig mache, bin ich diejenige, die das eher so weitergibt an die Kinder und sage: „Es ist einfach wichtig. Das müsst ihr immer machen.“ Und ich habe jetzt gerade die Erfahrung gemacht, dass ich die jetzt zum ersten Mal selber bezahlen musste, weil das sich anscheinend geändert hat und dieses einmal im Jahr gibt mir zumindest so eine gewisse Sicherheit, und das gebe ich auch so an die / an die Kinder weiter. Bei der Jüngeren ist das jetzt noch nicht so das Thema, aber die Ältere geht auch regelmäßig.“ (Pos. 35)).*

Als im Jahre 2007 die HPV-Impfungen für junge Mädchen in Deutschland erstmals zugelassen werden, möchte sie sich zunächst nicht auf die wenigen Daten dazu verlassen (*„weil mir da die Datenlage noch nicht so klar genug war“ (Pos. 79)*). Interessant ist die Wortwahl, sie hätte sich *„erst mal ein bisschen dagegen entschieden“ (Pos. 79)*. Mit dieser Ausdrucksweise möchte sie eventuell ihre damalige Skepsis im Licht der sozialen Erwünschtheit des Impfens kaschieren.

„Ja, es gab natürlich auch Gespräche, was diese HPV-Impfung angeht. Da hatte ich mich auch ganz am Anfang, als das aufkam, erst mal ein bisschen dagegen entschieden, weil mir da die Datenlage noch nicht so klar genug war, aber das habe ich dann auch mit beiden, also erst natürlich mit der Großen, besprochen. Und bei der Kleineren habe ich es dann auch viel früher dann machen lassen. Klar, spricht man darüber, dass das gut ist und wichtig ist und das haben die dann aber einfach gemacht.“ (Pos. 79)).

Kommunikation innerhalb der Familie

Frau L. erwähnt neben ihren Töchtern keine weiteren Familienmitglieder. Auffallend ist, dass sie im gesamten Interview eine Aussage regelmäßig zu wiederholen scheint: Die Gespräche über die Vorsorge und Gesundheit/Krankheit im Allgemeinen seien *„unproblematisch“*, *„nebenher“* und *„laufen einfach so mit“*. (*„Da kann ich mich gar nicht so / Das ist jetzt nichts, wo wir sagen: Komm, wir setzen uns jetzt mal hin und reden darüber, sondern das ist ganz normal so im / im Alltag. Das ist also irgendwie was Selbstverständliches.“ (Pos. 47-48)*; *„Dadurch, dass es eben so regelmäßig läuft und bisher auch alles ohne Befund war, also ohne ein positives Ergebnis, läuft das einfach so mit. Und nimmt keinen besonderen Raum jetzt ein in der / in der Kommunikation.“ (Pos. 120-122)*; *„Aber wie gesagt, nicht so: Wir setzen uns jetzt hin und reden drüber, sondern einfach so im Gespräch, in normalen Gesprächen nebenher.“ (Pos. 51)*

Besonders interessant ist dies, da sie zugibt, wie bedeutend ihr das Thema Vorsorge im Allgemeinen ist. (*„Dadurch dass ich selber betroffen bin oder war vor zehn Jahren zum / nee, 15 Jahren inzwischen hatte ich malignes Melanom, treibe ich auch da die Kinder regelmäßig hin, oft gegen Widerstand, weil die das nicht so richtig einsehen. Aber je älter die werden, je mehr ist da auch die Einsicht da.“ (Pos. 37-38)*). Mit dem Wort *„treiben“* verleiht sie der Aussage eine Dringlichkeit und

Sorge, die im Widerspruch zu der scheinbaren Nebensächlichkeit der Gespräche über Vorsorge stehen.

Angst

Ein wesentlicher Teil der Motivation, die GKFU in Anspruch zu nehmen, ergibt sich aus ihrer Krebsvorgeschichte. Ihr dominanter Tonfall, als sie erzählt, sie müsse ihre Töchter zur Vorsorge „treiben“, spiegelt letztendlich die Angst, ihren Töchtern könnten an Krebs erkranken, wider.

Interessant ist auch, dass diese Sorge der älteren Tochter als Anreiz dient, selbst zur Hautkrebsvorsorge zu gehen. Dahingegen vertraut Frau L. der jüngeren Tochter ihre Erkrankung, vermutlich aus Angst, sie mit der Diagnose zu sehr zu belasten, nicht an. Da dieser Tochter das Wissen, das der älteren Schwester als Motivation dient, fehlt, weigert sie sich zur hautärztlichen Kontrolle zu gehen (*„Und der hatte ich das jetzt auch nicht direkt gesagt, dass ich dieses Ergebnis hatte, weil ich wollte die jetzt auch nicht beunruhigen, aber mit dem, dass ich das jetzt gesagt habe, der Größeren habe ich es schon eher gesagt, ist da jetzt auch die Bereitschaft größer, doch loszugehen. [...] Und da ist zumindest bei der Kleineren der Widerstand viel größer, aber da setze ich mich dann durch, weil mir das wichtig ist.“* (Pos. 91).

Schicksal

Es zeigt sich deutlich eine aktive Haltung der Interviewten. Sie selbst entscheidet zu den Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Sie fordert aktiv darüber hinaus einen jährlichen Pap-Abstrich ein. Auch ihre Töchter fordert sie, oft auch „gegen Widerstand“, auf, sich regelmäßig beim Hautarzt und in der gynäkologischen Praxis vorzustellen.

Man könnte hier ahnen, dass dies ihr Weg ist, gewissermaßen Kontrolle über ihre Gesundheit und die ihrer Töchter zu bekommen.

„Dadurch dass ich selber betroffen bin oder war vor zehn Jahren zum / nee, 15 Jahren inzwischen hatte ich malignes Melanom, treibe ich auch da die Kinder regelmäßig hin.“ (Pos. 37) Schon die Tatsache, dass sie anfangs in der Gegenwartsform über die Krebserkrankung zu sprechen beginnt, verdeutlicht, wie sehr diese noch in ihrem Leben präsent zu sein scheint und ihre Handlungsentscheidungen bestimmt.

Sprachliche Analyse

Auf der sprachlichen Mikroebene fallen einige Thematisierungsregeln auf, die sich durch das gesamte Interview ziehen. So legt Frau L. darauf wert, ihre Aussagen logisch-analytisch darzustellen. Sie spart dabei an umfänglichen Beschreibungen und bildet knappe Sätze.

„Und Krebsvorsorge oder insgesamt Vorsorge ist natürlich immer ein Thema.“ Und *„Und mit der größeren Tochter ist natürlich, insbesondere was auch die Gebärmutterhalskrebsvorsorge angeht / ist das natürlich Thema“* (Pos. 35) Sie verwendet das Wort „natürlich“ gleich dreimal und stellt die Krebsvorsorge in ihrem Verständnis als etwas Selbstverständliches, das keiner Begründung bedarf, dar.

Mit Verwendung der Regel-Perspektive „man“ unterstreicht sie zudem, dass ihr Vorsorgeverhalten regelrecht, wie von der Gesellschaft erwartet, sei: *„Da ist man jetzt ja inzwischen auch viel mehr (-), ja, hinterher, dass da diese regelmäßigen Kontrollen durchgeführt werden.“* (Pos. 35).

Auf der pragmatischen Sprachebene positioniert sie sich zu ihren Töchtern, den narrativen Personen hier, wie folgt: *„Dadurch dass ich selber das regelmäßig mache, bin ich diejenige, die das eher so weitergibt an die Kinder und sage: ‚Es ist einfach wichtig. Das müsst ihr immer machen.‘“* (Pos. 35). Unter Verwendung von aktiven Verben zeigt sie ihre Dominanz und ihre

Handlungswirksamkeit. Beleuchtet man die Aussage zusätzlich zur inhaltlichen auch auf einer sprachlichen Mikroebene, so deutet es darauf hin, dass es ein starkes emotionales Involvement zu diesem Thema gibt. Dass sie sich erst einmal räuspern muss, könnte auch gleichsam die Überwindung, die es sie kostet, darüber zu sprechen, widerspiegeln („*Genau und [räuspert sich] das andere Thema Krebsvorsorge ist der Hautkrebs.*“ (Pos. 37)).

Der verwendete Sprachterminus „Malignes Melanom“ lässt auch darauf schließen, dass sie mit medizinischen Fachtermini umgehen kann.

Ihre Wortwahl „*treibe ich auch da die Kinder regelmäßig hin*“ ist sehr prägnant. Das Wort „*treiben*“ würde man nun eher in einem anderen Kontext verwenden (beispielsweise „*Rinder treiben*“ oder „*Sklaventreiber*“). Dies bildet jedenfalls erneut ab, wie sich Frau L. im sozialen Raum positioniert. Augenscheinlich ist es ihr ein großes Anliegen.

„*Sie war mal einmal mit dort, das war aber noch ohne Untersuchung, das hat natürlich noch so eine gewisse Hemmschwelle, da auf dem Stuhl zu sitzen und ähm da werde ich sicherlich mehr Überzeugungsarbeit leisten müssen, dass sie da hingeht.* (Pos. 41)“ Unter Verwendung der Ich-Perspektive positioniert sich Frau L. eindeutig als die Handlungsermächtigte, die Verantwortliche – aktive „*Überzeugungsarbeit leisten müssen*“. „*Stuhl*“ ist hier eine Metonymie für die vaginale gynäkologische Untersuchung. Eventuell ist es Frau L. unangenehm, dies beim Namen zu nennen.

„*Also das merke ich bei ihr auch, dass sie immer froh ist, wenn ich so Sachen dann auch kontrollieren lasse.*“ (Pos. 67-68) „*So Sachen*“ – damit meint Frau L. wohl die Krebsvorsorge, tut sie jedoch hier als Banalität ab. Durch das „*Also*“ am Satzanfang beginnt sie eine Kontextexplikation, die schon fast einen argumentativen, rechtfertigenden Charakter annimmt. Interessant ist hierbei auch, dass sich durch das gesamte Interview eine Argumentation zieht, wonach ihre Töchter offenbar die Gewissenhaftigkeit ihrer Mutter instinktiv verstehen, ohne dass sie Worte dafür finden müssen. Dieser Haltung verleiht sie mit den faktifizierenden Epistemen zusätzlich Betonung: „*weiß, dass ich*“, „*Ich meine, sie weiß ja auch, dass ich regelmäßig gehe*“ (Pos. 75) und „*Also ich weiß schon, dass meine Tochter / dass ich der das auch erzähle, wenn ich / wenn ich da war, weil ich weiß, dass sie das beruhigt, wenn ich regelmäßig / Also wenn auch ich regelmäßig zur Kontrolle gehe*“ (Pos. 67).

Fazit

Hier zeigt sich eine Mutter-Tochter-Konstellation, in der insbesondere aufgrund der Vorerkrankung der Mutter ein fürsorgliches Verhältnis besteht. Anscheinend ist die Kommunikation zwischen beiden Parteien nicht von langen tiefgründigen Gesprächen geprägt. Die gegenseitige Fürsorge drückt sich viel mehr im regelmäßigen Erkundigen des Gesundheitsstatus und der Aufforderung zu Vorsorgeuntersuchungen und der GKFU zu gehen aus. Ein aktives Gespräch vor GKFU, angestoßen durch die Töchter, wurde zwar nicht beschrieben. Dennoch lässt sich letztlich viel zwischen den Zeilen über das Verhältnis zwischen den beiden entnehmen, sodass man schlussfolgern könnte, dass die Töchter erst dann beruhigt sind, wenn die Mutter ihre Arztbesuche und Vorsorgetermine gewissenhaft wahrnimmt und sich diesbezüglich auch regelmäßig nach dem Stand der Dinge erkundigen.

IX. Interview „Gut, aber die kann mir viel sagen, ich mache das doch auf meine Art und ist es gut.“

Bei Frau W. handelt es um eine 73-jährige Dame, die eine Tochter im Alter von 48 Jahren hat. Frau W. wohnt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einem Haus, in dem auch die Tochter eine eigene Wohnung hat. Des Weiteren gibt es einen Sohn mit Familie, der in der gleichen Straße wohnt. Sie und ihr Mann leiten ein eigenes Gartencenter-Unternehmen. Im Interview erzählt sie von einigen Alltagssituationen mit ihrer Tochter und schneidet nur kurz den Suizid ihrer zweiten Tochter an. Das Interview hatte eine Gesamtdauer von 35 Minuten und fand im Besprechungszimmer der gynäkologischen Praxis statt.

Inhaltliche Analyse

Mutter-Tochter-Beziehung

Direkt in der Eingangspassage des Interviews stellt Frau W. die Beziehung zu ihrer Tochter wie folgt dar:

„Sehr, sehr gut. [pustet] Ja, wir sprechen über alles. Und sie versucht bei mir, weil ich sehr viele / in den vergangenen zwei, drei Jahren viel Schmerzen hatte, ja, durch nicht Homöopathie, aber mir das zu empfehlen, das zu empfehlen. [...] So. Und die / Aber wir können über alles reden, also wir sind auch schon zusammen in Urlaub gefahren also und einmal auch, nee, drei-, viermal auf einer Beautyfarm. Wir erzählen, ich erzähle die / viele Probleme, was ich mit meinem Mann habe, sie erzählt mir, was sie mit ihrem Mann hat und ihrem / ihrem Sohn, sie hat einen Sohn. Also man kann [seufzt] besser mit einer Tochter reden über solche Sachen, die ein bisschen dich ganz persönlich treffen, als ich / Ich habe auch noch einen Sohn.“ (Pos. 35-50)

Gleich zweimal betont sie, dass ihre Tochter und sie über alles reden können. Dies wird sie noch weitere Male im Verlauf des Interviews erwähnt. Durch die Aussage, dass „man“ besser mit einer Tochter reden könne, als mit einem Sohn, bildet sie direkt zu Beginn eine Wir-Einheit der Frauen der Familie. Mit der Verwendung der Regel-Perspektive „man“ zielt sie vermutlich darauf ab eine allgemeingültige Aussage zu treffen.

„Ja. Und also ich muss sagen: Wenn man mal auch schon mal mit anderen Müttern redet, alle / alle können nicht so offen mit ihren, da ist vielleicht auch diese Beziehung nicht so offen, ne?“ (Pos. 199)

Frau W. grenzt sich nicht nur gegenüber dem männlichen Geschlecht ab, sondern scheint sich und die Tochter offenbar auch gegenüber anderen Familien in eine überlegene Position zu erheben, indem sie die besondere Bindung der beiden nochmals betont. Die räumliche Nähe spielt sicherlich eine Rolle für den engen Kontakt der beiden. In der Regel täglich erkundigen sie sich täglich nach dem Wohlbefinden des anderen. (*„Ja. Wir sehen uns bestimmt / dreimal in der Woche kommt sie zu uns hoch, ansonsten wenn wir schon zwei Tage mal nichts hören, dann ruft sie schon an oder / oder umgekehrt ich.“ (Pos. 129-130))*).

Die Tochter sorgt sich sehr um die Schmerzen der Mutter und recherchiert für sie im Internet nach möglichen Therapien. Der Vorschlag, einen Chiropraktiker aufzusuchen, wird jedoch zunächst mit einem belächelnden Widerstand und vermeintlicher Ablehnung aufgenommen:

„Ja, dann sagt die zum Beispiel zu mir: ‚Mama, ich habe im Internet gelesen, mach mal bei dem Arzt, der macht praktisch, dass man nicht mehr so viel Schmerz / Schmerztherapie.‘ Und das hab ich ja alles schon gemacht [lacht]. Ich sage: ‚[Name], das habe ich schon selber alles gemacht.‘“ (Pos. 35)

Erstaunlich ist, dass sie am Folgetag tatsächlich einen gemeinsamen Termin mit der Tochter beim Chiropraktiker wahrnehmen wird. [...] „und jetzt gehen wir / morgen haben wir wieder einen Termin beide zusammen bei einem Chiropraktiker, ne?“ (Pos. 35-37)

Im gleichen Sinne verhält sie sich auch mit den von der Tochter vorgeschlagenen Übungen zur progressiven Muskelentspannung. Zuerst lehnt sie diese ab, gibt jedoch in einem Nebensatz zu, „einfache“ Übungen auch schon im Bett gemacht zu haben: „Jetzt mache ich so eine einfache [PME-Übung], wenn ich dann im / im Bett schon mal liege.“ (Pos. 123-124)

Sie schildert mehrere Situationen, in denen die Tochter eine Beratungsfunktion einnimmt, gesundheitsförderliche Empfehlungen ausspricht und Ratschlag erteilt. Beispiele sind Reduktion der Schmerzmedikamenten-Einnahme, Klangschalen-Therapie und progressive Muskelentspannung („Ja, immer. „Mama, mach das doch. Mach das doch.“ (Pos. 54-56)

Die Haltung der Mutter spiegelt sich in dieser Kernaussage wider:

„Ja. Dann denke ich: Gut, aber die kann mir viel sagen, ich mache das doch auf meine Art und ist es gut. [lacht]“ (Pos. 119-120)

Das Auflachen am Ende der Aussage könnte darauf hindeuten, sie nehme den Rat nicht ernst und sei überzeugt, eine bessere Lösung zu haben.

Die Ambivalenz zwischen Ablehnung und Annahme der töchterlichen Fürsorge steht hier im Spannungsfeld. In diesem Fall geht es darum, dass sie möglicherweise sowohl das Bedürfnis hat, fürsorglich betreut zu werden, als auch das Gefühl von Unabhängigkeit bzw. Eigenständigkeit bewahren möchte, was zur Ablehnung der Fürsorge führen kann. Diese innere Zerrissenheit lässt sich auch in einer weiteren Situation vermuten. Frau W. wird von ihrer Tochter zu Arztbesuchen begleitet und äußert sich folgendermaßen dazu: „Ich versuche ja, alles alleine zu machen, aber manchmal sind die Wege zu weit bis dahin und (-) wie ich die Rücken-OP hatte, konnte ich auch den Rollator nicht aus dem Auto hinten heben, ne?“ (Pos. 105). An dieser Stelle wird ihr Wunsch nach Autonomie deutlich, da sie sich bemüht, die Notwendigkeit der Hilfe ihrer Tochter zu rechtfertigen, anstatt sie zu einfach anzunehmen.

Eventuell sieht sie sich als einzige erfahrene Instanz, die in der Lage sei, gesundheitliche Ratschläge zu erteilen und darüber hinaus „Diagnosen“ zu stellen („Bist du denn in den Wechseljahren?“ „Nee, ich glaube noch nicht.“ „Na, das kommt noch alles gleichzeitig“ / oder so. „Aber“, sagt sie, „ich hab schon mal. Dann decke ich mich auf und zu, dann bin ich wieder am Schwitzen.“ „Ja“, sage ich, „dann bist du drin“ (Pos. 149).

Hervorzuheben gilt zudem die Auffassung Frau W.s, dass die Tochter keine Empfehlungen zur Brustkrebs-Früherkennung geben könne, da sie selbst noch nicht von Brustkrebs betroffen war.

Dahingegen habe sie, die den Brustkrebs ihrer Cousine miterlebt hatte, eine Art Bemächtigung: „So. Aber nicht jetzt, dass / Das kann ja gar nicht von meiner Tochter kommen, denn die, die kann mir ja keine Empfehlung geben von sich, was sie schon erlebt hat in / in den Sachen, ne? Und ja. [...] Ja. Die kann ja jetzt eigentlich nicht, davon erzählen über Brustkrebs, den sie erlebt hat. Das hab ich ja praktisch erlebt mit / mit meinen Cousinen und kann dann ihr das / dazu was sagen.“ (Pos. 143-145).

Über die Inanspruchnahme der GKFU wird laut Frau W: „beiläufig“ gesprochen. Die Tochter informiert sich, welche Termine bei der Mutter anstehen. (I: „Ist das dann auch irgendwie mal andersrum, dass Ihre Tochter Sie daran erinnert, zum Arzt zu gehen?“ P: „Nee, ich hab jetzt nur gesagt: ‚Ich hab heute Frauenarzttermin für / für die Krebsvorsorge‘ und dass ich zwei Jahre nicht da war. Ja.

