

Miriam Schanze

Zurück ins Arbeitsleben nach Krebs

Befunde eines qualitativen
Längsschnitts zur Suche
nach Normalität

Miriam Schanze-Cichos
Zurück ins Arbeitsleben nach Krebs

Randgebiete des Sozialen

Herausgegeben von

Ronald Hitzler | Hubert Knoblauch |

Werner Schneider | Dariusz Zifonun

Mit der Reihe „Randgebiete des Sozialen“ stellen wir die Frage auf Dauer, wo Menschen, aufgrund welcher Annahmen, die Grenzen dessen ziehen, was sie je als „das Soziale“ überhaupt ansehen. Wir vertreten die Auffassung, dass die Grenzen des Sozialen selber sozial konstruiert sind und dass diesen Grenzen entlang eben jene Randgebiete entstehen, in denen das Soziale zweifelhaft wird und die gerade deshalb konstitutiv sind für die Selbstverständlichkeit des Sozialen. Zu klären bleibt dementsprechend, ob und wo sich Randgebiete, Übergangsbereiche und Grenzauflösungen abzeichnen.

Die Autorin

Miriam Schanze-Cichos, Dr. phil, ist Dozentin im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften/ Soziologie an der Universität Kassel. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheit/(chronische) Krankheit, Erwerbsfähigkeit, Rehabilitati-on/Return-to-work-Prozesse und qualitative Sozialforschung/qualitativer Längsschnitt.

Miriam Schanze-Cichos

Zurück ins Arbeitsleben nach Krebs

Befunde eines qualitativen Längsschnitts
zur Suche nach Normalität

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>



legalcode. Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-7202-0 Print
ISBN 978-3-7799-7203-7 E-Book (PDF)
DOI 10.3262/978-3-7799-7203-7

1. Auflage 2023

© 2023 Beltz Juventa
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Einige Rechte vorbehalten

Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag
(ID 15985-2104-1001)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Forschungsstand	16
2.1 Entwicklung der Krebs-Inzidenz mit Blick auf die Gruppe der Berufstätigen	16
2.2 Institutionalisierte Phasen der Krebserkrankung	21
2.2.1 Krebsdiagnose als Beginn des Krankheitsverlaufs	21
2.2.2 Rehabilitation und Nachsorge	25
2.2.3 Die (gewandelte) Rolle von Erwerbsarbeit für Erkrankte	30
2.2.4 Die institutionelle Re-Integration erkrankter Menschen in das Erwerbsleben: Einflussfaktoren und Maßnahmen	33
2.3 Belastungsspektrum bei/nach Krebs	40
2.3.1 Fatigue-Syndrom als krebspezifische Belastung	44
2.3.2 Normative Ätiologie der Krebserkrankung	45
2.3.3 Kontroverse um das Modell der Krebspersönlichkeit	48
2.3.4 Stigmatisierung als Belastung am Arbeitsplatz	52
2.4 Forschungsdesiderata und Erkenntnisinteresse: Phase der Re-Integration von Brustkrebserkrankten in die Erwerbstätigkeit	55
3 Methode	58
3.1 Forschungsdesign: Qualitativer Längsschnitt	58
3.2 Feldzugang und Sampling	64
3.3 Vorab-Experteninterviews in der Reha-Klinik	66
3.4 Erhebungsinstrument: Leitfadengestützte Interviews	67
3.5 Mehrstufiges Auswertungsverfahren	72
4 Überblick über das Sample: Soziodemographie, Krebserkrankung und Erwerbstätigkeit	75
5 Ergebnisse	81
5.1 Phase 1 Bruch der Normalität: Untersuchung, Diagnose und Behandlung	82
5.1.1 Der Verdacht, krank zu sein	82
5.1.2 Der Schock der Diagnose	84
5.1.3 Der Krebsbefund als soziale Irritation	86