Und sie macht das ja auch. Also die erzählt auch, bei welchen Ärzten sie war, also das sind keine Geheimnisse in der Beziehung. Wenn die mal da bei uns ist, dann sagt sie: ‚Mama, was hast du denn heute auf dem Plan‘, ja, ich sage / also gestern oder vorgestern, sage ich: ‚Diese Woche hab ich nicht so viel, aber ich hab noch einen Arzttermin bei der Gynäkologin.‘ Ja. Und dann erzähle ich ihr natürlich auch, was ich hier vor mir habe, sage: ‚Ich kriege noch eine Herzverödung.‘ Weil ich immer Vorhofflimmern hatte, hatte ich vor vier Wochen eine Kardioversion gekriegt. Wir erzählen über alles und sie, sie auch, zu welchen Ärzten die geht, [...]“ (Pos. 65-71))

Sonst organisiert Frau W. sich selbstständig und trägt Termine in einen Terminkalender ein und untermauert ein weiteres Mal ihr Bedürfnis nach Autonomie (Betonung auf „*das brauche ich alles nicht*“): „*Nee, braucht sie nicht, dafür habe ich ja hier mein / mein Buch. Nee, da brauche ich / das brauche ich alles nicht, die geht / sie ist ja nicht von morgens bis abends bei uns.*“ (Pos. 65-78)

Gesundheitsverhalten

Zuerst wird die Haltung zum Gesundheitssystem beleuchtet. Frau W. ist privatversichert und äußert eine gewisse Skepsis an der Notwendigkeit gewisser Eingriffe. In diesem Rahmen berichtet sie von ihren persönlichen Erfahrungen mit einem auffälligen Tastbefund ihrer Brust: „*Da wurde ja da, also ich meine das auf jeden Fall, wenn du dann privat versichert bist, so schnell, ja, mal eben was rausgenommen, ne? Aber das habe ich ihr dann gesagt, ich sage: ‚Gucke immer zweimal lieber hin, lass nicht zu schnell schnibbeln‘, ne?“* (Pos. 145). Sie gibt ihrer Tochter einen Appell, kritisch Indikationen für Interventionen zu prüfen. Hier unterstellt Frau W. ihrem damaligen Gynäkologen wirtschaftliches Interesse. Doch nicht zuletzt aufgrund der Brustkrebserkrankung ihrer Cousinen ist es ihr ein großes Anliegen, regelmäßig zur Mammographie zu gehen. Dies rät sie auch ihrer Tochter.

Eine gewisse innere Verpflichtung wird in ihrer Wortwahl deutlich, als sie die Vorsorge als „*Aufforderung von der Stadt*“ (Pos. 91) versteht. Tatsächlich erhalten Frauen ab 50 Jahren im Rahmen der gesetzlichen Brustkrebs-Früherkennung alle zwei Jahre einen Brief von den zuständigen Stellen, einer gemeinsamen Einrichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Briefe sind jedoch lediglich Einladungen/Empfehlungen und die Teilnahme ist freiwillig, analog zur GKFU. Das Wort „*Aufforderung*“ lässt sich daher eher mit „*Verpflichtung*“ – möglicherweise ihrer inneren Verpflichtung, assoziieren.

Zum Thema Menstruation und Verhütung erzählt sie, dass ihre Mutter sie schon früh und offen aufgeklärt hatte und sie ihr sehr dankbar dafür sei. Kritik äußert sie in diesem Zusammenhang gegenüber ihrer Schwiegermutter und der damaligen Zeit. Diese sei ganz im Gegensatz zur Mutter sehr gottesgläubig und verschlossen gewesen. Dank der offenen Kommunikation ihrer Mutter hat auch sie gelernt, ihre Töchter über diese Themen, die damals als schambehaftet galten, aufzuklären. („*[...] meiner Schwiegermutter überhaupt nicht. Da durfte ich niemals allein mit seinem / mit ihrem Sohn im Zimmer sitzen, so ängstlich war das. Das war früher so. Und da war meine Mutter offener. Weil die war ja auch mit 28 oder 26 schon Witwe, die hatte zwei Kinder also und sie musste / sie / sie hat ja auch dann zwischendurch ein paar Freunde gehabt, ne? Ja, das hat man ja alles miterlebt, ne? Ja. Meine Mutter war offen. Und meine Schwiegermutter, die hat mal gesagt nachher in späten Leben, sie hat ja sieben Kinder gekriegt, weil der liebe Gott immer gesagt hat oder die Kirche: Du darfst nur verkehren, wenn du auch gewollt bist, Kinder zu haben, ne?“* (Pos. 159-163))

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frau W. eine gewisse Widersprüchlichkeit gegenüber Ärztinnen und Ärzten zeigt. Einerseits ist es ihr ein persönliches Anliegen, Vorsorgetermine wahrzunehmen. Andererseits hegt sie Misstrauen gegenüber der Notwendigkeit diverser Eingriffe.

Kommunikation innerhalb der Familie

Sowie Frau W. mehrmals im Interview die Offenheit in der Kommunikation zwischen ihr und der Tochter betont, so sei es auch innerhalb der ganzen Familie (*„Ja, weil wir auch eine große Familie sind, alle offen so ziemlich, und wir immer alle eine Gemeinschaft waren und wurde viel über solche / nee, über mehrere Sachen, über viele Themen gesprochen [...]“*) (Pos. 201)

Als sie das Verhältnis der verstorbenen Tochter, die zum Zeitpunkt des Interviews vor ca. acht Jahren Selbstmord begangen habe, anspricht, fällt eine gewisse Diskrepanz auf: *„Und mit der konnte ich auch immer sehr gut sprechen, aber bei ihr war immer, was die Partnerschaft anging, heile Welt. Und das haben wir eigentlich damals auch nie verstanden, da ist nichts nach außen gedrungen, ne?“* (Pos. 33) Einerseits sei die Kommunikation betont sehr gut gewesen, andererseits wäre nie etwas *„nach außen gedrungen“*.

Letztendlich gesteht sie ein, dass sie eigentlich nicht genau wusste, was in ihrer Tochter vor sich ging. Umgehend schließt sie das Thema und fährt fort mit: *„Und die eine Tochter ist ganz anders, die erzählt alles [lacht], also mir jetzt, ne?“* (Pos. 33) Unter diesem Blickwinkel erhält der enge Kontakt zu dieser Tochter eine tiefere Bedeutung. Frau W. ist wichtig, dass sie mit ihr über alles reden kann. Nun wird deutlich, warum sie zu Beginn des Interviews hervorhebt, ihre Tochter könne mit ihr auch über Probleme in der Partnerschaft sprechen. Zu groß ist die Sorge, etwas zu übersehen. Subtil könnte man das Motiv Schuld erkennen – die Schuld, das wahre Befinden ihrer verstorbenen Tochter nicht erkannt zu haben.

Angst und Schicksal

Auch wenn die Angst an keiner Stelle des Interviews direkt adressiert wird, deutet vieles darauf hin, dass diese doch unterschwellig präsent ist. Ein Beispiel hierfür ist ihre Erzählung über den auffälligen Brustbefund in jungen Jahren: *„Und ich bin ja in den jungen Jahren [seufzt] / Da wurde auf einmal ja unheimlich viel an den Brüsten rumoperiert, schon beim kleinen / so. Und mir ist das nämlich zweimal passiert, ja, sie haben hier Knoten, dann müssen wir gucken. Aber das waren gar keine Knoten, das waren mehr so Fettdinger oder was. Da wurde ja da, also ich meine das auf jeden Fall, wenn du dann privat versichert bist, so schnell, ja, mal eben was rausgenommen, ne? Aber das habe ich ihr dann gesagt, ich sage: „Gucke immer zweimal lieber hin, lass nicht zu schnell schnibbeln“, ne? (-)“* (Pos. 145)

Ihr Coping-Mechanismus, um mit der Angst vor einem möglichen positiven Befund umzugehen, könnte darin bestehen, die Ereignisse aus einer anderen Perspektive darzustellen und zu technisieren. Sie stellt die Notwendigkeit der Untersuchung in Frage. Vermutlich ist dies ihr Versuch von der Angst abzulenken und die Situation zu besser zu beherrschen.

„Das hab ich ja praktisch erlebt mit / mit meinen Cousinen und kann dann ihr das / dazu was sagen.[...]“ (Pos. 145) Allein die Betonung des „Ichs“ verdeutlicht, in welchem starkem Maße sie sich mit der Erkrankung ihrer Cousinen identifiziert und wie tief emotional sie in die Situation involviert ist. *„Sie hätte es selbst erlebt.“*

Hier finden sich auch klare Überschneidungen mit dem zentralen Motiv Schicksal. Unterzieht man diesem Abschnitt eine Agentivierungs-Analyse findet man die Zuschreibung der Handlungsmacht an Unbekannt *„mir ist das nämlich zweimal passiert“*. Diese De-Agentivierung deutet auf ihre Passivität und auch Hilflosigkeit in dieser Situation hin. Sie musste das *„unheimliche“* an *„Brüsten rumoperieren“* über sich ergehen lassen und schien somit den Ärzten ausgesetzt.

Im darauffolgenden Satz lässt sich ein gewisses Code-Switching beobachten, als sie von der passiven Formulierung in eine aktivere übergeht und ihrer Tochter rät, selbst nachzufragen und die Kontrolle zu übernehmen. Der Appell „*gucke zweimal hin*“ ist eindeutig aktiv. Die Handlungszuschreibung an Unbekannt „*lass nicht zu schnell schnibbeln*“ soll somit beherrscht werden. Bereits das umgangssprachliche Wort „*schnibbeln*“ könnte den Versuch verdeutlichen, einen ernsten medizinischen Eingriff wie die Brustbiopsie oder -operation zu bagatellisieren. Frau W. fällt es anscheinend nicht leicht, ihren Körper und ihre Gesundheit wortwörtlich in andere Hände zu legen.

Sprachliche Analyse

Der Redestil von Frau W. gestaltet sich während des gesamten Interviews sehr assoziativ. Sie springt zwischen den Themen, was sich vor allem in der Eingangspassage zeigt. Nicht immer ist ersichtlich, wie die Assoziationen verknüpft sind. Auffallend ist, bei jedem Ansprechen eines ernsten Themas erfolgt unmittelbar der Übergang zu einem banalen Thema. (Beispielhaft: „*Ja? So reden wir dann schon mal. Ja. Ja, und ich erzähle ihr auch, dass / mütterlicherseits zwei Cousinen hatten, haben Brustkrebs, aber alles gutgegangen, früh genug erkannt bis jetzt, ne? Und (-) ja, die / sie fragt auch, die kannte eben noch meine Mutter. Ja. (-) Also wir reden eigentlich über alles. Und die geht auch mit mir dann Sachen einkaufen, dann hol / weil ich so schlecht / weil ich ein neues Knie hatte, dann setze ich mich nur in die Kabine und dann vorher haben wir alles dann so ausgesucht und dann immer an- und ausziehen, an- und ausziehen. Sie ist so sch / schnell (-), zack, zack dann. Ach ja [seufzt].“ (Pos. 101)*

Auf syntaktischer Ebene zeigt sich dies auch durch zahlreiche Reformulierungen und Satzabbrüche. Auffallend ist zudem, dass sie häufig ihre Sätze als Frage formuliert, indem sie den Satz mit „*ne?*“ schließt. (Vgl.: „*Ja, ich rede jetzt alles so durcheinander, ne?*“ (Pos. 31) „*[...] konnte ich auch den Rollator nicht aus dem Auto hinten heben, ne? Und [seufzt] ja. Und dann fährt die dann in solchen Fällen mit, ne?*“ (Pos. 105) Vermutlich möchte sie sich damit immer wieder bei der Interviewenden rückversichern, dass diese zuhört bzw. sie das „Richtige“ sagt. Der Fragecharakter der Antworten könnte somit Spiegel ihrer eigenen Unsicherheit sein. Sie positioniert sich innerhalb des Interviews klar als Interviewte und zeigt somit stückweise den Wunsch sich führen zu lassen. Gegenüber narrativen Personen positioniert sie sich jedoch selbstsicherer. Durch den Gebrauch der wörtlichen Rede inszeniert sie oft die Gespräche von ihr und ihrer Tochter und zeigt somit ihre Dominanz: „*Ja, immer. ‚Mama, mach das doch. Mach das doch‘, ja? ‚Ach‘, sage ich, ‚[Name der Tochter], das habe ich doch schon alles gemacht‘ oder so, ne? Ach [seufzt].“ (Pos. 55-56)*

Auf semantischer Ebene stechen zahlreiche Neologismen ins Auge. Diese stehen oft in Zusammenhang mit medizinischen Fachbegriffen, die sie teils richtig benennt und an anderer Stelle entweder umgangssprachlich paraphrasiert oder einen Neologismus bildet (Vgl.: „*Dann hatte sie so einen, der nennt sich (Heli? 02:10), das ist so ein ähm (-) Gesundheitsapparat [lacht], (Pos. 29) und ‚Ich kriege noch eine Herzverödung.‘ (Pos. 69) Sie wechselt zwischen Fachwörtern und Umgangssprache: „Weil ich immer Vorhofflimmern hatte, hatte ich vor vier Wochen eine Kardioversion gekriegt.“ (Pos. 69-70) versus „Aber das waren gar keine Knoten, das waren mehr so Fettdinger oder was.“ (Pos. 145)*

Erwähnenswert ist ihr persönlicher Bezug zum Verb „müssen“. Oder wie Frau W. es selbst beschreibt: „*das Muss-Wort*“ (Pos. 111). Müssen ist ein aktives Verb und ist in der Agency-Analyse ein Signalwort für aktive Handlungsmächtigkeit. Ihre Tochter und sie ringen mutmaßlich sehr mit diesem Wort und wollen es schließlich vermeiden auszusprechen: „*Ja, du musst nicht, also man / also das Muss findet die gar nicht gut, das Wort. Sie sagt dann immer zum / Ich sage dann schon mal: ‚Ich muss noch das und das machen‘, dann sagt sie: ‚Du musst gar nichts. Wenn,*

dann machst du das freiwillig.“ So. Und dann versuche ich immer daran zu denken, dass ich das [lacht] Muss-Wort nicht sage. Und wenn sie das dann für sich sagt: „Ich muss noch heute“, dann sagt man gleich: „Das sollst du ja nicht sagen“, ne?“ (Pos. 111) Die Tochter bestehe darauf, dass die Mutter Handlungen „freiwillig“ und nicht als Verpflichtungen sehen sollte. Es wirkt, als wollten beide sich nicht durch äußeren Zwang leiten lassen. Trotzdem fordert die Tochter sie unter *Druck* auf: „[...] ,Mama, mach das doch. Mach das doch.““ (Pos. 56). Womöglich möchte sie ihre Mutter von ihrer Sichtweise überzeugen. Sie möchte, dass ihre Mutter sie ernst nimmt und sich bewusst und zwanglos für ihre Ratschläge entscheidet.

Fazit

Zur GKFU geht Frau W. zwar immer eigenständig und aus eigener Überzeugung. Generell wirkt es, als sei ihr die Wahrung ihrer Selbstständigkeit sehr wichtig. Eventuell hat sie Sorge in ihrem fortgeschrittenen Alter, diese Autonomie zukünftig abgeben zu müssen. Auch wenn die Fürsorge der Tochter zunächst eher auf Ablehnung stößt, zeigt die Mutter sich bereit, der Tochter entgegenzukommen, und lässt schließlich auf deren Unterstützung und Ratschläge ein. Es wird deutlich, dass der Wunsch der Familie nach einem offenen, vertrauensvollen Verhältnis, vor allem im Hinblick auf den Suizid der zweiten Tochter, von besonderer Bedeutung ist.

3.2 Ergebnisse der quantitativen Teilstudie

In diesem quantitativen Ergebniskapitel werden zuerst der Rücklauf der Fragebogenstudie und die Zusammensetzung der teilnehmenden Studienpopulation beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der einzelnen Fragebogenabschnitte vorgestellt.

i. Rücklauf der Fragebögen und Profil der Studienpopulation

200 Fragebögen wurden persönlich in den jeweiligen Arztpraxen ausgelegt bzw. im stationären Setting ausgeteilt (siehe Abschnitt 2.4.). Davon wurden 121 Fragebögen (= Rücklauf von 60,5%) vollständig von Frauen ausgefüllt, anonym zurückgegeben und durch die Doktorandin eingesammelt. Diese 121 Fragebögen sind in den folgenden Auswertungen der Bezugspunkt.

Die 121 Mütter waren zwischen 40 und 87 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von 59 Jahren. Die Töchter waren zwischen 15 und 57 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren. Durchschnittlich lag der Altersunterschied zwischen Mutter und Tochter bei etwa 28 Jahren.

Tabelle 9: Altersverteilung der teilnehmenden Mütter

	Mittelwert $\pm$ SD
Alter der Mütter in Jahren	59,1 $\pm$ 10,4
Alter der Töchter in Jahren	31,0 $\pm$ 11,5
Durchschnittlicher Altersabstand zwischen Mutter und Tochter	28,2 $\pm$ 4,8

Tabelle 10: Drei Alterskategorien der teilnehmenden Mütter

	% (N=121)
Bis 50 Jahre	19 (23)
51 – 60 Jahre	39,7 (48)
Ab 61 Jahre	41,3 (50)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

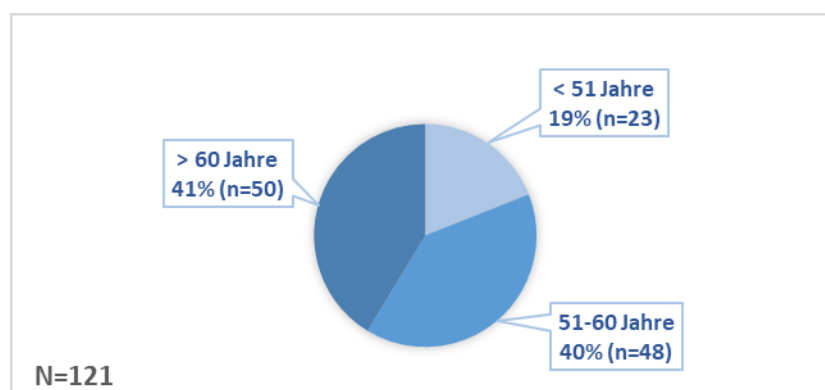


Abbildung 4: Altersverteilung der teilnehmenden Mütter in drei Alterskategorien

Den jeweils höchsten Schulabschluss der 121 teilnehmenden Mütter zeigen Tabelle 11 und Abbildung 5.

Zur Auswertung einer sekundären Forschungsfrage wurden die einzelnen Kategorien zu „höherer“ und „niedrigerer“ Schulabschluss in einem weiteren Schritt unter Bildung neuer Variablen zusammengefasst. Dafür wurden Abitur und Fachhochschulreife zu einer neuen Variable und Realschulabschluss/Hauptschulabschluss/kein Abschluss zu einer zweiten Variable. Diese Einteilung ist im Kapitel Limitationen (4.6.) begründet.

Tabelle 11: Höchster Schulabschluss der teilnehmenden Mütter

	% (N=121)
Hauptschul-/Volksschulabschluss	28,9 (35)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	28,1 (34)
Fachhochschulreife	7,4 (9)
Abitur/Allgemeine Hochschulreife	32,2 (39)
Fehlender Wert	1,7 (2)
Kann/will nicht angeben	1,7 (2)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

Tabelle 12: Höchster Schulabschluss dichotomisiert

	% (N=121)
Niedrigerer Bildungsabschluss	59,0 (69)
Höherer Bildungsabschluss	41,0 (48)
Fehlender Wert	1,7 (2)
Kann/will nicht angeben	1,7 (2)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

****Definition höherer Bildungsabschluss = Abitur, Fachhochschulreife; Definition niedrigerer Bildungsabschluss = Realschule, Hauptschule/kein Abschluss**

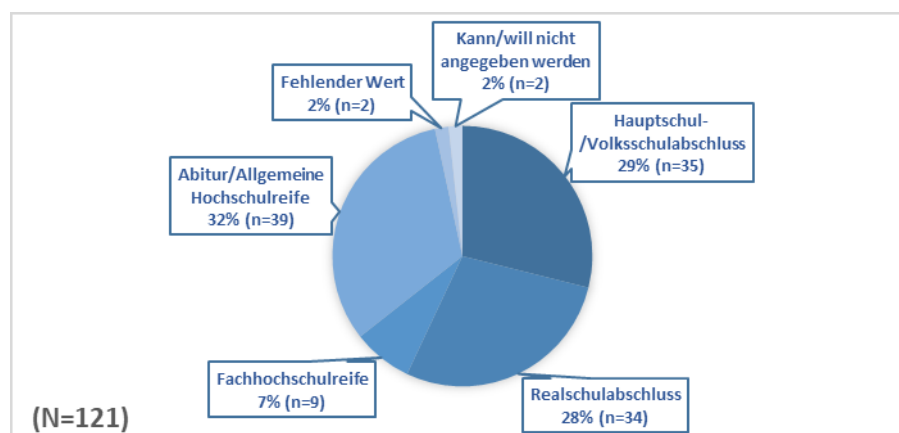


Abbildung 5: Höchster Schulabschluss der teilnehmenden Mütter

Bei 72% der Studienteilnehmerinnen stammten beide Eltern aus Deutschland. Bei 29% der Teilnehmerinnen war dies nicht der Fall (Tabelle 13; Abbildung 6).