5.1.4	Das Fremdheitsgefühl gegenüber dem eigenen Körper	90
5.1.5	Die Suche nach Sinn in der Krankheit	92
5.1.6	Die Ankunft in der Krankenrolle	94
5.1.7	Die Entbehrungen der Behandlungszeit	97
5.1.8	Die Rechtfertigungslast des Krankenstatus	102
5.1.9	Das belastende Sichtbarwerden der Krankheit	104
5.2	Phase 2 Simulation von Normalität: Reha	106
5.2.1	Die Besonderheiten der Rehabilitation	107
5.2.2	Die Entbindung von alltäglichen Pflichten als Schutzmaßnahme	108
5.2.3	Die professionelle Expertise als Anleitung zur wohlwollenden Selbstbeobachtung	111
5.2.4	Der Krebs als Gemeinsamkeit der Rehabilitand:innen	113
5.2.5	Die körperliche Mobilisierung als Selbstwirksamkeitsschub	115
5.2.6	Die Krankheitsbewältigung über psychosoziale Reflexion	117
5.2.7	Die Unsicherheiten zur beruflichen Rückkehr	120
5.2.8	Die zunehmende Last der äußerlichen Unsichtbarkeit der Krankheit	125
5.3	Phase 3 Bemühen um Normalität: Private und berufliche Rückkehr	127
5.3.1	Der Übergang aus der Reha in den Alltag	128
5.3.2	Die Erwerbsarbeit als Normalitätsanker	133
5.3.3	Die bürokratische Last des Krankenstatus	135
5.3.4	Das Dilemma, auf kollegiale Hilfe angewiesen zu sein	137
5.3.5	Das Verstecken der Leistungseinbußen	138
5.3.6	Die Ungewissheit der beruflichen Eingliederung	142
5.3.7	Die Widersprüchlichkeit der unsichtbaren Krankheitsspuren	146
5.3.8	Die Unwägbarkeiten im sozialen Miteinander	150
5.4	Phase 4 Modellierung von Normalität: Bürden der langfristigen Normalisierung	155
5.4.1	Der Trugschluss der vorsichtigen Normalisierung	155
5.4.2	Die informelle Verlängerung der beruflichen Eingliederung	160
5.4.3	Die Unsichtbarkeit der Krankheit als zweischneidiges Schwert	161
5.4.4	Die Funktionalität und Emotionalität der Nachsorge-Angebote	165
5.4.5	Die subjektiven Strategien zur Krebsprävention	170
5.5	Zusammenfassung	173

6 Diskussion	178
6.1 Institutionalisierte Rahmen	178
6.2 Subjektive Ebene	181
6.3 Soziale Komponente	186
6.4 Ergänzende analytische Verortung	190
7 Zusammenfassung und Ausblick	192
7.1 Schlussfolgerungen für die (soziologische) Forschung	193
7.2 Schlussfolgerungen für die Praxis	197
Literaturverzeichnis	202
Danksagung	218
Anhang	219

Abkürzungsverzeichnis

ACS	American Cancer Society
AHB	Anschlussheilbehandlung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBPL	Besondere berufliche Problemlage
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CRF	Cancer-related Fatigue-Syndrom
DCIS	Duktales carcinoma in situ
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
HPV	Humane Papillomviren
KHK	Koronare Herzerkrankung
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
SAR	Systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell
StW	Stufenweise Wiedereingliederung
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten

1 Einleitung

„Es ist nicht übertrieben, davon zu reden, dass wir einen Tsunami an Krebserkrankungen vor uns haben.“ (Michael Baumann, Vorstandschef Deutsches Krebsforschungszentrum)

Am 4. Februar 2019, dem Weltkrebstag, fand im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg der Erste Deutsche Krebsforschungskongress statt. In der medialen Berichterstattung ist im Anschluss immer wieder die Metapher des Tsunami aufgegriffen worden, die der Vorstandschef des DKFZ im Zusammenhang mit den zu erwartenden Krebserkrankungen in den kommenden Jahren verwendet hatte.

Um der angenommenen Flutwelle an Krebserkrankungen gezielt entgegenzuwirken, hatten das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Kooperation mit weiteren Partner:innen die Initiative „Nationale Dekade gegen Krebs“ ins Leben gerufen. Es wurden drei Arbeitsgruppen gegründet, die bis 2029 verschiedene Themenblöcke beforschen sollen. In einer Pressemitteilung des BMBF heißt es dazu:

„Die drei Arbeitsgruppen der Nationalen Dekade gegen Krebs sollen zentrale Forschungsaufgaben definieren und Lösungsstrategien entwickeln: Die Arbeitsgruppe ‚Große ungelöste Fragen der Krebsforschung‘ definiert die wichtigsten Fragen der Krebsforschung und entwickelt einen Fahrplan für deren Bearbeitung; die Arbeitsgruppe ‚Prävention‘ entwickelt Strategien und Konzepte, um Krebsneuerkrankungen besser zu verhindern; die Arbeitsgruppe ‚Wissen generieren durch Vernetzung von Forschung und Versorgung‘ erstellt ein Konzept, das den Prozess des gegenseitigen Lernens von Krebsforschung und Versorgung optimieren soll“ (BMBF 2020).¹

Krebsforschung wird hier vor allem unter dem Gesichtspunkt der Verhinderung weiterer Erkrankungen gesehen. So verweist die Arbeitsgruppe „Prävention“ darauf, dass aktuell rund 40 Prozent der auftretenden Krebserkrankungen vermeidbar gewesen wären und auf verhaltensbezogene Ursachen wie eine ungesunde Ernährungsweise, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Bewegungsmangel zurückzuführen sind (vgl. BMBF o. J. b).² Dabei ist das gesellschaftliche Anliegen

1 Die vollständige Pressemitteilung des BMBF ist online abrufbar: https://www.dekade-gegen-krebs.de/SharedDocs/Downloads/de/files/2020-02-03_-012-pm-nationale-dekade-krebs_ls-21-002.pdf?__blob=publicationFile&v=1

2 Diese Mitteilung zum Treffen der Arbeitsgruppe „Prävention“ ist hier online abrufbar: <https://www.dekade-gegen-krebs.de/de/ag-praevention-enormes-potenzial-der-krebspraevention-ausschoepfen-1974.html>.

einer generellen Krankheitsvermeidung grundsätzlich durchaus nachvollziehbar. Gerade angesichts der körperlichen, emotionalen und psychosozialen Belastungen, welche Krankheiten und insbesondere die potenziell tödliche Krebserkrankung zu verursachen im Stande sind.

Allerdings bilden sich in der konzeptionellen Gestaltung der Initiative zwei problematische Aspekte des gesellschaftlich vorherrschenden Blickwinkels auf Krankheit ab: das homöostatische Verständnis von Krankheit als zu behebender *Störzustand* und die bio-medizinische Dominanz in den Fragen rund um Versorgung von Krankheiten des Gesundheitssystems. Schon in der Bezeichnung der Initiative als einen auf zehn Jahre angelegten Plan *gegen* den Krebs, also *gegen* das Auftreten von Neuerkrankungen, zeigt sich das homöostatische Verständnis von (Krebs-)Erkrankungen. Gesundheit wird dabei als *Normalzustand* verstanden, demgegenüber Krankheit eine zu behebende, ja zu vermeidende *Störung* ist (vgl. dazu u. a. Richter/Hurrelmann 2016; Franke 2012; Kiesel 2012; Schmidt 2008; Borgetto/Kälbe 2007). Das hier gegenüberstehende Verständnis ist die heterostatische Auffassung im Sinne des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Demzufolge lassen sich Erkrankungen als *normale* Erscheinungen im Verlauf des menschlichen Lebens verstehen (vgl. Antonovsky 1997, 1980). Bekannt ist in diesem Zusammenhang die Metapher eines Flusses, als welchen sich das Leben betrachten lässt. Ein Fluss fließt weder stetig geradeaus und gleichbleibend schnell noch ist er völlig sauber. Ein Leben ohne Krankheiten zu denken ist demnach mit der Idee vergleichbar, einen Fluss trockenen Fußes durchqueren zu können. Dabei ist die Frage eher, wie der Mensch zu einem/einer guten Schwimmer:in werden kann, um dem Schmutz und den verschiedenen Biegungen, Kurven sowie Stromschnellen gut begegnen zu können (vgl. Antonovsky 1997: 92; Franke 2012: 171). Obwohl sich die Bedeutung dieses heterostatischen Verständnisses im wissenschaftlichen und praxisbezogenen Gesundheitsdiskurs inzwischen nicht von der Hand weisen lässt, ist nach wie vor das homöostatische Verständnis weit verbreitet.