Tabelle 13: Migrationshintergrund der teilnehmenden Mütter

	% (N=121)
Vorhanden	28,9 (35)
Nicht vorhanden	71,1 (86)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

****Definition Migrationshintergrund: mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren (55)**

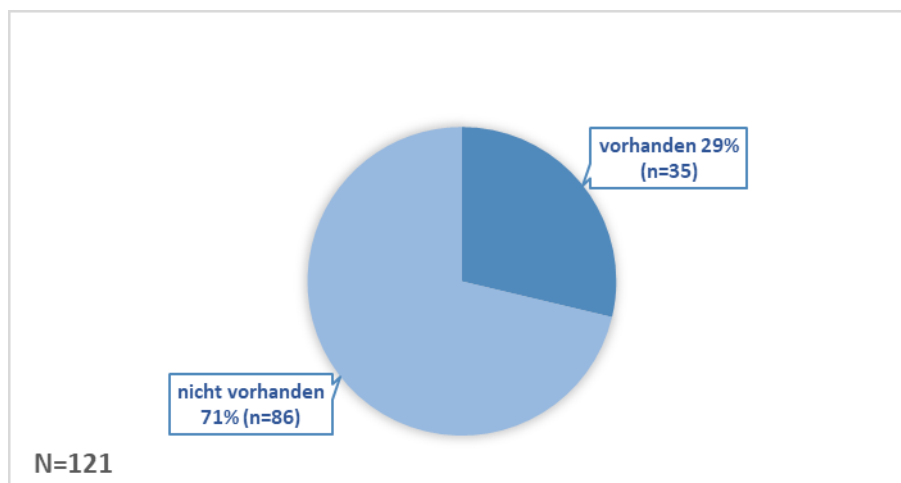


Abbildung 6: Migrationshintergrund der teilnehmenden Mütter

ii. Inanspruchnahme der GKFU

Es zeigte sich, dass 90% (n=109) der insgesamt 121 Probandinnen in ihrem Leben schon mindestens einmal bei der GKFU waren (Tabelle 14; Abbildung 7). Lediglich ein Zehntel (n=12) war niemals bei der gynäkologischen Früherkennung.

Tabelle 14: Inanspruchnahme der GKFU durch die teilnehmenden Mütter

	% (N=121)	95% Konfidenzintervall in %	
		Untergrenze	Obergrenze
In den letzten drei Jahren	66,1 (80)	57,4	74,1
Vor mehr als drei Jahren	24 (29)	17,0	32,1
nein	9,9 (12)	5,5	16,2

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

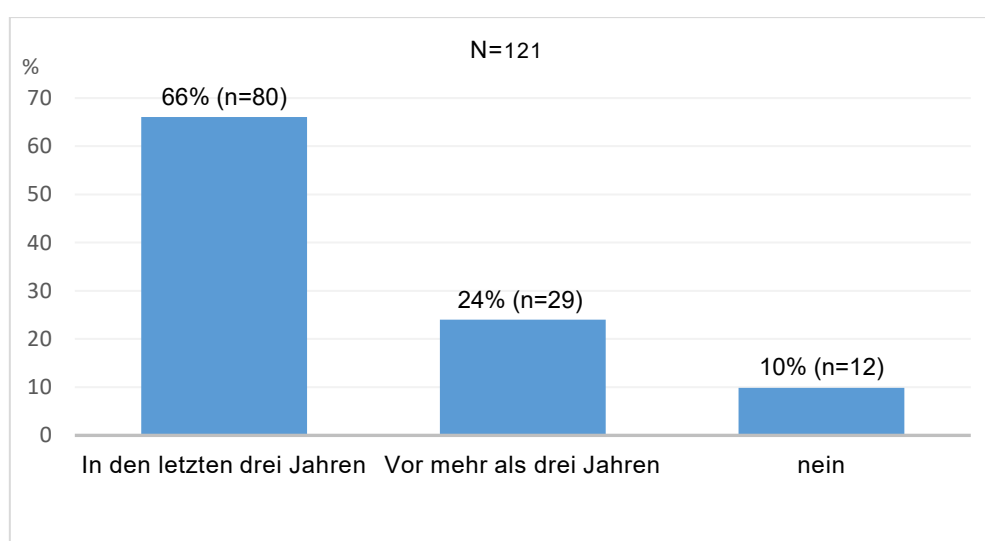


Abbildung 7: Inanspruchnahme der GKFU durch die teilnehmenden Mütter

iii. Tochter-Mutter-Gespräch über GKFU

Zwei der 121 Teilnehmerinnen beantworteten das Item: „*Hat Ihre Tochter mit Ihnen über das Thema gesprochen, bevor Sie sich entschieden haben ob Sie hingehen?*“ nicht.

Aus den restlichen 119 Fragebögen ging hervor, dass 39% (n=46 von 119), also mehr als ein Drittel der Frauen, ein Gespräch mit der Tochter vor der Entscheidung für/gegen die GKFU führte (Tabelle 15; Abbildung 8).

Tabelle 15: Tochter-Mutter-Gespräch über die GKFU

	% (N=119)	95% Konfidenzintervall in %	
		Untergrenze	Obergrenze
Gespräch fand statt	38,7 (46)	30,3	47,6
Kein Gespräch	61,3 (73)	52,4	69,7

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

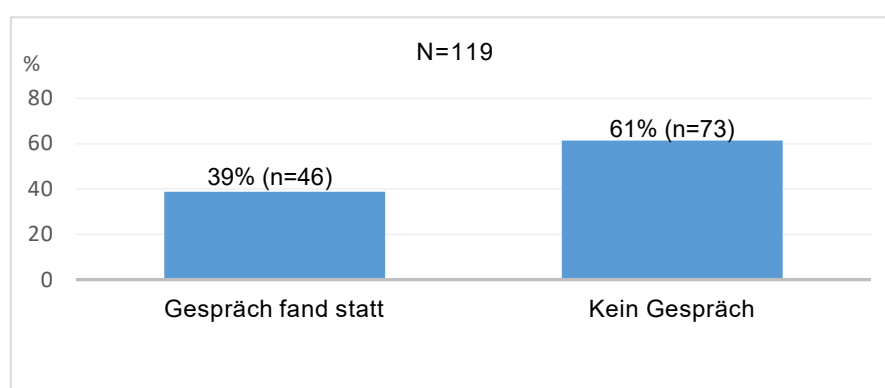


Abbildung 8: Tochter-Mutter-Gespräch über die GKFU

iv. Einfluss des Gesprächs

Auf 15% (n=18) der Frauen traf die Aussage „*Das Gespräch mit meiner Tochter hat mich in er Entscheidung beeinflusst, ob ich zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge gehe*“ voll und ganz zu; für 22% (n=26) der Frauen traf die Aussage eher zu. Nur ein Zehntel (n=12) fanden dies überhaupt nicht zutreffend; 11% (n=13) fanden, dass dies eher nicht zutrifft.

Auch hier wurden neue Variablen erstellt. 36% (n=44) der Frauen stimmten einem Einfluss der Tochter auf ihre eigene Inanspruchnahme der GKFU zu (trifft voll und ganz zu; trifft eher zu). 21% (n=25) stimmten nicht zu (trifft eher nicht zu; trifft überhaupt nicht zu) (Tabelle 16).

41% (n=49) der Frauen gaben an, dass kein entsprechendes Gespräch stattfand.

Damit stimmten 44 (64%) von 69 Müttern, die mit ihrer Tochter ein Gespräch zur GKFU führten, einem Einfluss der Tochter auf ihre eigene Inanspruchnahme der GKFU zu.

Tabelle 16: Einfluss des Tochter-Mutter-Gesprächs auf die Entscheidung für/gegen die GKFU

	% (N=121)
Einfluss	36,4 (44)
Kein Einfluss	20,6 (25)
Kein Gespräch	40,5 (49)
Fehlender Wert	2,5 (3)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

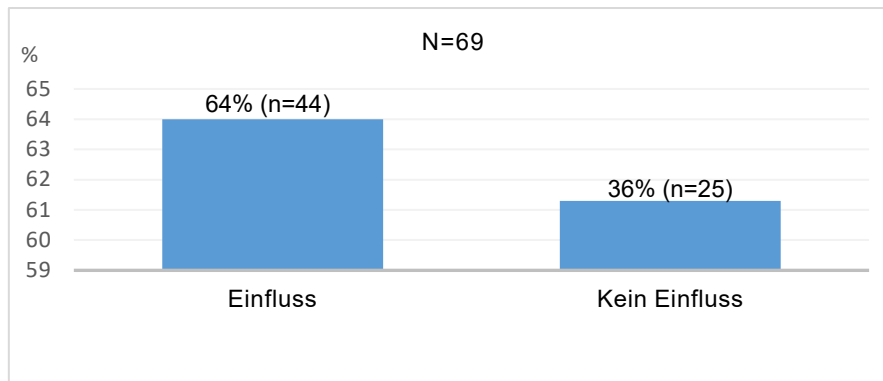


Abbildung 9: Einfluss auf die Entscheidung für/gegen die GKFU bei stattgefundenem Gespräch mit der Tochter

Auffallend ist die Diskrepanz zwischen den beiden dargestellten Ergebnissen: In 3.2.4. gaben 39% der teilnehmenden Mütter an, ein Gespräch mit ihrer Tochter über die GKFU geführt zu haben; aus den Antworten in 3.2.5. lassen sich 57% (69 von 121 Antwortenden) ableiten. Es ist zu vermuten, dass in 3.2.5. einige Teilnehmende hypothetisch geantwortet haben („Wenn ich ein Gespräch führte, würde es mich ...“).

v. Allgemeine Einflussfaktoren für Inanspruchnahme der GKFU

Das Item „Kreuzen Sie bitte an, was Sie beeinflusst, zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge zu gehen“ konnte mit Mehrfachantworten beantwortet werden (Tabelle 17). Hier wurde die Erinnerung durch die Tochter von 26% der teilnehmenden Mütter genannt.

7% der Antwortenden gaben an, nicht zur GKFU zu gehen, was gut mit den Antworten in 3.2.3. (10%) korrespondiert.

Tabelle 17: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der GKFU

	% (N=121)	95% Konfidenzintervall in %	
		Untergrenze	Obergrenze
Erinnerungsschreiben per Post	9,1 (11)	4,9	15,2
Erinnerung durch Frauenarzt/Frauenärztin	52,9 (64)	44,0	61,6
Erinnerung durch Hausarzt/Hausärztin	11,6 (14)	6,5	18,2
Erinnerung durch Tochter	26,4 (32)	19,2	34,8
Eigene Überzeugung	57,9 (70)	49,0	66,4
Eigene Mutter hat als Vorbild gedient	17,4 (21)	11,4	24,8
Ich gehe nicht zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	6,6 (8)	3,2	12,1
Freitext-Antworten:			
✍ „Keine Gebärmutter“			
✍ „HPV positiv“			
✍ „Im Rahmen der Vorsorge“			
✍ „Meine Brustkrebserkrankung“			
✍ „Meine Mutter ist an Krebs verstorben“			
✍ „Viele Krebserkrankungen in der Familie“			
✍ „Wir besprechen offen gesundheitliche Dinge – jedoch ist meine Tochter nicht mein Seelsorger!“			

*Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern); Mehrfachantwortmöglichkeit

vi. Situationen Tochter-Mutter-Fürsorge

In diesem Item ging ganz allgemein um das miteinander Reden von Tochter zu Mutter in Bezug auf Gesundheit. Die Frage „Kreuzen Sie bitte an, ob eine der folgenden Situationen bei Ihnen

schon öfter vorgekommen ist“ konnte ebenfalls mit Mehrfachantworten beantwortet werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Alltagssituationen der Tochter-Mutter-Fürsorge

	% (N=121)	95% Konfidenzintervall in %	
		Untergrenze	Obergrenze
„Meine Tochter hat mich an einen Arzttermin erinnert.“	31,4 (38)	23,6	40,0
„Meine Tochter hat mich zu einem Arzttermin begleitet.“	29,8 (36)	22,2	38,3
„Meine Tochter hat mir von sich aus einen Rat zu meiner Gesundheit gegeben.“	38,0 (46)	29,7	46,9
„Meine Tochter hat ihrer Großmutter von sich aus einen Rat zu deren Gesundheit gegeben.“	28,9 (35)	21,4	37,4
„Wenn ich gesundheitliches Problem hatte, war meine Tochter die erste Ansprechperson.“	34,7 (42)	26,7	43,5
Keine der Situationen ist schon öfters vorgekommen.	22,3 (27)	15,6	30,3

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern); Mehrfachantwortmöglichkeit*

vii. Tochter als „Aufpasserin“

Auf 18% (n=21) der Antwortenden traf die Aussage *„Meine Tochter hat die Rolle der ‚Aufpasserin‘ in Bezug auf meine eigene Gesundheit“* voll und ganz zu, bei knapp einem Drittel (n=37) eher.

Auf ein weiteres Drittel traf dies eher nicht zu; 19% empfanden dies sogar als überhaupt nicht zutreffend. Somit waren die Ergebnisse insgesamt ausgewogen: Die eine Hälfte der Mütter sah ihre Töchter in der Rolle der „Aufpasserin“, während die andere Hälfte dies nicht bestätigte (Tabelle 19; Abbildung 10; jeweils mit analog 3.2.5. dichotomisierter neuer Variable).

Tabelle 19: Tochter als „Aufpasserin“

	% (N=121)
Trifft zu	48,0 (58)
Trifft nicht zu	49,6 (60)
„Weiß ich nicht“	1,7 (2)
Fehlender Wert	0,8 (1)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

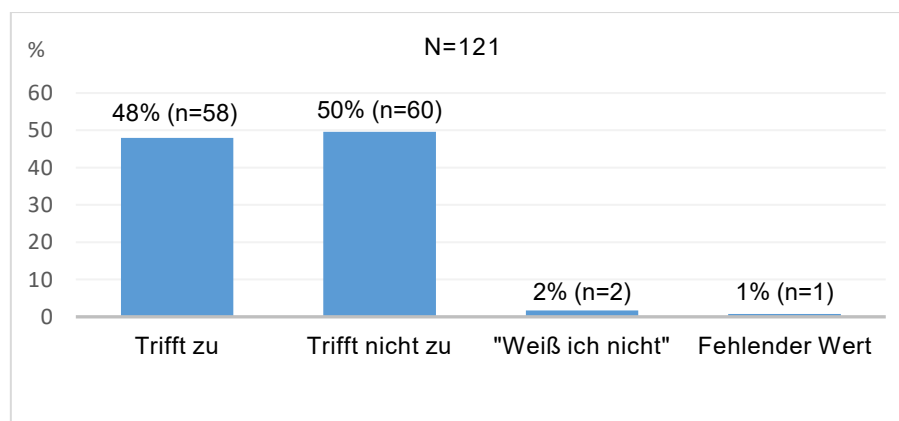


Abbildung 10: Tochter als „Aufpasserin“

viii. Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar

Für knapp die Hälfte der antwortenden Mütter (47% (n=57)) traf die Aussage „Mit meiner Tochter kann ich über meine gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen“ voll und ganz zu; 37% (n=45) empfanden dies als eher zutreffend. Auf 4% (n=5) der Frauen traf diese Aussage überhaupt nicht zu, auf 9% (n=11) eher nicht.

Auch hier wurden aufgrund der Übersichtlichkeit die Antwortskalen dichotomisiert. So ist eine Mehrheit von 84% (n=102) der Mütter der Meinung, mit ihren Töchtern über ihre gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen zu können (Tabelle 20; Abbildung 11).

Tabelle 20: Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar

% (N=121)	
Trifft zu	84,3 (102)
Trifft nicht zu	13,2 (16)
„Weiß ich nicht“	1,7 (2)
Fehlender Wert	0,8 (1)

*Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).

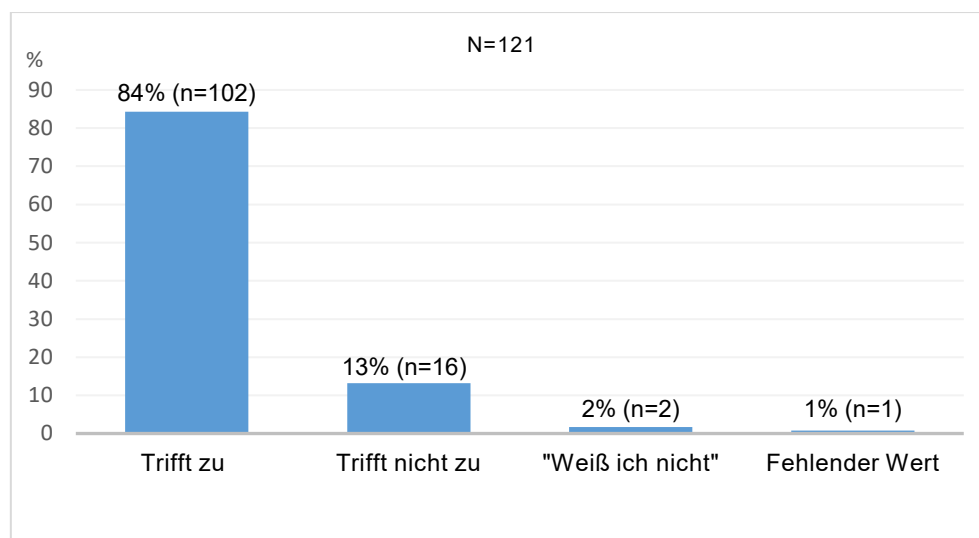


Abbildung 11: Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar

ix. Primäre Forschungsfrage: Das Tochter-Mutter-Gespräch und Einfluss auf die Inanspruchnahme der GKFU

Die Auswertung der Kreuztabelle 21 und der Chi-Quadrat-Test nach Pearson dienen dazu, zu überprüfen, ob eine Assoziation zwischen der Entscheidung, zur GKFU zu gehen (Abschnitt 3.2.3), und der Angabe, ob ein Gespräch mit der Tochter die Entscheidung beeinflusst hat (Abschnitt 3.2.5), besteht. Insgesamt sind hier 118 Antworten gültig.

Tabelle 21: Einfluss des Tochter-Mutter-Gesprächs auf das Inanspruchnahme-Verhalten

	Entscheidung beeinflusst	Entscheidung nicht beeinflusst	Kein Gespräch stattgefunden	Gesamt
Zur GKFU gegangen	35,6 (42)	20,3 (24)	34,7 (41)	90,7 (107)
Noch nie zur GKFU gegangen	1,7 (2)	0,8 (1)	6,8 (8)	9,3 (11)
Gesamt	37,3 (44)	21,2 (25)	41,5 (49)	100 (118)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Es zeigt sich, dass 42 Frauen, die angaben, vom Gespräch mit der Tochter in ihrer Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst worden zu sein, tatsächlich auch schon mindestens einmal in ihrem Leben bei der Vorsorge waren. Dies ist ein gutes Drittel der befragten Mütter. Allerdings war in beiden Gruppen – Mütter, die durch das Gespräch in ihrer Entscheidung beeinflusst worden waren wie solchen, wo dies nicht der Fall war – der Anteil der Frauen, die noch nie zur GKFU gegangen waren sehr gering. Es kann also nicht postuliert werden, dass die Beeinflussung in Richtung einer Teilnahme an der GKFU wies. Frauen, die kein Gespräch mit ihrer Tochter geführt hatten, waren etwas häufiger noch nie zu GKFU gegangen.

Aufgrund der kleinen Fallzahl in einzelnen Kategorien kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson in diesem Falle nicht durchgeführt werden.

Tabelle 22 assoziiert die erste Frage des Fragebogens (Abschnitt 3.2.3: „Sind sie in Ihrem Leben schon mal zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge gegangen?“) mit der zweiten Frage (Abschnitt 3.2.4: „Hat Ihre Tochter mit Ihnen über das Thema gesprochen, bevor Sie sich entschieden haben ob Sie hingehen?“).

Tabelle 22: Inanspruchnahme der GKFU und stattgefundenes Gespräch

	Gespräch	Kein Gespräch	Gesamt
Zur Vorsorge gegangen	37,0 (44)	53,8 (64)	90,8 (108)
Noch nie zur Vorsorge gegangen	1,7 (2)	7,6 (9)	9,3 (11)
Gesamt	38,7 (46)	61,3 (73)	100 (119)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Es zeigt sich ein ähnliches Muster wie in Tabelle 21: Frauen, die kein Gespräch mit ihrer Tochter geführt hatten, waren etwas häufiger noch nie zu GKFU gegangen.

Die Fragestellung in Abschnitt 1.2.2. und die dort postulierte Annahme: „Mütter, die, bevor sie sich dazu entschieden haben, ob sie die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung wahrnehmen, mit ihrer Tochter darüber gesprochen haben, sagen häufiger, dass sie zur Untersuchung gegangen sind, als solche, die nicht mit ihrer Tochter darüber gesprochen haben“ kann also nur begrenzt beantwortet werden:

- Mindestens 39% der Mütter haben mit ihrer Tochter über das Thema GKFU gesprochen.
- Knapp zwei Drittel der Mütter, die mit ihrer Tochter über das Thema GKFU sprachen, haben dadurch einen Einfluss auf ihre Entscheidung, ob sie zur GKFU gehen, erlebt.
- Es kann nicht postuliert werden, dass die Beeinflussung in Richtung einer Teilnahme an der GKFU wies.
- Als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der GKFU wird von 27% der Mütter ‚Erinnerung durch Tochter‘ genannt (Mehrfachauswahl).

- e) Mütter, die kein Gespräch mit ihrer Tochter geführt hatten, waren tendenziell etwas häufiger noch nie zu GKFU gegangen (Tabelle 21 und 22); aus Test-methodischen Gründen kann dies allerdings nicht auf Signifikanz geprüft werden.

x. Sekundäre Forschungsfragen

- a) Gibt es eine Assoziation zwischen dem mütterlichen Alter und einem stattgefundenen Gespräch?