Hinsichtlich der Frage, wie mit Erkrankungen als *Störungen des Normalzustands* umgegangen wird, lässt sich eine Zersplitterung in u. a. eine bio-medizinische und eine bio-psycho-soziale Auffassung feststellen: So ist das bio-medizinische Verständnis nach wie vor die Grundlage für Fragen rund um Krankheitsursachen, der Diagnostik von Erkrankungen und der institutionalisierten Versorgung von Krankheiten im Gesundheitssystem. Dieses Verständnis ist u. a. von folgender Annahme geprägt: „Wo ein Keim ist, da entsteht eine Krankheit – und im Umkehrschluss muss da, wo eine Krankheit auftritt, ein Keim sein“ (Franke 2012: 133). Die Klassifizierung von Krankheiten erfolgt dabei ohne Einbezug der sozialen Situation der erkrankten Person, sondern primär anhand der Symptome, des Krankheitsverlaufs und der Ätiologie (vgl. dazu Franke 2012: 134). Darüber hinaus bedarf die Diagnostik von Erkrankungen das Hinzuziehen einer medizinisch qualifizierten Person, einer „fachkundige(n) Hilfe“

(Parsons 1958: 17). Obwohl die Relevanz und Notwendigkeit dieser bio-medizinischen Perspektive nicht abgestritten werden soll, ist dennoch auffallend, dass soziale, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren nach wie vor zu wenig berücksichtigt werden (vgl. dazu Richter/Hurrelmann 2016; Germov 2009a; Borgetto/Kälbe 2007; Behrens/Dreyer-Tümmel 1996; Badura/Feuerstein 1994b). Auch die gegründeten Arbeitsgruppen der Initiative sind vorwiegend auf medizinische Gebiete und Fragestellungen ausgerichtet. In den Themenblöcken „Prävention“, „Diagnose“ und „Therapie“ geht es darum, die Früherkennung von Krebserkrankungen voranzutreiben, um so die Heilungschancen von Betroffenen weiter zu verbessern.

Ebenso wird im Themenblock „Teilhabe und Einbindung“ weniger ein explizit gesellschaftswissenschaftlicher Blickwinkel eingenommen. Vielmehr wird darunter das generelle Einbeziehen der Betroffenen- sowie Angehörigen-Perspektive verstanden (vgl. BMBF o.J.a).³ Abgesehen davon, dass prinzipiell alle gesellschaftlichen Gruppen dazu aufgerufen sind, sich an der Initiative zu beteiligen, könnte ein explizit soziologischer Blick hier als wertvolle „second opinion“ (Germov 2009a), also *zweite Meinung* zum bio-medizinisch geprägten Verständnis von Krankheit und Gesundheit fungieren:

„We are all aware of medical opinion, even if we do not always fully understand it. Health sociology offers a different perspective – a second opinion – from medical opinion by scrutinizing health issues and health practice; by examining its cost, quality and effectiveness“ (Germov 2009b: XV).

Denn in Bereichen der Krankheitsprävention, der Rehabilitation und der Bewältigung von Erkrankungen werden demgegenüber durchaus ganzheitliche Konzepte, wie das bio-psycho-soziale Modell, herangezogen. Eine der Grundannahmen ist hier, dass Krankheit und Gesundheit von biologischen, psychischen und sozialen Facetten ausgemacht werden. Damit kann die gesellschaftliche Einbettung von Krankheit und Gesundheit eine stärkere Berücksichtigung finden als es beim bio-medizinischen Verständnis der Fall ist (vgl. dazu u.a. Schneider 2012; Franke 2012). Eine Ausdifferenzierung des bio-psycho-sozialen Perspektive ist das systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR), das den Austausch zwischen Individuum und dem Umfeld bzw. der Umwelt in den Mittelpunkt seiner Betrachtung stellt. Gesundheit und Krankheit sind demnach davon abhängig, inwiefern das Individuum die passenden internen und externen

3 Siehe dazu die Erläuterungen des BMBF zur „Nationalen Dekade gegen Krebs“: <https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/nationale-dekade-gegen-krebs/nationale-dekade-gegen-krebs.html#:~:text=Vier%20Themenbl%C3%B6cke%20stehen%20in%20den%20kommenden%20Jahren%20im%20Fokus%3A&text=Und%20wie%20kann%20jeder%20Einzelne,sollen%20eine%20personalisierte%20Krebsfr%C3%BCherkennung%20erm%C3%B6glichen.>

Ressourcen, also Konfliktfähigkeit, körperliche Fitness sowie Lohn und soziale Anerkennung, hat, um die internen und externen Anforderungen, wie beispielsweise Perfektionswunsch, Angst vor Fehlern sowie Schichtsystem und Arbeitsaufgaben, zu bewältigen (vgl. dazu Schneider 2012: 32 ff.).

Dabei lässt sich generell beobachten, dass der Umgang mit Gesundheit bzw. langfristigen Krankheitsfolgen immer mehr in der Verantwortung des Betroffenen zu liegen scheint. Die Erkrankten werden dabei weniger als Patient:innen, sondern als „Co-Produzent(en) von Gesundheit“ (Badura 1994: 24) gesehen (vgl. dazu u. a. auch Corbin/Strauss 1993; Hoefert/Klotter 2011). Die hohe Eigenverantwortung, die den Individuen dabei für die Erhaltung und den Erkrankten für die Wiederherstellung ihrer Gesundheit zugeschrieben wird, lässt Gesundheit „individualisiert [...] [und als, MSC] “Produkt von genetischer Anlage und persönlichem Verhalten“ (Richter/Hurrelmann 2016: 3) erscheinen (vgl. dazu u. a. BAR 2020; Brüggemann et al. 2011; Hoefert/Klotter 2011; Kardorff 2011; Kickbusch 2006; Schmidt 2010; Schmidt 2008). Krankheit wird so unter Umständen nicht nur als *Störung* und zu *behebender Ausnahmezustand* verstanden, sondern auch in die Nähe von *Schuld* gerückt.

Die Rückschlüsse sind höchst problematisch – vor allem für die Erkrankten. Gerade hinsichtlich der Krebserkrankung als Krankheit mit komplexen Folgeerscheinungen und einer noch nicht vollständig aufgeklärten Ätiologie spannt ein solches Verständnis einen schwierigen Rahmen für Betroffene. Im Zusammenhang mit Krebserkrankungen kommen hierzu immer wieder Fragen zur wissenschaftlichen Validität einer Krebspersönlichkeit auf. Laut den Zahlen aus dem Bericht „Krebs in Deutschland 2015/2016 bzw. 2017/2018“ waren es in 2016 immerhin 492.000 und in 2018 knapp 498.000 Neuerkrankungen (vgl. RKI/GEKID 2019: 16; RKI/GEKID 2021: 26).⁴

Bereits seit einigen Jahren lässt sich auch eine wachsende Zahl von Krebsbetroffenen im erwerbstätigen Alter beobachten (vgl. dazu u. a. Albers 2016; Mehner 2011a). Die Diagnose lässt die Betroffenen aus ihrer „normalen Wirklichkeit“ und den bis dahin gelebten Alltagsroutinen stürzen (vgl. dazu Gerdes 1986). Mit dem formalen Verlust von Gesundheit geht zudem auch der temporäre Ausfall der Arbeitsfähigkeit einher. Denn „Gesundheit (hat) als funktionale Voraussetzung für die Teilhabe am Erwerbsleben eine immense Bedeutung“ (Heckl et al. 1998: 326). Die Arbeitsunfähigkeit ist dabei prinzipiell zwar „an die Wahrscheinlichkeit der Reversibilität gekoppelt“ (Borgetto/Kälbe 2007: 44). Doch bei einer Krebserkrankung lässt sich schon mit Blick auf die Behandlungszeit von einer vergleichsweise langen Arbeitsunfähigkeit ausgehen (vgl. dazu u. a. Rennert et al.