Das Alter der Mutter wurde für die bessere Anschaulichkeit in drei Kategorien gegliedert. Es entstanden drei Altersgruppen: Die Gruppe der Mütter bis einschließlich 50 Jahre; die Gruppe der Mütter von 51 Jahren bis einschließlich 60 Jahren und die dritte Gruppe der Mütter ab 61 Jahren (siehe Abschnitt 3.2.2).

Zur Untersuchung der Assoziation zwischen Alter und dem stattgefundenen Gespräch wurde eine Kreuztabelle erstellt. Anschließend wurde ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson durchgeführt, um einen möglichen Zusammenhang zwischen beiden Variablen zu ermitteln. Aufgrund der zu kleinen Werte in den einzelnen Kategorien wurde das Alter nochmals zusammengefasst in zwei Kategorien: jung/alt. Somit ergaben sich eine erste Gruppe der Mütter bis zum Alter von einschließlich 55 Jahren und eine zweite Gruppe ab dem Alter von 56 Jahren. Diese Einteilung ist im Kapitel Limitationen (4.6.) begründet. Es gab zwei fehlende Fälle.

Tabelle 23: Assoziation Alter und Gespräch

	Stattgefundenes Gespräch	Kein Gespräch	Gesamt
Alter Kategorie jung (<56 Jahre)	14,3 (17)	22,7 (27)	37,0 (44)
Alter Kategorie alt (>55 Jahre)	24,4 (29)	38,7 (46)	63,0 (75)
Gesamt	38,7 (46)	61,3 (73)	100 (119)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson konnte keine statistische Signifikanz ($p=0,997$) und somit kein Zusammenhang der beiden Variablen Alter und stattgefundenes Gespräch nachgewiesen werden (Tabelle 23).

- b) Gibt es eine Assoziation zwischen dem Bildungsgrad und einem stattgefundenen Gespräch?

Der Bildungsgrad wurde dichotomisiert in niedriger (bis einschließlich Realschule) und höherer Schulabschluss (ab Fachhochschule) (siehe Abschnitt 3.2.2). Es gab fünf fehlende Fälle.

Tabelle 24: Assoziation Bildungsgrad und Gespräch

	Stattgefundenes Gespräch	Kein Gespräch	Gesamt
Niedrigerer Bildungsgrad	25 (29)	34,5 (40)	59,5 (69)
Höherer Bildungsgrad	13,8 (16)	26,7 (31)	40,5 (47)
Gesamt	38,8 (45)	61,2 (71)	100 (116)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)*

***Definition höherer Bildungsabschluss = Abitur, Fachhochschulreife; Definition niedrigerer Bildungsabschluss = Realschule, Hauptschule/Kein Abschluss*

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson konnte durchgeführt werden und ermittelte mit einem $p=0,386$ keine statistische Signifikanz und somit keinen Zusammenhang der beiden Variablen Bildungsgrad und stattgefundenem Gespräch (Tabelle 24).

- c) Gibt es eine Assoziation zwischen nicht/vorhandenem Migrationshintergrund und einem stattgefundenen Gespräch?

In der Kreuztabelle gab es zwei fehlende Fälle (siehe Abschnitt 3.2.2).

Tabelle 25: Assoziation Migrationshintergrund und Gespräch

	Stattgefundenes Gespräch	Kein Gespräch	Gesamt
Migrationshintergrund	13,4 (16)	14,3 (17)	27,7 (33)
Kein Migrationshintergrund	25,2 (30)	47,1 (56)	72,3 (86)
Gesamt	38,7 (46)	61,3 (73)	100 (119)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

***Definition Migrationshintergrund: mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren (55)*

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurde durchgeführt und ergab mit einem $p=0,173$ keine statistische Signifikanz und somit keinen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen Migrationshintergrund und stattgefundenem Gespräch (Tabelle 25).

- d) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen zu können und denjenigen, die der Meinung sind, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GKFU zu gehen beeinflusst habe?

Für die Kreuztabelle 26 und den Chi-Quadrat-Test waren 115 Fragebögen gültig. Sie untersucht die Assoziation von Vertrauen in die Tochter (siehe Abschnitt 3.2.9) und Einfluss des Tochter-Mutter-Gesprächs auf die Entscheidung für/gegen die GKFU (siehe Abschnitt 3.2.5).

Tabelle 26: Assoziation Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar und beeinflussendes Gespräch

	Einfluss des Gesprächs	Kein Einfluss des Gesprächs	Kein Gespräch	Gesamt
Tochter dafür ansprechbar	37,4 (43)	17,4 (20)	31,2 (36)	86,1 (99)
Tochter dafür nicht ansprechbar	0,9 (1)	3,5 (4)	9,6 (11)	14,0 (16)
Gesamt	38,3 (44)	20,9 (24)	40,8 (47)	100 (115)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Aufgrund der kleinen Fallzahl in den einzelnen Kategorien kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson in diesem Falle nicht durchgeführt werden. Man sieht jedoch in der Kreuztabelle 26, dass diejenige Gruppe die sowohl angab, mit der Tochter über gesundheitliche Sorgen und Ängste zu sprechen sowie auch einen Einfluss vom Gespräch der Tochter über die Inanspruchnahme des Gebärmutterhalskrebs-Screenings angab, mit 37%, also mehr als einem Drittel, am größten ist.

- e) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, dass sie mit ihrer Tochter über gesundheitliche Ängste und Sorgen sprechen können und der Angabe, dass sie über die GFKU gesprochen haben?

In Kreuztabelle 27 gab es fünf fehlende Fälle.

Tabelle 27: Assoziation Tochter für gesundheitliche Sorgen und Ängste ansprechbar und stattgefundenes Gespräch

	Stattgefundenes Gespräch	Kein Gespräch	Gesamt
Tochter dafür ansprechbar	37,9 (44)	48,3 (56)	86,2 (100)
Tochter dafür nicht ansprechbar	1,7 (2)	12,1 (14)	13,6 (16)
Gesamt	39,7 (46)	60,3 (70)	100 (116)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Alle erwarteten Zellhäufigkeiten (In der Tabellen zur Übersichtlichkeit nicht aufgelistet) waren größer als 5. (76) Mit einem p-Wert von $p=0,017$ ist das Ergebnis dieses Chi-Quadrat-Tests signifikant. Somit kann man schließen, dass zwischen den Variablen ein Zusammenhang besteht. Die Frauen, die angaben, sie können mit ihren Töchtern über ihre gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen, haben auch eher mit diesen über die GFKU gesprochen (Tabelle 27).

- f) Gibt es eine Assoziation zwischen Müttern, die angaben, ihre Tochter nehme eine Rolle der „Aufpasserin“ in Bezug auf ihre eigene Gesundheit ein und der Angabe, dass das Gespräch der Tochter sie in der Entscheidung zur GFKU zu gehen beeinflusst habe?

In der dazugehörigen Kreuztabelle 28 gab es sechs fehlende Fälle.

Tabelle 28: Assoziation Tochter als „Aufpasserin“ und beeinflussendes Gespräch

	Einfluss des Gesprächs	Kein Einfluss des Gesprächs	Kein Gespräch	Gesamt
Tochter als „Aufpasserin“	31,3 (36)	9,6 (11)	7,8 (9)	48,7 (56)
Tochter keine „Aufpasserin“	6,9 (8)	12,2 (14)	32,2 (37)	51,3 (59)
Gesamt	38,2 (44)	21,8 (25)	40,0 (46)	100 (115)

**Alle Angaben in Prozent (absolute Zahlen in Klammern).*

Mit einem $p < 0,001$ ist das Ergebnis dieses Chi-Quadrat-Tests signifikant. Somit kann man schließen, dass zwischen den Variablen ein Zusammenhang besteht. Die Frauen, die angaben, sie sehen ihre Töchter in der Rolle „der Aufpasserin“ bezüglich ihrer eigenen Gesundheit, führten häufiger ein Gespräch und ließen sich gleichzeitig durch das Gespräch über die GKFU-Vorsorge eher beeinflussen (Tabelle 28).

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der zwei Teilstudien integriert und diskutiert. Die Forschungsergebnisse werden im Kontext des allgemeinen Forschungsstandes mittels vergleichbarer Studien aus der Literatur interpretiert und im Kontext des in der Einleitung (siehe Abschnitt 1.1.2. iii.) präsentierten Verhaltensmodells nach Andersen (Behavioral Model of Service Use) betrachtet. Es folgen eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Limitationen und eine methodische Reflexion dieser Forschungsarbeit. Im abschließenden Kapitel 4.7 werden Schlussfolgerungen sowie ein Ausblick präsentiert.

4.1 Ergebnis-Synthese der qualitativen und quantitativen Daten: Einführung

Die Ergebnissynthese dieser Mixed-Methods-Studie hat das Ziel, sowohl tiefergehende kontextualisierte Einsichten aus den Interviews als auch numerische Erkenntnisse aus den Fragebögen widerzuspiegeln und zu integrieren. Die Forschungsergebnisse werden in einem gemeinsamen Licht betrachtet und in Meta-Inferenz zusammengeführt. (51)

Es gilt zu betonen, dass die Ergebnisse der beiden Teilstudien eine Tendenz in die gleiche Richtung aufweisen. In den Interviews sowie im Fragebogen zeigt sich, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Tochter auch im Bereich gesundheitlicher Themen wie der GKFU und gesundheitlicher Sorgen ein Raum sein kann, in dem beide sich austauschen können und die aufwärtsgerichtete Kommunikation von Tochter zu Mutter Platz findet. Dennoch gibt es auch Unterschiede in Mustern der einzelnen Tochter-Mutter-Paare. Die qualitativen Ergebnisse helfen die Ergebnisse des Fragebogens zu verstehen, indem sie Erklärungen und Kontextualisierungen liefern. Die Ergebnisinterpretation in den folgenden Abschnitten 4.2 bis 4.5 bezieht sich somit immer auf die Integration beider Teilstudien im Kontext der bestehenden Literatur.

4.2 Soziodemographische Daten

Schaut man sich die Verteilung des Bildungsgrades der antwortenden Frauen der Fragebogen-Studie an, sind es 29% der Frauen, die einen Hauptschulabschluss haben, 28% die Mittlere Reife und 40% Fachhochschulreife bzw. das Abitur.

Die Verteilung des Bildungsgrades der Studienteilnehmerinnen ähnelt der, die das Statistische Bundesamt für die Gesamtbevölkerung 2023 angibt. Hier hatten 23,5% einen Hauptschulabschluss, die Mittlere Reife 20,3% und 37,6% Fachhochschulreife bzw. Abitur. (77) Für die Interviews wurden Frauen bewusst möglichst nach unterschiedlichem höchstem Schulabschluss rekrutiert um diese Verteilung abzubilden, was nur annähernd gelang (jeweils 11% Abitur bzw. kein Abschluss, 33% Hauptschule, 44% Realschule); als Sampling wurde allerdings die nötige Breite erreicht.

In der Fragebogen-Studie gaben 90% der Teilnehmerinnen an, in ihrem Leben mindestens einmal bei der GKFU gewesen zu sein. Die Datenerhebung fand im Jahr 2023 statt. Von diesen 90% gaben 66% der Frauen an, in den letzten drei Jahren bei der GKFU gewesen zu sein. Vergleicht man die Zahlen der Studie mit der Datenanalyse der Handelskrankenkasse aus dem Jahre 2021, ergibt sich eine deutlich höhere Teilnahmerate als dort: Im Jahre 2020 waren es gerade einmal 41% HHK-versicherte Frauen bundesweit. (23) Dies lässt sich vermutlich zum einen dadurch erklären, dass sich Frauen mit positivem Interesse an der GKFU vermutlich eher dazu entschieden, den Fragebogen auszufüllen (Motivation); zum anderen haben die Frauen, die den Fragebogen ausfüllten, dies weit überwiegend in der gynäkologischen bzw. hausärztlichen Praxis getan (Setting). Dies impliziert, dass sie eine höhere Affinität zu Arztbesuchen hatten oder ihr Grund des Arztbesuchs die GKFU oder eine andere Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchung gewesen sein könnte. Außerdem könnte auch die COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 Ursache dafür sein, dass Frauen womöglich aus Angst vor Ansteckung insgesamt weniger Arzttermine wahrgenommen haben, was sich in den HKK-Daten widerspiegelt. (23)

Laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge haben derzeit ca. 27% der in Deutschland lebenden Frauen einen Migrationshintergrund. 29% der an der Fragebogen-Umfrage teilnehmenden Frauen gaben ebenfalls einen Migrationshintergrund (Definition nach BAMF) an und spiegeln somit annähernd die aktuellen gesellschaftlichen und kulturellen Verhältnisse in Deutschland. (77,78) Auch in der Gruppe der interviewten Frauen hatten 22% einen Migrationshintergrund.

Die untersuchten Populationen der Frauen sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Teilstudie haben damit in Bezug auf Aspekte der Soziodemographie einen ähnlichen Charakter wie die Gesamtbevölkerung.

4.3 Die Rolle der Tochter: Funktionszunahme

In den Interviews ließ sich im – im IB nach Kruse stärksten - zentralen Motiv ‚Mutter-Tochter-Beziehung‘ eine Funktionszunahme der Tochter in Hinblick auf die Gesundheit ihrer Mutter beobachten. Es zeigte sich, dass die Akzeptanz dieser Fürsorge für die Mütter nicht immer einfach war.

Vorherige Forschungsarbeiten legen in diesem Kontext nahe, explizit von einer Funktionszunahme in der Rolle der Tochter und nicht von einem Rollenwechsel, der von einer Mutter angedeutet wurde („Also sie drehen den Spieß quasi um“) zu sprechen. Seltzer befasst sich 1990 mit der Thematik des vermeintlichen Rollenwechsels der erwachsenen Kinder und ihrer älter werdenden Eltern („parenting the parent“). Wichtig sei zu unterscheiden, dass Menschen Positionen besetzen und Rollen spielen. Im Laufe des Lebens, mit zunehmender Erfahrung und veränderten Situationen, ändern wir, wie wir spezifische Rollen ausfüllen. Diese Faktoren führen zu Rollveränderungen, nicht unbedingt zum Wechsel der Rollen. (79)

Im Allgemeinen sahen die Mütter ihre Töchter als vertrauenswürdige Ansprechpartnerinnen, mit denen sie ihre eigenen gesundheitlichen Ängste und Sorgen besprechen konnten. In der Fragebogenstudie zogen 84% (n=102) der Mütter ihre Tochter diesbezüglich ins Vertrauen; für 35% war die Tochter bei gesundheitlichen Problemen sogar die erste Ansprechperson. Auch in den Interviews sprachen fast alle Mütter grundsätzlich von einem vertrauensvollen Verhältnis zur Tochter und einer guten Kommunikationsbasis. Nur eine Mutter beschrieb Schwierigkeiten, sich der Tochter in ihren gesundheitlichen Belangen zu öffnen.

Dies steht im Einklang mit der Arbeit von Washington aus dem Jahr 2009. Auch in der Befragung der Mutter-Tochter-Paare in Washingtons Studie gaben die Mütter an, dass sie es bevorzugen, mit ihrer Tochter über Gesundheitsthemen zu sprechen. Die Gründe hierfür entsprachen denen, die in den hier durchgeführten Interviews genannt wurden. In beiden Studien hoben die Mütter die emotionale Bindung hervor, nicht zuletzt aufgrund des gleichen Geschlechts. In beiden Arbeiten zeigte sich, dass vorhandenes medizinisches Fachwissen der Töchter die Mütter zusätzlich bestärkte, medizinischen Rat bei der Tochter einzuholen. (32)

In Bezug auf die primäre Forschungsfrage ergab die Fragebogen-Auswertung, dass mehr als ein Drittel (39%) der teilnehmenden Mütter bereits ein Gespräch über die GKFU mit ihrer Tochter geführt hatten; diese Rate war unabhängig von Alter der Mutter, Bildungsgrad und Migrationshintergrund. 64% der Frauen, die ein solches Gespräch geführt hatten, gaben an, in ihrer Entscheidung zur GKFU zu gehen von ihrer Tochter beeinflusst worden zu sein. Weiter geht aus den quantitativen Analysedaten hervor, dass die Frauen, die angaben, sie können mit ihren Töchtern über ihre gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen, auch eher mit diesen über die GKFU sprachen. Allerdings ließ sich nicht zeigen, dass die Beeinflussung in Richtung einer Teilnahme an der GKFU wies. Frauen, die kein Gespräch mit ihrer Tochter geführt hatten, waren etwas häufiger noch nie zu GKFU gegangen.

Diese Resultate werden von den qualitativen Ergebnissen untermauert. Die Mehrheit der Interviewten empfand das offene Mutter-Tochter-Verhältnis und das Ablegen von Tabu-Denken als positiv. Interessanterweise sah nur rund die Hälfte der Fragebogen-Teilnehmerinnen ihre Tochter als „Aufpasserin“ in Bezug auf ihre eigene Gesundheit. Auch hier lassen sich in den Interviews Erklärungsansätze finden. Eine Mutter betonte, dass sie den Wunsch hat, ihre Tochter nicht zu sehr mit ihren eigenen gesundheitlichen Problemen zu belasten. Zu ihrem Schutz möchte sie sie möglichst von den mütterlichen Sorgen fernhalten („Also ich muss sagen, die Krankheiten, die ich habe, versuche ich soweit wie möglich von meinen Kindern fernzuhalten, damit die halt keine Belastung haben.“). Im Verlauf des Interviews zeigte aber auch diese Mutter, dass sie ihre Tochter bezüglich ihrer Diagnose ins Vertrauen zieht und den töchterlichen Beistand schlussendlich zulässt. Tatsächlich wurden die Mütter, die ihre Töchter in der Rolle der „Aufpasserin“ bezüglich ihrer eigenen Gesundheit sehen, auch durch das Gespräch über die GKFU eher beeinflusst und führten häufiger solche Gespräche.

Letzteres steht im Einklang mit den Ergebnissen der australischen Studie von Brown und Cahn (2012), die in ihrer Studie durch halbstrukturierte Interviews mit Mutter-Tochter-Dyaden (N=8) das Potenzial und die Fähigkeiten der Töchter untersuchten, ihre Mütter durch Gespräche zur Mammographie zu motivieren. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, dass Gesundheitsthemen häufig Gesprächsstoff lieferten und die Töchter als Einflussfaktor für die Gesundheitsentscheidungen ihrer Mütter fungierten. So heißt es in ihrer Studie, dass ermutigende Gespräche von Töchtern am erfolgreichsten für Mutter-Tochter-Konstellationen sind, die sich gegenseitig wertschätzen.(39) Diese Erkenntnis lässt sich auch aus den

Interviews des Dissertationsprojekts ableiten. Einige Mütter waren aufgrund ihres Maternalismus und ihrer Dominanz schwerer zu überzeugen, im Gegensatz zu denen, die ihre Töchter als gleichwertige Gesprächspartnerinnen betrachteten. Dies könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, warum nur 39 % der Mütter angaben, bereits vor ihrer Entscheidung, zur GKFU zu gehen, mit ihrer Tochter gesprochen zu haben.

In der Studie von Pecchioni und Nussbaum (2000) wurden die Einstellungen älterer, selbstständiger Mütter und ihrer erwachsenen Töchter (N= 36 Mutter-Tochter-Paare) sowie deren Kommunikationsverhalten während der Entscheidungsfindung bezüglich Gesundheitsentscheidungen untersucht. Alle Mütter und Töchter (100%) vertraten eine starke Überzeugung in Bezug auf geteilte Autonomie. Allerdings vertraten mehr Mütter (63,9%) als Töchter (36,1%) eine starke Überzeugung in Bezug auf Maternalismus, d.h. sie vertraten eher die Meinung, dass eine Person eine Entscheidung im Interesse des Wohlergehens einer anderen Person treffen darf. (80) Dies spiegelte sich auch in den hier durchgeführten Interviews. Einige der Mütter fühlten sich wohl in der Rolle des Familienoberhaupts und in der Position Entscheidungen für die Familie zu treffen. Andererseits waren sie nur zögerlich von gesundheitlichen Ratschlägen und Empfehlungen der Töchter zu überzeugen.

Die Tatsache, dass sie letztendlich die Ratschläge annahmen, gibt jedoch Grund zur Annahme, dass die eigene Tochter sehr wohl einen bedeutenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausüben kann. Ähnlich zurückhaltend zeigten sich auch die interviewten Mütter in Washingtons Studie: „Although reluctant initially, the mother followed the daughter's recommendation.“ (32).

Sowohl bei Washington wie auch in dieser Arbeit beeinflussten die Töchter die Gesundheit ihrer Mütter sowohl subtil als auch offensichtlich, indem sie deren Fähigkeit unterstützten, das Gesundheitssystem zu navigieren, sie motivierten, medizinische Hilfe zu suchen, und zur Entscheidungsfindung beitrugen. (32) In der quantitativen Teilstudie dieser Arbeit gaben jeweils etwa 30% der Mütter an, dass ihre Tochter sie schon öfter allgemein an einen Arzttermin erinnert bzw. sie zu einem solchen begleitet hat; 38% berichteten, dass ihre Tochter ihnen schon öfter von sich aus einen Rat zu ihrer Gesundheit gab.

Denn die Tochter bleibt in ihrer Position der Tochter – was sich ändert ist ihr Aufgabenbereich. Die vorliegenden Erkenntnisse lassen sich mit der Annahme von Fingermann 2001 vergleichen, die ähnlich wie in dieser Studie Interviews und Fragebögen anwandte, um die Beziehung von Tochter und gesunden Müttern im späteren Lebensabschnitt zu untersuchen. Auch diese Forschungsgruppe kam zu der Erkenntnis, dass die Tochter-Mutter-Beziehung zwar ein starkes Band darstellt, die Beziehung gleichzeitig bzw. vermutlich gerade deshalb aber mit starken Emotionsausprägungen (von sehr positiv: Nähe, Vertrauen zu negativ: Erwartungen, Streit) verbunden ist. Spannend ist, dass sich in Fingermanns Forschung zeigte, dass Töchter und Mütter die Balance zwischen dem Wunsch nach Nähe und der Notwendigkeit nach Autonomie als große Aufgabe sahen. (30)

Wie bei Fingermann wurde auch in dieser Dissertationsarbeit sichtbar, dass sich viele Mütter zwischen dem Wunsch nach Selbstständigkeit und der Akzeptanz der Fürsorge der Töchter befinden. Dieses Phänomen zeigte sich sowohl bei älteren Mutter-Tochter-Paaren als auch bei noch jungen Müttern und ihren jugendlichen Töchtern; dies erweitert die bestehende Literatur, indem gezeigt werden kann, dass dieser Funktionszuwachs nicht mit dem höheren Alter der Mutter verbunden sein muss. In manchen Interviews beschrieben die Mütter, wie sie bereits an Gebärmutterhalskrebs bzw. einer Vorstufe des Krebses erkrankten und es daraufhin zur verstärkten Unterstützung der Tochter kam. (46)

Ein bemerkenswerter Unterschied und auch Vorteil der vorliegenden Arbeit gegenüber den erwähnten Studien ist die Datenerhebung bei Müttern unterschiedlichen Alters (Range von 40-87 Jahre in der quantitativen Teilstudie), die zeigte, dass die beeinflussende Kommunikation der Tochter zur Mutter kein Phänomen bei Müttern höheren Lebensalters sein muss, sondern durchaus über alle Dekaden Einfluss auf deren Gesundheitsverhalten haben kann (keine Assoziation zwischen Alter der Mutter und stattgefundenem Gespräch). Auch jugendliche Töchter können Einfluss auf die Gesundheitsentscheidungen der Mutter ausüben (eine Mutter berichtet über ihre 15-jährige Tochter und den GKFU-Termin: „Und vier, fünf Jahre nicht gegangen bin, ne? Die halt motiviert mich halt: „Geh zum Arzt, mach das.“ Und das finde ich total klasse und ich finde es immer schön“).

Studien wie die von Mosavel können dies in Hinblick auf die Entschlossenheit der jungen Töchter, ihre Mutter an GKFU-Termine zu erinnern und zu ermutigen, bestätigen. (37,81)

Ein weiterer Aspekt ist, dass manche Mütter sich bei der Entscheidung gesundheitliche Probleme mit ihrer Tochter zu besprechen auch auf das Argument des gleichen Geschlechts bezogen. So wurde auf subtile Weise, wie in der detaillierten Interview-Analyse im Ergebnisteil aufgearbeitet wurde, eine Wir-Einheit aus Mutter und Tochter geschaffen und sich gegen männliche Personen/Partner abgegrenzt. Gründe dafür waren die engere Bindung und das bessere Verständnis von Frauen untereinander. Zwei der Interviewpartnerinnen bezogen sich hierbei auch auf das Verhältnis zu ihrer eigenen Mutter. Dabei wirkt es, als würde die Tatsache der Alleinerziehung diese Verbindung noch einmal verstärken. Wie bereits dargestellt, gaben 35% der Befragungs-Teilnehmerinnen an, die Tochter sei ihre erste Ansprechperson für gesundheitliche Anliegen.

Im Gegensatz dazu wird in der bestehenden Literatur häufig der Ehepartner als erste Ansprechperson der Frauen identifiziert. So zeigte sich beispielsweise in einer nigerianischen Studie von Okedo-Alex (2020), dass die Ehemänner zwar grundsätzlich bereit wären, die Teilnahme ihrer Ehefrauen an der GKFU zu fördern, generell aber nur über wenig Wissen über den Gebärmutterhalskrebs und seine Risiken verfügen. (82)

Ein weiterer spannender Aspekt ist die geografische Nähe der Töchter zum Wohnort der Mutter. In mehreren Interviews beschrieben die Mütter, ihre Töchter wohnten im selben Haus bzw. in der unmittelbaren Umgebung. Dies trug zum täglichen persönlichen Austausch bei. In 17 von 122 eingeschlossenen Studien der Meta-Analyse von DiMatteo (2004) konnte eine positive Assoziation der Wohnsituation (Leben mit mindestens einer weiteren Person) und der Adhärenz von medizinischen Therapien festgestellt werden. (2)

4.4 Die Rolle der mehrgenerationalen Kommunikation in der Familie

Bei der Betrachtung der mehrgenerationalen Kommunikation und ihres Einflusses auf die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen der Familienmitglieder konnten im zentralen Motiv ‚Kommunikation innerhalb der Familie‘ zwei wesentliche Aspekte herausgearbeitet werden – die mehrgenerationale Kooperation und die Bedeutung der Enkelin-Großmutter-Beziehung.

Die Kommunikation im Kontext gesundheitlicher Themen, insbesondere in Bezug auf Krebserkrankungen innerhalb der Familie sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen, war ein häufiges Motiv in den Interviewanalysen. Eine Mutter berichtete, dass sie ihren Ehemann, den Familienvater, durch Gespräche, die von ihren erwachsenen Kindern initiiert wurden, dazu

bewegen konnte, an der Darmkrebsvorsorge teilzunehmen. Ihr alleine gelang es nicht, ihn zu überzeugen.

Ähnlich waren die Ergebnisse von Lobchuck et al. (2012), die in ihrer qualitativen Studie mit semi-strukturierten Interviews die Rolle von Familienmitgliedern bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung, insbesondere des FOBT (Fecal Occult Blood Test) untersuchten. Wie bei Lobchuck zeigte sich auch in der Studie von Shawn (2013), dass vor allem die Ehefrau einen Einfluss auf ihren Ehemann ausübte. (28,83) Im Gegensatz dazu konnte im vorliegenden Interviewbeispiel verdeutlicht werden, dass die Kooperation von Mutter, Tochter und Sohn in diesem Fall effektiver war. Dies eröffnet einen vielversprechenden neuen Blickwinkel für familienmedizinische Strategien.

Es ließen sich aber auch Parallelen zu den Ergebnissen in Lobchucks Studie finden. Hier konnten ähnliche Muster innerhalb der Familie identifiziert werden: Gesundheitsangelegenheiten gemeinsam angehen; Familie dient als Erinnerung; instrumentelle und emotionale Unterstützung leisten; ein gutes Vorbild sein, das (männliche) Geschlecht und Tabuthema (attending to health matters together, serving as a reminder, providing instrumental support, providing emotional support, being a good role model, male gender, taboo topic). (28)

Die Analyse der Interviews in dieser Dissertationsarbeit verdeutlichte, dass der Enkelin in manchen Familien eine wichtige Stellung und Funktion in Bezug auf die Gesundheit der Großeltern zukommt. So wurde geschildert, dass Großmutter bzw. Großvater eher auf den Rat und die Meinung der Enkelin hören als auf den der eigenen Tochter. In der Befragung gaben 29% der Teilnehmerinnen an, dass ihre Tochter deren Großmutter schon öfters von sich aus einen Rat zu deren Gesundheit gegeben hat. Die eigene Mutter hatte 17% der Antwortenden als Vorbild für die Inanspruchnahme der GKFU gedient.

Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Befunden der Studie von Sinicrope et al. (2008). Durch den Einsatz von Fragebögen zur Brustkrebsvorsorge wurde festgestellt, dass Mütter, die eine Empfehlung von ihrer eigenen Mutter erhalten hatten, eher dazu neigten, auch ihrer Tochter eine solche Empfehlung zu geben. (40)

Die Ergebnisse erweitern somit in gewissem Maße die bestehende Literatur, indem sie das Potential von familienmedizinischen Ansätzen sehen, die mehrere Generationen in die Behandlung bzw. das Gesundheitsverhalten eines Familienmitglieds miteinbeziehen.

Beim Vergleich mit bestehender Literatur stößt man auf einen bemerkenswerten Unterschied zu den Ergebnissen von Miller-Day in ihrer 2004 veröffentlichten Studie: „Communication Among Grandmothers, Mothers, and Adult Daughters: A Qualitative Study of Maternal Relationships“. Diese leitet auf Grundlage qualitativer Interviews mit insgesamt sechs Großmutter-Mutter-Enkelin-Triaden diverse Erklärungsansätze für die komplexen Generationenbeziehungen von Frauen ab. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Großmutter-Enkelin-Beziehung tendenziell eine lockerere Verbindung darstellt, die vorwiegend von der Mutter moderiert wird. Zudem beeinflusst die Qualität der Beziehung zwischen der älteren Mutter und ihrer Tochter auch die Dynamik der Großmutter-Enkelin-Beziehung. Dabei konnten Kommunikationsmuster, die über die Generationen hinweg weitergegeben werden, identifizieren werden. (31)

Ähnlich berichteten mehrere Mütter auch in diesem Dissertationsprojekt, dass sie ihre Beziehung zur Tochter auf der Grundlage ihrer eigenen Beziehung zur Mutter gestalten. Man

kann daher annehmen, dass sie bereits vertraute Kommunikationsmuster in diese Beziehung einfließen lassen.

4.5 Interpretation in Bezug auf das Verhaltensmodell nach Andersen und weitere identifizierte Motivatoren/Hemmfaktoren für die Inanspruchnahme

Die Annahmen des theoretischen Verhaltensmodells nach Andersen (Behavioral Model of Health Services Use) spiegeln sich auch in der Ergebnisanalyse dieser Studie. (42) Das Modell hilft dabei, die Beweggründe und Motive zu erklären, die Frauen im vorliegenden Datensatz dazu bewegen, die GKFU in Anspruch nehmen und die sich u.a. zum zentralen Motiv ‚Gesundheitsverhalten‘ verdichten.

In der Einleitung wurde bereits überlegt, ob die Kommunikation der Tochter als prädisponierender Faktor indirekt auf die Gesundheitsentscheidungen der Mutter wirkt, indem sie z.B. ihre Health Beliefs beeinflussen kann, oder ob sie sich direkt in der sozialen Unterstützung zeigt und folglich den fördernden Faktoren zuordnen lässt.

Die soziale Unterstützung lässt sich nach Glanz in vier Hauptkategorien, die in der Einleitung beschrieben wurden, unterteilen. (46) Emotionale Unterstützung von Seiten der Tochter zeigte sich sowohl in den Interviews als auch in den Antworten des Fragebogens. So sahen einige Mütter ihre Tochter an erster Stelle, um mit ihnen über ihre eigenen gesundheitlichen Sorgen zu sprechen. Es wurde oftmals von regelmäßigem bis täglichem Kontakt (persönlich, Telefonate) berichtet. Konkrete instrumentelle Unterstützung schilderten einige Frauen, die von ihrer Tochter zu einem Arzttermin begleitet wurden. Im Fragebogen gab knapp ein Drittel der Frauen an, dass dies schon des Öfteren vorkam.

In einer Studie des ifam am chs der Universitätsklinik Düsseldorf befasste sich Groß im Jahr 2022 mit der Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde. Dabei wurden Unterschiede zwischen Patient:innen mit und ohne Migrationshintergrund analysiert. Interessanterweise zeigte sich dort, dass 37% der Patient:innen mit Migrationshintergrund (n=36) ihre Tochter als Begleitung wählten, während bei Patient:innen ohne Migrationshintergrund (n=62) nur 5% diese Entscheidung trafen. Ein Vergleich mit den Fragebogendaten dieser Studie zeigt, dass auch hier 40% der 35 Mütter mit Migrationshintergrund angaben, bereits häufiger von ihrer Tochter zu einem Arzttermin begleitet worden zu sein. Im Gegensatz dazu waren es nur 26% der Mütter ohne Migrationshintergrund. (84) Allerdings war dieser Unterschied nur bei der konkreten instrumentellen Unterstützung ‚Begleitung zu einem Arzttermin‘ vorhanden; wie bereits dargestellt, gab es keine Assoziation zwischen Migrationshintergrund und einem stattgefundenem Gespräch über die GKFU.

Informative Unterstützung bekamen die Mütter in Form von Ratschlägen, Vorschlägen und Informationen über mögliche Therapien, Medikamente oder auch alternativmedizinische Methoden. Nicht zuletzt schilderten die Mütter Feedback und Bestätigung durch ihre Töchter zu bekommen.

Zu erwähnen sind auch die eigenen Health Beliefs, die der Mutter als Motivation dienten, zur GKFU zu gehen. Diese zeigten sich jeweils in den in der IB nach Kruse herausgearbeiteten zentralen Motiven Gesundheitsverhalten, Kommunikation innerhalb der Familie, Angst und Schicksal. So stellte sich heraus, dass die Gesundheitsüberzeugungen oft mit familiären Schicksalsschlägen in Verbindung standen. Ein Elternteil, das an Krebs erkrankte, diente als Warnhinweis, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Auch die eigene Mutter als Vorbild

prägte manche der Frauen. Der am häufigsten genannte Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der GKFU war bei den an der Befragung teilnehmenden Frauen mit 58% die eigene Überzeugung, was am ehesten den Health Beliefs entspricht.

Nicht zu unterschätzen ist zudem die Bedeutung des vorhandenen Wissens über den Gebärmutterhalskrebs. Jede der interviewten Frauen kannte die Erkrankung und war sich über den präventiv-gesundheitlichen Nutzen des Pap-Abstrichs bewusst. Wissen über die GKFU wurde auch in der 2022 veröffentlichten Studie von Dsouza et al. als wichtiger Faktor identifiziert. Diese Studie, die sich mit den Entscheidungsfaktoren für die GKFU bei in Südin Indien lebenden Frauen beschäftigte, zeigte, dass begrenztes Wissen über die Untersuchung ein hindernder Faktor für die Inanspruchnahme war. (29)

Die Arbeitsgruppe Beckmann et al. kam zu gleicher Erkenntnis. Die Forschungsgruppe der Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf erhob im Jahre 2000 mittels eines 14-seitigen Fragebogens (N=2.108) ebenfalls Motivatoren zur Teilnahme an der GKFU und konnte folgende Punkte identifizieren: Aufforderung durch Frauenärzte/-ärztinnen, Krebsfälle in der Familie und Eigeninitiative/eigene Überzeugung. Gleichzeitig wurden als hindernde Faktoren, das heißt Gründe für die Nichtteilnahme, Bequemlichkeit bzw. Vergesslichkeit geschildert. (85) Auch in den Interviews wurde von manchen Frauen Stress im Alltag und dadurch weniger Zeit, sich um Vorsorgetermine zu kümmern, berichtet.

Vergesslichkeit ist ein interessanter Aspekt, bei dem die Erinnerungen der Töchter eine ideale Erinnerungshilfe bieten würden. Der Fragebogen zeigte, dass knapp über die Hälfte der Frauen von der Erinnerung durch den/die Gynäkolog:in profitierte. Gut ein Viertel konnte sich auf die Erinnerung durch die Tochter verlassen.

Interessanterweise erwähnte keine der interviewten Frauen die postalische Erinnerung, die seit 2020 in Deutschland speziell für die GKFU eingeführt wurde. Auch bei der Fragebogen-Befragung gaben lediglich 9% der teilnehmenden Frauen an, dass das Erinnerungsschreiben per Post einen Einfluss darauf hatte, dass sie zur GKFU gingen.

Die hemmenden Faktoren wie Scham oder das Vermeiden von sogenannten Tabu-Themen (Frauengesundheit, gynäkologische Untersuchung) wurden in den Interviews ebenfalls häufig berührt. Im Gegensatz zu der Literatur, die Scham oft als hemmenden Faktor identifizieren konnte, spielte Scham hier zwar auch eine Rolle. Einige Mütter reflektierten jedoch ihre eigene Jugend und die damals herrschende Verslossenheit der Gesellschaft. Sie betonten, wie froh sie darüber waren, in ihren Familien alte Stigmata abgelegt zu haben und nun offener mit ihren Töchtern über Frauengesundheit sprechen zu können. (26,38) Dennoch sah man hier mögliche kulturelle Einflüsse der jeweiligen Interviewten. So fiel es einer aus Mazedonien stammenden Mutter schwer, sich konkret in Bezug auf die gynäkologischen Gesprächsthemen auszudrücken. Ähnliche Erfahrungen berichten auch Kue et al. (2021). In qualitativen Interviews mit südostasiatischen Mutter-Tochter-Paaren wurde gezeigt, dass die Mütter dieser Paare sich unwohl und peinlich berührt fühlten, mit ihren Töchtern über Gebärmutterhalskrebs, Pap-Tests und andere frauenspezifische Gesundheitsthemen zu sprechen (38). Dies legt die kulturelle Prägung als Erklärungsansatz nahe. Beeker et al. (2000) konnten zeigen, dass Scham auch als Hemmfaktor bei der Darmkrebsvorsorge wirkte. In ihren Fokusgruppen mit Frauen und Männern äußerten diese den Wunsch nach mehr Raum für offene Kommunikation, um Angst und Scham in Bezug auf dieses Thema abzubauen. (26)

In einigen Interviews wurde das Motiv Angst deutlich; im IB nach Kruse wurden ‚Angst‘ und ‚Schicksal‘ zu zentralen Motiven. Zwar wurde es nicht immer direkt ausgesprochen, doch

beeinflusste es die Entscheidung zur Teilnahme bei einigen Frauen. Diese neigten dazu, den Termin aus Angst vor einem schlechten Befund eher zu verschieben. Bei anderen hingegen wirkte die Angst als Aktivator und Motivator, die GKFU wahrzunehmen, um sich durch einen Normalbefund zu beruhigen und ein Gefühl der Kontrolle über ihren Gesundheitsstatus zu gewinnen.

Auch Reynolds et al. von der University of Auckland, New Zealand (2018) untersuchten die Rolle von Angst, Scham und Ekel in Bezug auf die interessante Ambivalenz von fördernder und hemmender Wirkung der Emotionen („The avoidance-promoting role of fear, embarrassment, and disgust“). (86)

Schicksalsglaube und fatalistische Gedanken waren weitere Aspekte, die die Frauen (möglicherweise unterbewusst) bewegten. Auch wenn fatalistische Gedanken bei manchen Müttern zu ihrer Denk- bzw. Ausdrucksweise gehörten, beeinflusste dies letztendlich weniger die Tatsache, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch Emami et al., die im Jahr 2020 unter anderem den Aspekt Fatalismus als möglichen Hemmfaktor für die Inanspruchnahme der Mammographie in einer Provinz im Nordwesten vom Iran untersuchte. Auch hier zeigte sich, dass Schicksalsglaube letztendlich keinen direkten Einfluss auf das Teilnahmeverhalten hatte. (87)

Interessant ist, dass sich zeigt, wie die Sozialstruktur (das Gespräch mit der Tochter) als prädisponierender Faktor das Verhalten direkt beeinflussen kann, indem die Wirkung individueller Überzeugungen umgangen oder abgeschwächt wird. Auch wenn bei mehreren Mutter-Tochter-Paaren die eigene Überzeugung bzw. die persönliche Einsicht in die Notwendigkeit von Arztbesuchen nicht besonders stark ausgeprägt war, führten die Ratschläge oder Appelle der Tochter dennoch dazu, dass die Termine vereinbart und wahrgenommen wurden.

Diese Erkenntnis ist im Einklang mit der von Pasick und Burke 2009 durchgeführten Mixed-Methods Studie, in der die Autoren verschiedene Verhaltensmodelle im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext von Filipina- und Latina-Frauen untersuchten. (88)

4.6 Limitationen und methodische Reflexion

Das folgende Kapitel dient dazu Limitationen der Studie zu reflektieren und mögliche methodische Alternativen zu diskutieren.

Das gewählte Studiendesign hatte den Anspruch, die Vorteile von qualitativer und quantitativer Methodik zu vereinen. Die Integration der Interview-Analyseergebnisse in den Fragebogen fand wegen der Entscheidung, den Fragebogen möglichst kurz zu halten, um einen ausreichenden Rücklauf zu erreichen, nur in einem gewissen Umfang und nicht zu jedem einzelnen Item statt. Hingegen lässt sich der Mixed Methods-Charakter gut in der Ergebnisinterpretation in den Abschnitten 4.2 bis 4.5 erkennen. (51)

Die qualitativen Interviews können – trotz eines erfolgreichen breiten Samplings - nicht auf die Grundgesamtheit verallgemeinert werden. Auch die Interpretierbarkeit der Daten durch alternative Lesearten der Daten stellt eine Limitation dar. Die Auswertung ist immer mit persönlichen Deutungskompetenzen verbunden (interpretatives Paradigma). (89)

In diesem Fall muss angemerkt werden, dass die Doktorandin alle Schritte selbst durchgeführt hat. Dies hat Einfluss auf die Analyse und ist deshalb kritisch zu hinterfragen. Dem wurde jedoch mit den multiprofessionellen Auswertungsgruppen entgegengewirkt, da das Team eine

gute Distanz zum Material hatte und viele weitere Perspektiven liefern konnten. Zudem wurden alle Schritte transparent dargestellt und somit intersubjektiv nachvollziehbar. Es wurde versucht, die zentralen Prinzipien qualitativer Forschung wie Flexibilität, Reflexivität, Offenheit und Explikation zu wahren.

Bei der interviewenden Person handelte es sich um die Doktorandin dieses Promotionsvorhabens. Dies bedeutet, dass es sich um keine langjährig erfahrene qualitative Forscherin handelte. Durch intensives Interview-Training und das Praktizieren und Supervidieren von Probe-Interviews konnte jedoch die methodische Sicherheit zum korrekten Durchführen der Interviews erlangt werden.

Interviews mit den Töchtern bzw. Fokusgruppen mit Tochter-Mutter-Paaren hätten insgesamt mehrere Perspektiven ermöglicht und wären eine Bereicherung im Forschungsfeld für die Analyse gewesen. Aufgrund der besseren Realisierbarkeit und der eingeschränkten Ressourcen blieb es letztendlich bei den Interviews mit Müttern; Interviews mit den Töchtern bzw. Fokusgruppen bleiben Gegenstand für zukünftige Forschungsarbeiten. Es lässt sich auch argumentieren, dass es für die explorative Erschließung des Forschungsfeldes vorteilhaft war, sich zunächst ausschließlich auf das Interview mit der Mutter zu konzentrieren, da sie so die Möglichkeit hatte, ihre Sicht ungestört darzulegen.

Ferner wurde sich entgegen der Einschlusskriterien des Interviews (Frauen ab 40 Jahren) dazu entschieden, eine 36-jährige Mutter, die eine 15 Jahre alte Tochter hat, zu interviewen. Dazu wird auf die Modifizierbarkeit des methodischen Vorgehens in der qualitativen Forschung verwiesen. Die Prinzipien der Offenheit und Flexibilität kamen hier zum Tragen. (51)

Die Pilotierung ist ein wichtiger Schritt in der Fragebogenentwicklung und verfolgt das Ziel, diesen auf Verständlichkeit zu prüfen. Die relativ geringe Pilotierungskohorte von zehn Teilnehmerinnen lässt sich tolerieren, da alle zehn Exemplare vollständig und korrekt ausgefüllt zurückkamen. So konnte davon ausgegangen werden, dass der aktuelle Fragebogen nach etwaigen Überarbeitungsschritten seine finale Form behalten konnte.

Die Repräsentativität der Fragebogenstudie ist aufgrund der kleinen Stichprobe, der Erhebung in nur wenigen Settings (Praxen, Station) und der Begrenzung auf zwei Regionen in Deutschland (Kreis Düsseldorf und Kreis Freiburg im Breisgau) eingeschränkt. Für eine höhere Repräsentativität wären eine deutschlandweite Studie etwa über ein Meinungsforschungsinstitut und eine deutlich größere, geschichtete Teilnehmergruppe mit Adjustierung notwendig. Dafür muss darauf verwiesen werden, dass es sich um ein Dissertationsprojekt handelt und die finanziellen, personellen sowie auch zeitlichen Ressourcen beschränkt waren. Aus dem gleichen Grund wurde auch auf finanzielle Incentives für die Teilnehmerinnen verzichtet, obwohl dies möglicherweise die Teilnahme an der Umfrage erhöht hätte. Auf den explorativen Charakter beider Teilstudien zur Erschließung eines neuen Forschungsfeldes wurde an vielen Stellen hingewiesen.

Eine weitere Limitation der Interviews sowie auch der Fragebögen könnte der Bias der sozialen Erwünschtheit darstellen, bei dem in Umfragen tendenziell die Meinungen geäußert werden, von denen die Teilnehmenden glauben, dass sie als allgemein „richtig“ gelten oder von den Verfassern des Fragebogens gewünscht sind. Dies ist ein unvermeidbares Phänomen und sollte in den jeweiligen Antworten immer berücksichtigt werden.

Die statistischen Verfahren sind bewusst nur deskriptiven und explorativen Charakters. So gilt es bei der Eröffnung eines neuen Forschungsfeldes, breit und tief (qualitativ) sowie deskriptiv

(quantitativ) zu analysieren, daraus ggf. Hypothesen zu generieren und in weiteren Studien mit größerer Fallzahl die Ergebnisse weiter zu analysieren.

Einige Dichotomisierungen der Antwortmöglichkeiten waren zur einfacheren statistischen Bearbeitungen der Daten notwendig, verwischen aber Unterschiede. Die Dichotomisierung des Alters der an der Fragebogen-Umfrage teilnehmenden Mütter erfolgte in „jung“ und „alt“. Die Entscheidung für einen Cut zwischen 55 und 56 Jahren lässt sich mit dem allgemeinen Altersdurchschnitt von 59 Jahren begründen. Auch der Bildungsgrad wurde dichotomisiert („höher“/„niedriger“). Es wurden Abitur und Fachhochschulreife als „höher“ eingeordnet, da diese den Zugang zu Universitäten und Fachhochschulen ermöglichen. (90)

4.7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Bezugnehmend auf die Diskussion der Ergebnisse werden im Folgenden Schlussfolgerungen zu den Forschungsfragen dieser Dissertation aufgezeigt, die sich für präventiv-medizinische Ansätze ergeben:

- Die Rolle und der Einfluss der Tochter auf die Entscheidungsfindung der Mutter zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge zu gehen
- Kommunikation der Tochter zur Mutter als disponierender Einflussfaktor im Andersen-Modell
- Rolle des Bildungsgrads, Migrationshintergrunds bzw. des Alters der an der Studie teilnehmenden Mütter in Bezug auf Gespräche über Vorsorge-Inanspruchnahme.

Die Rolle der Tochter und deren Einfluss auf gesundheitliche Entscheidungen der Mutter, spezifischer zur Inanspruchnahme der GKFU, war bislang unerforscht in Deutschland.

Aus dem umfangreichen qualitativen und quantitativen Datenmaterial dieser Arbeit lassen sich eine Fülle an nützlichen Erkenntnissen gewinnen. Denn durch das bessere Verständnis der recht komplexen Tochter-Mutter-Beziehungen und Kommunikationsmuster der beiden lassen sich konkrete Handlungsüberlegungen für den Miteinbezug dieser Kommunikation in präventiv-medizinische Strategien überlegen.

Es zeigte sich, dass einige Tochter-Mutter-Paare ein enges reziprokes Vertrauensverhältnis pflegten. Manche Mütter waren zwar zögerlich, ließen sich aber dennoch auf die emotionale sowie auch praktische Unterstützung der Tochter und ihre Funktionszunahme ein.

Auf der emotionalen Ebene war es vor allem das Gefühl der Angst, das eine zentrale Rolle im Verständnis der mütterlichen Motivation spielte, die Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen. Oftmals trugen das Zuraten und der Appell der Töchter dazu bei, diese Angst zu überwinden.

Die Kommunikation der Tochter zur Mutter konnte als wirksamer disponierender sowie auch fördernder Faktor identifiziert werden – entweder durch Ratschläge und Gespräche, die darauf abzielten, ihre Health Beliefs zu verändern oder zu bestärken, oder durch aktive soziale Unterstützung. So konnte die selbstwahrgenommene Notwendigkeit teilweise von der Tochter beeinflusst werden, wobei viele der Probandinnen bereits eine starke eigene Überzeugung zu gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen mitbrachten.

Manche Frauen wurden ebenfalls von der eigenen Mutter in ihren Gesundheitsüberzeugungen geprägt, was wiederum die Tochter prägte und so zu einer reziproken Fürsorge führte. Die wichtige Rolle der mehrgenerationalen Kommunikation in der Familie zu Themen wie Vorsorgeuntersuchungen wurde deutlich.

Interessant ist, dass die statistischen Ergebnisse zeigten, dass weder der Bildungsgrad, der Migrationshintergrund noch das Alter der an der Studie teilnehmenden Mütter eine Assoziation zu einem stattgefundenen Gespräch mit der Tochter über die GKFU aufwiesen. Dieses Ergebnis lässt sich gut in den Interviews spiegeln.

Resultierend lässt sich also festhalten, dass sich gezeigt hat, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Tochter auch im Bereich gesundheitlicher Themen und Sorgen ein Raum sein kann, in dem beide sich austauschen können und die aufwärtsgerichtete Kommunikation von Tochter zu Mutter Platz findet, sowie dass die Kommunikation von Tochter zu Mutter hinsichtlich der GKFU im erhobenen Datenmaterial in gewissem Umfang eine Rolle gespielt hat. Dies könnte von zukünftigen Präventionskampagnen zur Erhöhung der Inanspruchnahmerate der GKFU unter Einbezug der mehrgenerationalen Kommunikation in Familien und unter Beachtung der skizzierten Aspekte genutzt werden.

Um somit auf die Fragen zurückzukommen, die sich die Doktorandin vor Beginn der Arbeit stellte: Ja, es geht auch anderen Töchtern ähnlich. Diese Erkenntnis aus dem Dissertationsprojekt kann und sollte genutzt werden, um tiefere Einblicke in den Forschungsgegenstand zu gewinnen. Implikationen für weiterführende Studien und Interventionen sind eindeutig vorhanden. Im Folgenden werden konkrete Ansätze beschrieben.

Im Rahmen der qualitativen Forschung wäre es denkbar, einen ähnlichen Ansatz wie in diesem Dissertationsprojekt zu verfolgen, jedoch dann die Perspektive der Töchter einzubeziehen.

Die praktische Umsetzung könnte möglicherweise leichter realisierbar sein, da die Wahrscheinlichkeit, in der gleichen Erhebungszeit mehr Töchter als Mütter in den Praxen anzutreffen, die bereit sind, über ihr Verhältnis zur Mutter zu sprechen, höher ist. Dies könnte einen Anreiz für die Umsetzung der Studie, womöglich im Zuge eines weiteren Dissertationsprojekts, bieten.

Ebenfalls denkbar wäre die Einladung zu Fokusgruppen-Sitzungen mit Mutter-Tochter-Paaren, so wie es in internationalen Studien zu diesem Thema bereits durchgeführt wurde. Dafür könnte man Hausärzte und Hausärztinnen einladen zuzuhören und sie ermutigen, in Zukunft verstärkt einen familienmedizinischen Fokus und die mehrgenerationale Kommunikation in Familien in ihrer Praxisarbeit zu berücksichtigen.

Es wäre auch denkbar, ähnlich wie Mosavel (2016) Töchter im Rahmen von Workshops gezielt zum Thema GKFU zu schulen, damit sie anschließend ihre Mütter aufklären und beraten. Zur Erfolgskontrolle könnte eine Kontrollgruppe etabliert werden. Dabei sollte man sich nicht nur auf jugendliche Töchter konzentrieren, da anzunehmen ist, dass Mütter jeden Alters davon profitieren könnten, wie in diesem Dissertationsprojekt gezeigt wurde.

Auf quantitativer Forschungsebene wäre eine Langzeitstudie mit Kohortendaten spannend. Es gibt ähnliche Studien, die gezeigt haben, dass verheiratete Menschen durch gegenseitige Fürsorge länger leben. (91) So könnte man auch Mutter-Tochter-Paare über einen längeren Zeitraum beobachten und mögliche positive Einflüsse der Tochter auf die Gesundheit der Mutter langfristig analysieren.

Abschließend lässt sich festhalten, dass in der vorliegenden Arbeit die Thematik erstmalig explorativ in Deutschland erforscht wurde, wodurch eine bislang bestehende Forschungslücke in der Familienmedizin adressiert und gleichzeitig neue Forschungsansätze eröffnet wurden.

5 Literatur

1. Molina Y, Ornelas IJ, Doty SL, Bishop S, Beresford SAA, Coronado GD. Family/friend recommendations and mammography intentions: the roles of perceived mammography norms and support. *Health Education Research*. 2015;30(5):797–809.
2. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(2):207–18.
3. Nolan TS, Tan A, Williams KP. The ties that bind: Cancer history, communication, and screening intention associations among diverse families. *J Med Screen*. June 2021;28(2):108–13.
4. Deutsche Krebsgesellschaft DK AWMF. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion, 2.2 [Internet]. 2022. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/zervixkarzinom/>
5. Deutsche Krebsgesellschaft. Gebärmutterhalskrebs: Definition und Häufigkeit [Internet]; 2018 [Stand: 06.09.2022]. Verfügbar unter: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/gebaermutterhalskrebs/definition-und-haeufigkeit.html>.
6. Bujan Rivera J, Klug SJ. Gebärmutterhalskrebsscreening in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2018;61(12):1528–35.
7. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2021;155 Suppl 1:28–44.
8. International Agency for Research on Cancer. Cervix uteri [Internet]. 2022 [zitiert 22. März 2025]. Verfügbar unter: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
9. Wentzensen N. Epidemiologie, Prävention und Früherkennung des Zervixkarzinoms. *Der Onkologe : Organ der Deutschen Krebsgesellschaft eV*. 2016;22(10):725–36.
10. Zentrum für Krebsregisterdaten. Gebärmutterhalskrebs [Internet]. 2024 [zitiert 22. März 2025]. Verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html
11. Ganzenmüller T, Soergel P, Weinmann S, Klug SJ. Risikofaktoren und primäre Präventionsstrategien des Zervixkarzinoms. *Onkologe*. 2020;26(7):583–90.
12. Schröer-Günther M, Fechtelpeter D, Zschorlich B, Wegmann M, Keller S, Schürmann C, u. a. Entwicklung von Entscheidungshilfen für das organisierte Zervixkarzinom-Screening in Deutschland. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2021;83(2):128–34.
13. Bundesministerium für Gesundheit. Früherkennung Gebärmutterhalskrebs - Neuerungen 2020 [Internet]. [zitiert 7. September 2022]. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/frueherkennung-von-gebaermutterhalskrebs.html>

14. Grieger P, Eisemann N, Hammersen F, Rudolph C, Katalinic A, Waldmann A. Erste Hinweise auf einen möglichen Effekt der HPV-Impfung auf die Krebsinzidenz in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt international* [Internet]. 28. Juni 2024 [zitiert 18. August 2025]; Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2024.0062>
15. Zambrana RE, Meghea C, Talley C, Hammad A, Lockett M, Williams KP. Association between Family Communication and Health Literacy among Underserved Racial/Ethnic Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2015;26(2):391–405.
16. Seifert U, Klug SJ. Früherkennung des Zervixkarzinoms in Deutschland : Evidenz und Umsetzung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2014;57(3):294–301.
17. Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *International Journal of Cancer*. 1999;83(1):55–8.
18. Radde K, Gottschalk A, Bussas U, Schülein S, Schriefer D, Seifert U, u. a. Invitation to cervical cancer screening does increase participation in Germany: Results from the MARZY study. *International Journal of Cancer*. 2016;139(5):1018–30.
19. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, [Internet] Kurzversion 2.2, 2022 [zitiert am 22.03.2025] Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/zervixkarzinom/>
20. Bundesministerium für Gesundheit. Prävention [Internet]. 2019 [zitiert 7. September 2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
21. Staley H, Shiraz A, Shreeve N, Bryant A, Martin-Hirsch P, Gajjar K. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;9.
22. Geyer S, Jaunzeme J, Hillemanns P. Cervical cancer screening in Germany: group-specific participation rates in the state of Niedersachsen (Lower Saxony). A study with health insurance data. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2015;291(3):623–9.
23. hkk Krankenkasse. hkk-Datenanalyse: Pandemie bremst Frauen bei der Krebsvorsorge [Internet]. 2021 [zitiert 14. März 2025]. Verfügbar unter: https://www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2021-06-04-pandemie-bremst-frauen-bei-der-krebsvorsorge?utm_source=chatgpt.com#c4437
24. Jepson, Clegg, Forbes, Lewis, Sowden, Kleijnen. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2000;4(14).
25. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L, u. a. Systematic Review and Meta-study Synthesis of Qualitative Studies Evaluating Facilitators and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2016;25(6):907–17.

26. Beeker C, Kraft JM, Southwell BG, Jorgensen CM. Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention. *Journal of Community Health*. 2000;25(3):263–78.
27. Juon HS, Rimal RN, Klassen A, Lee S. Social Norm, Family Communication, and HBV Screening among Asian Americans. *Journal of Health Communication*. 2017;22(12):981–9.
28. Lobchuk MM, Bapuji SB, McClement SE, Sisler JJ, Katz A, Martens P, u. a. What is the role of family in promoting faecal occult blood test screening? Exploring physician, average-risk individual, and family perceptions. *Cancer Epidemiology*. 2012;36(3):e190-9.
29. Dsouza JP, van Broucke S, Pattanshetty S, Dhoore W. A comparison of behavioural models explaining cervical cancer screening uptake. *BMC Women's Health*. 2022;22(1):235.
30. Fingerman KL. Aging Mothers and Their Adult Daughters [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 2001 [zitiert 12. September 2022]. Verfügbar unter: https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=A5LSCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=9.+Fingerman,+KL.+Aging+mothers+and+their+adult+daughters:+A+study+in+mixed+emotions.+New+York:+Springer+Publishing+Company,+Inc%3B+2001.&ots=h7dJhyP5ks&sig=nUh-BdDNaKZzsrugGHulljMIKRI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
31. Miller-Day MA. Communication among Grandmothers, Mothers, and adult Daughters: A Qualitative Study of Maternal Relationships. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum; 2004.
32. Washington PK, Burke NJ, Joseph G, Guerra C, Pasick RJ. Adult daughters' influence on mothers' health-related decision making: an expansion of the subjective norms construct. *Health Education & Behavior: the Official Publication of the Society for Public Health Education*. 2009;36(5 Suppl):129S-44S.
33. Solomon DN, Hansen L, Baggs JG, Lyons KS. Relationship Quality in Non-Cognitively Impaired Mother-Daughter Care Dyads: A Systematic Review. *Journal of Family Nursing*. 2015;21(4):551–78.
34. Mosavel M, Thomas T. Daughter-initiated health advice to mothers: perceptions of African-American and Latina daughters. *Health Education Research*. 2009;24(5):799–810.
35. Mosavel M, Genderson MW. From adolescent daughter to mother: exploring message design strategies for breast and cervical cancer prevention and screening. *Journal of Cancer Education: the Official Journal of the American Association for Cancer Education*. 2013;28(3):558–64.
36. Mosavel M, Ports KA. Upward communication about cancer screening: adolescent daughter to mother. *Journal of Health Communication*. 2015;20(6):680–6.
37. Mosavel M, Genderson MW. Daughter-Initiated Cancer Screening Appeals to Mothers. *Journal of cancer education: the Official Journal of the American Association for Cancer Education*. 2016;31(4):767–75.
38. Kue J, Szalacha LA, Rechenberg K, Nolan TS, Menon U. Communication Among Southeast Asian Mothers and Daughters About Cervical Cancer Prevention. *Nursing Research*. 2021;70(5S Suppl 1):S73-S83.
39. Browne JL, Chan AYC. Mother-Daughter Communication About Mammography in an Australian Sample. *Journal of Family Communication*. 2012;12(2):129–50.

40. Sinicrope PS, Brockman TA, Patten CA, Frost MH, Vierkant RA, Petersen LR, u. a. Factors associated with breast cancer prevention communication between mothers and daughters. *Journal of Women's Health* (2002). 2008;17(6):1017–23.
41. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM. Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2005;48(3):296–306.
42. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;(36):1–10.
43. Leu RE DRJ. Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen. 1. Auflage. Berlin: Duncker & Humblot; 1986.
44. Störmann W. Gesundheits- und Umweltökonomik klipp & klar [Internet]. 2019 [zitiert 15. März 2025]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-27677-5>
45. Härtel U. Soziale Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens [Internet]. 1. Aufl. 1985 [zitiert 15. März 2025]. Verfügbar unter: <https://d-nb.info/850490901>
46. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2008
47. Hoebel J, Starker A, Jordan S, Richter M, Lampert T. Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health*. 2014;14:913.
48. Stenpass A. Pendelmobilität und partnerschaftliche Arbeitsteilung. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
49. Schreier M. Kontexte qualitativer Sozialforschung: Arts-Based Research, Mixed Methods und Emergent Methods. *Forum: Qualitative Sozialforschung*. 2017;18.
50. Flick U. Triangulation - eine Einführung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
51. Kutzleben M, Baumgart V, Fink A, Harst L, Wicking N, Tsarouha E, u. a. Mixed Methods-Studien in der Versorgungsforschung: Anforderungen, Herausforderungen und die Frage der Integration – ein Diskussionspapier aus der Perspektive qualitativ Forschender. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2023;85(8–09):741–9.
52. Cameron R. Lessons from the field: Applying the Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS) framework. *The Electronic Journal of Business Research Methods*. 2013;11(2).
53. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Methodische Grundlagen. Version 2.0 [Internet]. 2022 [zitiert 12. September 2022]. Verfügbar unter: <https://www.iqtig.org>
54. Pentzek M. Itemkonstruktion in sequenziellen Mixed-methods-Studien. *Deutscher Ärzte-Verlag*; 2012.
55. Statistisches Bundesamt. Migrationshintergrund: Definition [Internet]. [zitiert 26. Februar 2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>

56. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011. 211 S.
57. Flick U K EV, Steinke I. Qualitative Forschung. 8. Auflage. Reinbek: Rowohlt's Enzyklopädie; 2006.
58. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder (S. 227-255). Weinheim: Beltz; 2021.
59. Kurz A, Stockhammer C, Fuchs S, Meinhard D. Das problemzentrierte Interview. In: Buber R, Holzmüller HH, Herausgeber. Qualitative Marktforschung: Konzepte — Methoden — Analysen. Wiesbaden: Gabler; 2007. S. 463–75.
60. Renner KH, Jacob NC. Das Interview. 1. Auflage. Berlin: Springer; 2020.
61. Strübing J. Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
62. Kruse J. Qualitative Interviewforschung - ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015.
63. Wiedemann Peter. Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: Flick U KE Steinke I, Herausgeber. Qualitative Forschung. 8. Auflage. Reinbek: Rowohlt's Enzyklopädie; 2006.
64. Mayring P. Analyseverfahren erhobener Daten. In: Flick U K EV, Steinke I, Herausgeber. Qualitative Forschung. 8. Auflage. Reinbek: Rowohlt's Enzyklopädie; 2006.
65. Kruse J. Rekonstruktiv-hermeneutische Analyse: ein integratives Basisverfahren. In: Qualitative Interviewforschung - ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Beltz Juventa; 2015. S. 361–612.
66. Weller W. Karl Mannheim und die dokumentarische Methode [Internet]. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung; 2005. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-278218>
67. Kruse J. Grundlagen. In: Qualitative Interviewforschung - ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Beltz Juventa; 2015. S. 21–145.
68. Lucius-Hoene G DA. Rekonstruktion narrativer Identität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2002.
69. Steinke I. Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In: Kuckartz U, Grunenberg H, Dresing T, Herausgeber. Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.
70. Gutsche J HB Prütz F, Rabenberg M, Rommel A, Ryl L, Saß AC, Seeling S, Ziese T. Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS [Internet]. 3. Auflage. Berlin: Journal of Health Monitoring; 2021 [zitiert 14. September 2022]. 20 S. Verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring
71. Porst R. Question Wording - zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. In: Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Herausgeber. 2000 [zitiert 12. September 2022]. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-201334>

72. Reinders H, Ditton H, Gräsel C. Empirische Bildungsforschung - Strukturen und Methoden. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
73. Prüfer P, Rexroth M. Kognitive Interviews. In: Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen [Internet]. 2005 [zitiert 12. September 2022]. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470>
74. Döring N, Bortz J. Datenerhebung. In: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer; 2016.
75. Bühl A. Statistiken für Kreuztabellen. In: SPSS: Einführung in die moderne Datenanalyse ab SPSS 25. 16. Auflage. Hallbergmoos: Pearson; 2018.
76. Hemmerich WA. Chi-Quadrat Test für Unabhängigkeit: Minimum Zellhäufigkeiten [Internet]. 2025. Verfügbar unter: <https://statistikguru.de/spss/chi-quadrat-test-unabhaengigkeit/minimum-zellhaeufigkeiten.html>
77. Statistisches Bundesamt. Bildungsstand - Bevölkerung in Deutschland nach Schulabschluss 2023, Statista [Internet]. 2023 [zitiert 14. März 2025]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1988/umfrage/bildungsabschluesse-in-deutschland/>
78. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Integration von Migrantinnen in Deutschland [Internet]. 2023 [zitiert 17. März 2025]. Verfügbar unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2023/230308-am-weltfrauentag-emn-studie-migrantinnen.html?nn=282388>
79. Seltzer MM. Role Reversal: You Don't Go Home Again. Journal of Gerontological Social Work. 1990;15(1–2):5–14.
80. Pecchioni LL, Nussbaum JF. The Influence of Autonomy and Paternalism on Communicative Behaviors in Mother-Daughter Relationships Prior to Dependency. Health Communication. Oktober 2000;12(4):317–38.
81. Mosavel M. Health promotion and cervical cancer in South Africa: why adolescent daughters can teach their mothers about early detection. Health Promotion International. 2012;27(2):157–66.
82. Okedo-Alex IN, Uneke CJ, Uro-Chukwu HC, Akamike IC, Chukwu OE. „It is what I tell her that she will do“: a mixed methods study of married men's knowledge and attitude towards supporting their wives' cervical cancer screening in rural South-East Nigeria. The Pan African Medical Journal. 2020;36:156.
83. Shaw EK, Scott JG, Ferrante JM. The influence of family ties on men's prostate cancer screening, biopsy, and treatment decisions. American Journal of Men's Health. 2013;7(6):461–71.
84. Groß F, Kalitzkus V, Wilm S. Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde – Begleitete Patienten mit und ohne türkischen Migrationshintergrund im Vergleich. Eine explorativ-qualitative Befragung. [Düsseldorf]: Heinrich-Heine-Universität; 2022.
85. Beckmann MW, Werner Y, Renner SP. Cancer detection in gynecology. Der Gynäkologe. 2000;33(7):474–82.

86. Reynolds LM, Bissett IP, Consedine NS. Emotional predictors of bowel screening: the avoidance-promoting role of fear, embarrassment, and disgust. *BMC Cancer*. 2018;18(1):518.
87. Emami L. Beliefs, fear and awareness of women about breast cancer: Effects on mammography screening practices. *Nursing Open*. 2021;8(2):890–9.
88. Pasick RJ, Burke N. Behavioral Theory in a Diverse Society: Like a Compass on Mars. *Health Education & Behavior*. 2009;36:11S-35S.
89. Krell C, Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Material*. Originalausgabe. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG; 2024. 778 S.
90. Statistisches Bundesamt. Bildungsstand - Allgemeine Hochschulreife [Internet]. [zitiert 17. März 2025]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Glossar/allgemeine-fachgebundene-hochschulreife.html>
91. Klein T. Familienstand und Lebenserwartung: eine Kohortenanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Familienforschung*. 1993;5(2):99–114.

6 Anhang

6.1 Beispiel E-Mail an das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Literaturrecherche

Roundcube Webmail :: Dissertation zum Thema Förderung der Inanspruchnahme der Gebärmutterha... https://roundcube.hhu.de/?_task=mail&_safe=0&_uid=663&_mbox=Sent&_action=print&_extrwin=1

Dissertation zum Thema Förderung der Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung

 **Von** Annika Clara Engler <aneng104@uni-duesseldorf.de>
An <poststelle@bmg.bund.de>
Datum 2022-08-03 18:02

Sehr geehrte Damen und Herren des Bundesministeriums für Gesundheit,

mein Name ist Annika Engler. Ich bin Medizinstudentin im 11. Semester an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und aktuell Doktorandin am Centre for Health and Society (chs) und am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) in Düsseldorf.

Ich forsche im Bereich Familienmedizin und bin sehr interessiert an der Frage, ob familiäre Kommunikation einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten hat. Dafür möchte ich, mittels einer Mixed-Methods Studie, bestehend aus qualitativen Interviews und quantitativen Fragebogen, untersuchen, ob die Kommunikation von Tochter zu Mutter in Bezug auf das Cervix-Carcinom-Screening, eine Erhöhung dessen Inanspruchnahme haben könnte.

[„Erkennt man bei Müttern ab dem 45. Lebensjahr, die berichten, dass sie in den letzten vier Jahren ein Cervix-Karzinom-Screening wahrgenommen und gleichzeitig angeben mit ihrer Tochter (wenn es mind. eine gibt und diese zu diesem Zeitpunkt mind. 15 Jahre alt war) davor darüber gesprochen zu haben, im Vergleich zu Müttern, die davor nicht mit ihrer Tochter gesprochen haben, einen positiven Einfluss in Hinblick auf die Inanspruchnahme?“]

Auf Ihrer Internetseite sind die neusten Regelungen zu den Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen zu finden.

Mich würde interessieren, ob es im Zuge der Überlegungen zur Förderung der Inanspruchnahme dieser Screenings, Forschungsarbeiten oder Literatur gab, bei denen genau meine Fragestellung schon einmal untersucht worden ist.

Ich befinde mich derzeit in der Phase der Literaturrecherche meiner Dissertation und wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir weiterhelfen könnten!

Herzliche Grüße
Annika Engler

1 von 1 09.03.2025, 17:16

Studie „Familiäre Kommunikation von Tochter zu Mutter am Beispiel des Einflusses auf die Inanspruchnahme des Zervix-Karzinom-Screenings“

Interview-Leitfaden

Informationen:

Interviewerin	
Interview mit (ID)	
Datum	
Ort	
Dauer	
Einwilligungserklärung	

PHASEN

a) Begrüßung und Erklärungsphase

Als erstes möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklären, mich mit diesem Interview bei meiner Doktorarbeit zu unterstützen.

Zu meiner Person: Mein Name ist Annika Engler, ich bin 25 Jahre alt und studiere Medizin im 10. Semester an der der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Ich möchte in meinem Projekt etwas über die Kommunikation zwischen Müttern und Töchtern bezüglich gesundheitlicher Themen erforschen. Dazu möchte ich mich gerne mit Ihnen über das Verhältnis zu Ihrer Tochter und Themen, die Sie miteinander besprechen können, unterhalten. Wie offen und umfänglich Sie antworten möchten, ist dabei ganz Ihnen überlassen!

Für mich ist alles interessant und wichtig, was Sie dazu erzählen möchten.

Das Interview wird aufgezeichnet und Wort für Wort verschriftlicht, dabei werden alle Namen gelöscht und mit Platzhaltern ersetzt, so dass der entstandene Text vollkommen anonym ist. Das Aufnehmen ist für mich wichtig, weil ich nicht alles mitschreiben kann und mich auch ganz auf das Gespräch mit Ihnen konzentrieren möchte. So kann ich später aber alles nachlesen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich den Ton unseres Gesprächs aufzeichne? Sobald die Audiodatei verschriftlicht wurde, sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Die Informationen zum Datenschutz und zur Zusicherung der anonymen Datenverarbeitung haben wir in dieser Einwilligungserklärung festgehalten.

Wie viel Zeit haben Sie für das Interview mitgebracht? Haben Sie noch Fragen zu der Studie?

b) Thematische Leitfragen

1. Einstiegsfrage:

„In Familien wird über alles Mögliche gesprochen. Auch über Gesundheitsthemen. Wie ist denn das bei Ihnen? Sprechen Sie mit Ihrer Tochter über Gesundheitsfragen?“

2. Spezifizierungsfrage:

„Ein Anlass zum Arzt zu gehen ist ja auch die Krebsvorsorge, dazu gehört auch die Gebärmutterhalskrebsuntersuchung bzw. der Abstrich bei der Frauenärztin. Wie ist denn das? Reden Sie darüber auch mit Ihrer Tochter?“

3. Fragen, die im Laufe des Interviews beantwortet werden sollen:

- Wir würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrer Tochter beschreiben?
- Welche Themen können Sie beide gut gemeinsam besprechen?
- Welche Bedeutung hat die Meinung Ihrer Tochter für Sie?
- Würden Sie sich Ihrer Tochter in Sachen Gesundheitsangelegenheiten anvertrauen? Oder haben Sie das schon getan?
- Hat Ihre Tochter Sie schon einmal ermutigt allgemeine Gesundheitsleistungen wahrzunehmen (z.B. Arztbesuch, Vorsorge, Gesundheitscheck)?
- Haben Sie mit Ihrer Tochter, vor Ihrer Entscheidung darüber gesprochen? Hat Ihre Tochter Sie beeinflusst, die Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge wahrzunehmen?

4. Fragen:

- Waren Sie in den letzten drei Jahren bei der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge?
- Und falls ja: Wann zum letzten Mal?
- Wie alt sind Sie?
- Wie alt ist Ihre Tochter?
- Welchen Schulabschluss haben Sie?
- Sie hatten vorhin erwähnt, dass xxxxxx. Würden Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen?
- Sie hatten vorhin erwähnt, dass xxxxxx. Könnten Sie beschreiben, wie Sie sich dabei gefühlt haben?
- Gibt es jetzt zum Schluss noch etwas, was Sie gerne ansprechen/mitteilen möchten?

a) Abschlussphase

Vielen Dank nochmal, dass Sie sich für unser Gespräch Zeit genommen haben, aber auch dass ich so viel Persönliches aus Ihrem Leben erfahren durfte! Es war wirklich ein interessantes Gespräch, was mir und meinem Forschungsprojekt wirklich sehr geholfen hat!

6.3 Information und Einwilligungserklärung für Patientinnen für ein Interview im Rahmen der Studie

Information und Einwilligungserklärung für Patientinnen für ein Interview im Rahmen der Studie

„Familiäre Kommunikation von Tochter zu Mutter am Beispiel des Einflusses auf die Inanspruchnahme des Zervix-Karzinom-Screenings“

Information

Bitte lesen Sie diese Information zu dieser wissenschaftlichen Studie sorgfältig durch. Bitte fragen Sie die Studiendurchführende, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Sehr geehrte Patientin,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme am oben genannten Forschungsvorhaben bitten. Hierzu erhalten Sie folgende Informationen:

Ziel des oben genannten Vorhabens ist es, herauszufinden, inwiefern die Kommunikation von Tochter zu Mutter die Entscheidung der Mutter, das Gebärmutterhalskrebs-Screening in Anspruch zu nehmen, beeinflusst. Die Ergebnisse haben einen wichtigen Stellenwert für die Entwicklung neuer Präventionsstrategien.

Zu diesem Zweck interessiert uns Ihre persönliche Erfahrung. Dazu werden Ihnen im Rahmen des Interviews Fragen zum Thema gestellt. Das Interview wird, so Sie einverstanden sind, aufgezeichnet (Tonaufnahme) und anschließend verschriftlicht, wobei alle Namen und Ortsangaben gelöscht und durch Platzhalter ersetzt werden (Anonymisierung).

Die gesammelten Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Diese Studie ist das Dissertationsvorhaben von Frau Annika Engler. Die Ergebnisse sollen veröffentlicht werden.



Direktor

Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Hausanschrift:

Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Postanschrift

Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Annika Engler
Tel.: 015735337923
aneng104@uni-duesseldorf.de

Methodik und Datenschutz

Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden die Interviews elektronisch aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Sollten wir die Verschriftlichung (Transkription) an eine Firma vergeben, so versichern wir, dass auch diese Firma vollumfänglich dem Datenschutz unterliegt. Für den Fall, dass Sie in die Aufzeichnung einwilligen, werden wir den Audio-Mitschnitt sowie die entsprechende Verschriftlichung (Transkription) auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf elektronisch speichern und auswerten. Das Interview wird anonymisiert.

Eine direkte Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist somit durch die Anonymisierung der Daten ausgeschlossen. Die Audioaufnahmen werden nach Überprüfung der fertiggestellten Transkripte unverzüglich gelöscht. Die Verschriftlichungen der Interviews (Transkripte) werden nach 10 Jahren gelöscht.

Für das Forschungsvorhaben und die Datenverarbeitung verantwortlich ist Prof. Dr. med. Stefan Wilm, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten. Die Teilnahme am Interview wird sie ungefähr 15 Minuten beanspruchen.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die zuständige Ethikkommission geprüft und zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können das Interview jederzeit und ohne Nachteile für Sie abbrechen. Auch die Teilnahme an der Studie können Sie ohne Nachteile nachträglich widerrufen. Falls dies nach der Anonymisierung der erhobenen Daten geschehen sollte, können diese nicht mehr gelöscht werden, da dann kein Personenbezug mehr hergestellt werden kann.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben oder Ihre Teilnahme widerrufen möchten, so wenden Sie sich bitte an:

Annika Engler
Tel: 015735337923
E-Mail: aneng104@uni-duesseldorf.de

oder

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211-81-17771
E-Mail: Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel: 0211-81-17771
Fax: 0211-81-18755

6.4 Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung für ein Interview im Rahmen der Studie,
Einwilligungserklärung zum Datenschutz

**Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung für ein Interview
im Rahmen der Studie**

**“Familiäre Kommunikation von Tochter zu Mutter am Beispiel des Einflusses
auf die Inanspruchnahme des Zervix-Karzinom-Screenings”**

Teilnahmeerklärung

1. Ich habe die schriftliche Information zum oben genannten Forschungsvorhaben erhalten und mir wurde eine Kopie meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung zur Teilnahme ausgehändigt. Ich habe beide Dokumente gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich – mündlich und schriftlich – über das Ziel und den Verlauf der Studie, meine Rechte und Pflichten und die Freiwilligkeit der Teilnahme **informiert**.

2. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich in die geschilderte Vorgehensweise **einwillige** und stimme zu, an diesem wissenschaftlichen Vorhaben **teilzunehmen**. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Sollte ich meine Teilnahme widerrufen, wird die Audiodatei (vor Transkription) unverzüglich gelöscht. Das verschriftlichte Interview kann nicht mehr gelöscht werden, da es keinen Personenbezug mehr enthält.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass meine in der Studie erhobenen Daten zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken aufgezeichnet (Audiodokument) und in anonymisierter Form (Verschriftlichung des Interviews) im Institut für Allgemeinmedizin (ifam) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gespeichert werden dürfen. Das Audiodokument wird nach Verschriftlichung unverzüglich gelöscht. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name nicht genannt. Die Daten dürfen anonymisiert ausgewertet und an Mitarbeitende der Studiengruppe weitergegeben werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.

Die Daten werden nach Studienabschluss nach der Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität 10 Jahre aufbewahrt und dann gelöscht.

Ich willige ein, dass das Material für Publikationszwecke (z.B. Vorträge oder Veröffentlichungen) verwendet werden darf. Alle Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden anonymisiert. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich erteile meine Einwilligung dafür, dass das anonymisierte Material innerhalb der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren auch für weitere Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten Fragestellung ein zweites Mal genutzt werden darf (Sekundärdatenanalyse).

Ort, Datum

Name, Vorname der Teilnehmerin

Unterschrift der Teilnehmerin

Aufklärende Person

Die Probandin wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich der Probandin ausgehändigt.

Ort, Datum

Name, Vorname der aufklärenden Person

Unterschrift der aufklärenden Perso

FAMILIÄRE KOMMUNIKATION

VON TOCHTER ZU MUTTER

Sehr geehrte Patientin,

mein Name ist Annika Engler und ich studiere im 11. Semester Medizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf.

Ich schreibe meine Doktorarbeit am Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik Düsseldorf (*Betreuung: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm*). Ich möchte gerne mehr über das miteinander Reden von Tochter zu Mutter erfahren. Es geht um Gesundheitsthemen und Vorsorgeuntersuchungen.

Haben Sie selbst eine Tochter im Alter von **15 Jahren oder älter**?

Wenn ja, können Sie gerne den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Dies dauert nur ca. **fünf** Minuten und ist vollkommen **anonym**.

Bitte werfen sie den ausgefüllten Fragebogen anschließend in den Karton bei den Mitarbeiterinnen.

Auf Ihre Mitarbeit kommt es an!

Vielen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme!

Annika Engler (Doktorandin)

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Hausanschrift:

Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Postanschrift

Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

Ansprechpartnerin:

Annika Engler
Tel.: 015735337923

aneng104@uni-duesseldorf.de



6.6 Fragebogen

Studie „Familiäre Kommunikation von Tochter zu Mutter am Beispiel des Einflusses auf die Inanspruchnahme des Zervix-Karzinom- Screenings“

Liebe Patientin,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft mich bei meiner Doktorarbeit zu unterstützen. Es geht um das miteinander Reden von Tochter zu Mutter, und zwar am Beispiel der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge.

Ich lade Sie ein die untenstehenden Fragen jeweils mit einem Kreuz zu beantworten. Eine direkte Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist durch die Anonymisierung der Daten nicht möglich.

Herzlichen Dank!

Annika Engler - Doktorandin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Fragebogen

1. Sind Sie in Ihrem Leben schon mal zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge (Zell-Abstrich) gegangen?

☐ ja, in den letzten drei Jahren ☐ ja, aber es ist schon länger her ☐ nein

2. Hat Ihre Tochter mit Ihnen über das Thema gesprochen, bevor Sie sich entschieden haben ob Sie hingehen?

☐ ja ☐ nein

3. Wenn Sie die folgende Aussage lesen – Was trifft auf Sie zu?

Das Gespräch mit meiner Tochter hat mich in der Entscheidung beeinflusst, ob ich zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge gehe.

☐ Trifft voll und ganz zu	☐ Trifft eher zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft überhaupt nicht zu	☐ Ich habe <u>nicht</u> mit meiner Tochter darüber gesprochen
--	---	---	--	--

4. Kreuzen Sie bitte an, was Sie beeinflusst, zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge zu gehen:

Mehrfachantworten möglich

- ☐ Erinnerungsschreiben per Post
- ☐ Erinnerung durch Frauenarzt/Frauenärztin
- ☐ Erinnerung durch Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Erinnerung durch Tochter
- ☐ Eigene Überzeugung
- ☐ Eigene Mutter hat als Vorbild gedient
- ☐ Sonstige: ✎ _____
- ☐ Ich gehe nicht zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge

Bitte wenden →

Jetzt geht es ganz allgemein um das miteinander Reden von Tochter zu Mutter in Bezug auf Gesundheit.

5. Kreuzen Sie bitte an, ob eine der folgenden Situationen bei Ihnen schon öfter vorgekommen ist.

Mehrfachantworten möglich

- ☐ Meine Tochter hat mich an einen Arzttermin erinnert.
- ☐ Meine Tochter hat mich zu einem Arzttermin begleitet.
- ☐ Meine Tochter hat mir von sich aus einen Rat zu meiner Gesundheit gegeben.
- ☐ Meine Tochter hat ihrer Großmutter von sich aus einen Rat zu deren Gesundheit gegeben.
- ☐ Wenn ich ein gesundheitliches Problem hatte, war meine Tochter die erste Ansprechperson.
- ☐ Keine der Situationen ist schon öfters vorgekommen.

6. Wenn Sie die folgende Aussage lesen – Was trifft auf Sie zu?

Meine Tochter hat die Rolle einer „Aufpasserin“ in Bezug auf meine eigene Gesundheit.

☐ Trifft voll und ganz zu	☐ Trifft eher zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft überhaupt nicht zu	☐ Weiß ich nicht
--	---	---	--	---

7. Wenn Sie die folgende Aussage lesen – Was trifft auf Sie zu?

Mit meiner Tochter kann ich über meine gesundheitlichen Sorgen und Ängste sprechen.

☐ Trifft voll und ganz zu	☐ Trifft eher zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft überhaupt nicht zu	☐ Weiß ich nicht
--	---	---	--	---

8. Wie alt sind Sie?

___ Jahre

9. Wie alt ist Ihre Tochter?

___ Jahre

10. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- ☐ kein allgemeinbildender Schulabschluss
- ☐ Hauptschul-/Volksschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule 10. Klasse
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Abitur/Allgemeine Hochschulreife
- ☐ kann/will ich nicht angeben

11. Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

☐ ja ☐ nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! 😊

6.7 Codebaum MAXQDA

Liste der Codes MAXQDA 24

Liste der Codes	Häufigkeit
Codesystem	3149
Angst	455
Tod	13
Motoperational	1
Belastung	6
Vorsorge-Verhalten	36
Gewalt	2
Krankheitsgeschichte	2
malignes Melanom	1
Schock	6
Schockdiagnose	2
Sterben	3
Trauer	6
Umgang mit Trauer innerhalb der Familie	1
Verlust	3
Todesangst	11
Umgang mit Angst vor dem Tod	7
Hysterie	1
Veränderung der Sichtweise auf den Tod im Alter	1
Scham der Tochter	16
Krebs	12
Krebs in der Familie	11
Gespräch über Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	12
kein gezieltes Gespräch	1
kein Widerstand	1
Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	9
Krebsvorsorge	4
Hautkrebs-Vorsorge	1
Krebs-Vorgeschichte	7
Gebärmutterhalskrebs	7
kein Gespräch über Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	7
Brustkrebs	4
Krebsgeschichte	3
Darmkrebs	2
ganz schlimm	1
Vorerfahrung mit Krebs	2
Vorsorge-Verhalten Darmkrebs	2
Lungenkrebs	1
Hautkrebs	1
Tabu-Thema	6
Sexualität	6
Körper	14
Raubmord am eigenen Körper	1
eigene Scham bei gynäkologischen Themen	22
Präsenz der Angst	6
Mess-Gefühl	2
Coping -Angst: Versuch es besser zu machen	2
Angst in der Erziehung Fehler zu machen	1
Angst in der Familie	9
Angst nicht mehr gebraucht zu werden	3
Angst um Mutter	5
Angst vor Einsamkeit	1
Angst vor Konfrontation	1
Angst vor Medikamenten	2
Angst vor Stigmatisierung durch eigene Tochter	1
Angst vor dem Alltagsleben	1
Angst vor dem Arzt	9
Angst vor schlechter Diagnose	1
Angst vor Übermittlung schlechter Nachricht an Tochter	1
Angstüberwindung	36
Angstüberwindung	1
Angstüberwindung der Mutter	4
Pauschalisieren der eigenen Ängste (+)	2
Schuld	5
Zukunftsangst	1
räumliche Nähe	2
eigene Angst vor Abschiebung	1
existenzielle Angst	1
unterschiedlicher Umgang mit Krankheit	1
wahrgenommene Angst	1
Mutter-Tochter-Beziehung	1511
Einlassungsgespräche	17
Übergriffigkeit	15
gegenseitiger Austausch	15
Gesprächssituation	13
nonverbale Kommunikation	12
Kommunikationsproblem	11
Stolz	9
Ansprache	9
Gefühlsmiss	6
Inting	3
Lügen	1
Überfürsorge	8
Gespräch bei akutem Anlass	6
Unangenehm	8
Drohung	6
Übertragung eigener Emotionen	8
gute Basis	6
Freiwilligkeit	7
Respekt	7
Rechtfertigung	7
Verhältnis	7
Grenzen	7
intime Probleme	6
Schweigen	6
Anerkennung	6

Alleinerziehend	6
Transparenz	6
zurückgeben der Fürsorge	5
Beachtung	5
Diskussion	5
eigener Erfolg	5
Einfluss der Tochter	5
Emotionen	5
kein offenes Gespräch	5
Umgang mit Trauer zwischen TM	1
Unverständnis	5
Unterstützung	5
gemeinsam Wohnen	5
möglicher Einfluss in Zukunft	2
Distanz	5
Erhebung der eigenen Person	4
Enttäuschung	4
Verstehen ohne Worte	4
Ambivalenz	4
über alles reden können	4
Überforderung	4
Schwächen	4
Selbstverständlichkeit	4
keine Hemmschwelle	4
keine Diskussion	4
Elternschaft	4
Gespräche übers Telefon	4
Empfindungen der Tochter	4
Nähe	4
Vertrauen	4
zum Arzt schleppen	3
Alltagsgespräch	3
Wertschätzung	3
Darüber sprechen	3
Gender (+)	3
können nicht über alles reden	3
innere Anspannung	3
schlechtes Gewissen	3
medizinische Ausbildung der Tochter	3
Schwangerschaft	3
Missverständnis	3
Tochter als Entscheidungshilfe	3
viel Kontakt	3
keine Belastung sein wollen	3
kein Zwang	3
Kein Gespräch vor Arzttermin	3
Gespräch vor Arzttermin	2
kein Einfluss der Tochter	3
herunterspielen	3
Unschärfe	3
Forcierung der Arzttermine durch Tochterereinfluss	3
Einbindung	3
Ruppigkeit	3
Einfluss der Kinder	3
Durchsetzen	3
helfen	3
beruhigt sein	3
Beruhigen	3
Bedürfnis nach Nähe	3
antreiben zur Vorsorge zu gehen	3
Ansage	3
Verbindungs-Termin	2
müssen	2
Verbindungs-gefühle	2
Vertrauensmissbrauch	2
Druck	24
Sorge	23
Verantwortung	19
Freiwilligkeit im Widerspruch	17
Ambivalenz	41
Widerspruch Eigen-/Fremdwahrnehmung	3
Lebenserfahrung	2
eigene Sorgen nicht beachten	2
Grenzen der Mutterrolle	1
Kommunikation TM üm	4
Tochter kommt auf Mutter zu	6
Wunsch dass Tochter da ist	1
liebevoller Umgang	4
gegen Widerstand	2
Überzeugungsarbeit	2
Totschweigen	1
Harthäckigkeit der Mutter	1
Schmeichelei	1
an den Haaren hinziehen	1
Bösartigkeiten	1
Mutter begleitet Tochter zum Arzt	6
gemeinsamer Arzttermin	7
Besorgnis	12
Fürsorge	19
Aufforderung	10
Gras drüber wachsen	1
gemeinsame Aktivitäten	13
Ausweitung der Mutterrolle	10
lebendes Wissen	9
Hilfslosigkeit	10
Liebesbeweis	10
süß	1
Sicherheit	3
Abhängigkeit	17
Miteinander - getraut	2
Symbiose	2
im Falle eines Falles	1

Identifikation	1
Loslassen	1
mütterlicher Rat	13
Vorreiter	2
Abblocken der eigenen Emotionen	6
Ansprechpartnerin	16
offenes Gespräch	27
Wunsch	2
Rollentausch Tochter -Mutter	27
nicht in Ordnung	1
Halt geben	2
Kritik	1
im Recht sein	1
wir-Einheit	14
Einfluss der Mutter	13
Gespräche in der Jugendphase	2
regelmäßige Kommunikation	13
Tochter pusht	12
Aufpasserin	1
zu hartnäckig	2
Bestehen auf Terminwahrnehmung	1
Kommunikation TMüT	12
Erzähltrieb der Tochter	1
Übernahme der Mutterrolle	11
eigene Regeln	1
beste Freundinnen	9
Schwammiges Verhältnis	1
Wunsch nicht belasten zu wollen	9
Kontrolle der Mutter	9
aufeinander angewiesen sein	9
Kommunikation MTüM	8
Mutter als Ärztin	8
Intimbereich	2
Supernatural	2
Überidentifizierung mit der Tochter	1
dranlassen	1
Abwertung	1
Kommunikation MTüT	8
Selbstständigkeit der Tochter	8
Abgrenzung wir- die anderen	7
Anderssein	1
transgenerationell	7
täglicher Kontakt	7
konflikt Mutter-Tochter	6
schlechtes Vorbild	1
Gleichstellung Mutter-Tochter	6
gleiche Werte	1
offene Konfrontation mit Tochter	6
Wunsch nach Nähe zur Mutter	16
Verharren auf der Mutterrolle	5
nicht respektieren der Grenzen der Tochter	4
offen für Einfluss der Tochter	4
Schutz der Tochter	4
Wunsch besseres Leben für Tochter	4
eigene Mutter	3
Kommunikationsbedürfnis der Tochter üT	3
gemeinsame Interessen	3
Berater-Funktion der Tochter	3
kein aktives Nachfragen	1
Nicht ernstnehmen der Tochter	3
Tochter als Kind	2
Vertrauen in die Mutter	3
Ratschlag der Mutter	3
immer für die Tochter da sein	3
Verhältnis zur eigenen Mutter	3
Konflikt Rolle Mutter/Freundin	3
wir Frauen	2
Nähe zur Tochter	2
die Mutter darf das	2
stark sein wollen	2
Einfluss Enkelin auf Tochter	2
Enkelin hat das Sagen	2
Scheitern	1
Zweifel an eigenem Einfluss	1
Gespräch nur zur Mutter	2
Führungsrolle der Mutter	2
Rollenteilung	2
ich habe dafür gesorgt	1
Abschieben der Mutter	1
Autonomie der Tochter	2
Unabhängigkeit der Tochter	1
schwierige Situation	1
Besitzergreifend	1
eigene Entscheidung der Tochter	1
Einsichtigkeit der Tochter	1
fehlende Selbstständigkeit	1
keine Tochter-Mutter-Kokurrenz	1
Mutter hört nicht	1
Mutter und Tochter über Vater	1
Bescheidwissen über Symptome der Mutter	1
Mutter wird nicht vernachlässigt	1
Oma als Ansprechpartnerin	1
Tochter-Oma Beziehung	1
Tochter-Mutter-Kokurrenz	1
nur Tochter und Mutter	1
Gespräche über Partner	2
Gesprächsbarriere Partnerschaft	2
Trennung vom Ehemann	2
Infragestellen der Partnerschaft	1
Beziehung der Tochter	1
Bestärkung in Partnerschaft	1
Vehemenz der Tochter	1

Verhältnis Tochter-Schwester	1
Kommunikation mit der eignen Mutter	1
viele Gesprächsthemen	1
Mutterkind	1
Resignation der Töchter	1
wie Schwestern	1
Kommunikation Tochter-Schwester	1
Zurückgezogenheit der Tochter	2
gegenseitiges Erinnern	2
enger Kontakt	19
Wellenlänge	2
Vorbildfunktion	21
eigene Fehler	1
Initiierung	1
zufällig dort gelandet?	1
Emotion zu Rollentausch	26
Fürsorge der Tochter	26
Warnung	2
Steckenpferd	1
offenes Verhältnis	36
Mutterrolle	37
Dominanz	60
ich-Betonung	2
Mutterinstinkt	1
Nicht-Annehmen der Fürsorge der Tochter	1
Festhalten an der Mutterrolle	2
Befehl	33
Mutter hat das Sagen	17
Grenzen kennen	1
als Mutter sieht man alles	6
Schicksal	335
Scham	37
Glück	14
Resignation	12
Tatendrang	11
Schockstarre	4
drohendes Unheil	3
Bedrohung	3
Vermeidung	28
Ungewissheit	3
Negativität	1
Opfer	1
Abgabe der Verantwortung	6
Unglück	6
unerwarteter Befund	2
Widerstand	6
Zwang	5
Hilfe	5
Kontrolle	5
Selbstständigkeit	5
Macht	4
Aktivität	24
schnelles Handeln	1
Fernhalten	1
Verlorenheit	1
Passivität	16
Unsicherheit	48
Unheil gegenüber Vorsorge	1
Fatalismus	8
Gott	11
Hoffnung	9
Kommunikation innerhalb der Familie	335
Pflicht	4
Vorwurf	4
Unwohlsein	4
Ablenkung	3
Minderwertigkeitsgefühl	3
Umgang mit Trauer	3
Verarbeitung	3
Wachseimkeit	3
keine Grenzen	3
gesellschaftliche Veränderung	3
Freude	3
Erleichterung	3
strenge Erziehung	10
Liebesbeziehung	5
Zuhause	3
Gespräche übers Enkelkind	3
Gespräche mit Freunden	3
familiäres Netzwerk	3
Austausch über Krankheit in der Familie	12
Verschlossenheit	18
ernstes Gespräch	5
Norm	24
Sozialisation	2
nicht gesellschaftsform	1
Kommunikation mit Partner	2
Enkelkind	6
Herkunfts familie	5
Schwiegermutter	2
Jugend von heute	6
Kritik an der heutigen Jugend	2
Normsetzung	5
Religion	6
Abtreibung	2
Ablehnung	1
Aufopferung für die Familie	3
Beziehung Tochter-Vater	6
Bruder	1
Diskrepanz Familie und Mutter	1
Distanz zur Oma	1
Ehemann	1

Ehemann	1
eigener Wunsch nach Enkelkindern	6
Einfluss der Enkelin	2
Wut	2
Einfluss des Sohn zum Vater	1
Einfluss Enkelin auf Oma	4
Einlassen auf Enkelin	1
Enkelin-Oma	2
enkelin-Opa	2
Opakind	2
Machtmissbrauch	2
Erkundigen nach dem Befinden	2
Geburt der Tochter	1
Geschwister-Verhältnis	3
Gespräch über Krankheit	2
Gespräch ungestört	1
scheinheilig	1
kein Einfluss Enkelin auf Oma	1
Krankheit in der Familie	5
Oberhaupt der Familie	1
Oma	1
persönliches Gespräch	1
Problembehandlung	1
Pubertät	1
Tochter und Ehemann-Einheit	1
Vergleich früher/heute	7
ungewolltes Kind	2
liebevolles Gefängnis	1
Vormund-Funktion	1
wichtig Vaterkontakt zu haben	1
Kontrolle des Vaters	1
Wunsch nach Mitteilung	1
zuhören	1
Gespräche über Krankheit	1
Gespräche über Ärzte	1
Verhältnis Mutter-Vater	1
schwerfallen von Kommunikation	1
Gespräch nicht möglich	1
künstliche Befruchtung	2
hinter verschlossener Tür	2
heile Welt	1
Gespräch mit Tochter und Ehemann	1
schwieriges Verhältnis M-SSohn	1
Gespräch als Vater aus dem Haus	1
schwieriges Verhältnis Tochter-Vater	1
nicht alleine sein	1
Whatsapp-Nachrichten	1
Landfamilie	1
gemeinsamer Arbeitsplatz	1
Aufklärung innerhalb der Familie	10
Erleichterung der gesellschaftlichen Veränderung	1
Kommunikationsunterschiede früher/heute	4
Kritik an der heutigen Zeit	1
Kritik an Verslossenheit von Früher	3
Familiengeschichte	12
Erziehung	18
Egozentrik	1
immer Wahrheit sagen	1
strenge Vaterrolle	1
Gesundheitsverhalten	508
Ernährung	1
Lebensstil	8
Verbot	5
Zahnarzt	6
Operation	5
Aufklärung damals (+)	6
natürliche Medizin	4
HPV-Impfung	4
Zurückhaltung gegenüber Medikamenten	4
Lösungsfindung	4
Diagnose	4
Panik	4
Wahn	2
innere Verpflichtung	4
in Ordnung	4
Impfen	4
Gebärmutterhals Vorstufe	4
Internet	4
Periode	3
Schilddrüse	3
keine Last für Ärzte	3
Hautarzt	3
Geld	12
Einfluss durch Vorwissen	4
Haltung zur Vorsorge (+)	6
Veränderung des Vorsorgeverhaltens mit dem Alter	2
medizinisches Vorwissen	4
Fachwissen	2
Konisation	1
Schmerzen	4
Gynäkologie	7
Sonderposition der Tochter	2
Verunsicherung	2
Wechseljahre	2
Mammografie	7
regelmäßige Vorsorge	8
Verhütung	7
Austausch über Arztbesuche	5
Automatismus	2
unproblematisches Gespräch	2
nebensächlich	1
Hemmschwelle	5

Arztbesuch als ultima ratio	8
Arztbesuch als Schwäche zeigen	2
Vorerfahrung	5
Vorsorge	5
Vorsorgeuntersuchungen	10
Mitbekommen von Symptomen	1
multiple Sklerose	1
Kreislaufprobleme	1
Gespräch über Erlebnisse im Krankenhaus	1
Umgang mit Vorsorge	1
Beiläufigkeit	1
Plaung der Altersfürsorge	1
Nur so. Ja, hier jetzt, dass ich hier die OP hatte mit der Zyst	1
unsichere Datenlage	1
Klinik	1
Veränderung von Krankheitsprävalenzen	1
Notiz im Kalender	1
Gespräch über Hormone	1
schwerfallen von Diagnosemitteilung	1
verzögern von Arztterminen	1
viel Krankheit gesehen	1
nicht an Termin erinnern	1
hormonelles Problem	1
Skepsis	1
Nebenwirkungen	1
Geschlechtskrankheiten	1
Spiritualität	2
sport	1
Rat von Freunden	1
keine Fachbegriffe	1
Coping-Strategie der Mutter	15
Einfluss Tochter auf Terminwahrnehmung	13
Motivation	13
eigene Einstellung zur Vorsorge	13
heikles Thema	12
Handlungsanweisung	12
Frauenarzt	12
Zwingen zum Arzt zu gehen	11
positiver Einfluss der Tochter	11
Aufmerksam	2
offener Umgang mit Untersuchungsergebnissen	10
Erinnern an Termin	10
Selbstmanagement der Mutter für Vorsorge	10
Ansprache der Vorsorge	10
Rolle der erinnernden Person	10
Einfluss Tochter auf Gebärmutterhals-Screening	9
Krankenhaus	3
Umgang mit Gesundheit innerhalb der Familie	3
Einstellung zu Arztbesuchen	3
Zweitmeinung	1
Bagatellisieren eigener Krankheit	3
Kümmern um Arzttermin	3
Notwendigkeit der Aufklärung	3
Notwendigkeit der Vorsorge	3
Notwendigkeit des Arztbesuchs	3
Medikamenten-Einnahme	2
Altersfürsorge	2
Privatpatient	2
psychologische Behandlung	2
Darmspiegelung	2
Urologe	2
frühzeitige Wahrnehmung der Vorsorge	2
Gespräch mit Arzt	2
einfluss des Arztes (+)	1
Abschreckendes Beispiel	1
Acht geben	1
alleine zum Arzt	1
Alternativmedizin	1
Antibiotikum	1
Ärztin	1
Aushalten von Krankheit	1
Rat des Arztes	1
lange nicht zur Vorsorge gegangen	1
Zusatzversicherung	1
Einfluss Tochter auf Gesundheit der Mutter	15
Ansprechen von gesundheitlichen Problemen	12
Verärgerung über Gesundheitssystem	4
Gesundheitliche Probleme	3
Thema Gesundheit	7
Gesundheitsbewusstsein	2
Einfluss Arbeit auf eigene Gesundheit	1
Gesundheitsverhalten Bruder	1
Interesse an gesundheitlichen Themen	1