4 Die Dissertation stützt sich auf die hier angeführten Zahlen aus 2015/2016, da diese bis zur Veröffentlichung des neuen Krebsberichts in 2021 die aktuellsten Informationen zum Krebsgeschehen gewesen sind.

2019). Und mit dem mehrmonatigen Wegfall der Erwerbsarbeit verlieren die Betroffenen auch einen essentiellen Bereich sozialer Teilhabe. Es fehlen die soziale Einbindung ins Kollegium, die materielle Absicherung durch das Gehalt, die Alltagsstrukturierung, der soziale Status als Arbeitnehmer:in und ein mitunter wesentlicher Bereich der Persönlichkeitsentfaltung sowie -entwicklung (vgl. dazu zum Beispiel Voß 2018). Darüber hinaus bleibt dieser Einschnitt weder dem sozialen Umfeld im privaten noch im beruflichen Kontext verborgen. So verändert die Krebsdiagnose durchaus den bisherigen Alltag im Kreis von Familie und Freund:innen (vgl. dazu Schönberger/Kardorff 2004; Corbin/Strauss 1993). Die monatelange Abwesenheit im Arbeitskontext erfordert von den Betroffenen eine spezifische Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen in einem leistungsbezogenen Rahmen. Allgegenwärtig ist dabei der nach wie vor mystifizierte Blick auf Krebs als „dämonische(r) Feind“ (Sontag 1996: 69) und die daran gekoppelten gesellschaftlichen Tabuthemen wie Leid und Sterben.

Die schlussendliche Rückkehr in den Beruf wird für Erkrankte als ein wesentlicher Bestandteil eines „normalen“ Alltags und wiederhergestellter Gesundheit verstanden (vgl. dazu u. a. Kennedy et al. 2007; Peteet 2000; Mehnert 2011a; Schilling et al. 2014). Allerdings wird im Verständnis von Krebs als chronischer Erkrankung das Wiedererlangen einer Gesundheit von vor der Diagnose überhaupt zweifelhaft (vgl. dazu z. B. Hellberg-Naegele 2019). Denn das dichotome Verständnis von Krankheit und Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit sagt aus, dass man nicht „krank“ und gleichzeitig „gesund“ sein kann. Vielmehr wird Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit, also als Störungsfreiheit, definiert (vgl. dazu Franke 2012: 38). Im Fall von Krebserkrankungen kann dieser Zustand allerdings nicht (mehr) angenommen werden. Zum Belastungsspektrum in Folge einer Krebserkrankung gehören emotionale, psychische, körperliche, familiäre, soziale, finanzielle und berufliche Aspekte (vgl. dazu u. a. Mehnert 2011a; Mehnert 2011b; Delbrück 2003). Angesichts sinkender Mortalitätsraten wächst zudem eben jene Gruppe, die langfristig mit den Folgen einer Krebserkrankungen umgehen müssen (vgl. RKI 2016; Angelis et al. 2014; Schilling et al. 2014). Heckl et al. (1998) haben die schwierige Situation von Krebserkrankten, die nach Abschluss der Behandlung wieder in die Arbeit zurückkehren, schon vor über 20 Jahren als Dilemma zwischen den Rollen als „Krebsbetroffene:r“ und „Arbeitnehmer:in“ problematisiert (vgl. Heckl et al. 1998). Seitdem ist die Betrachtung der beruflichen Re-Integration von an Krebs erkrankten Arbeitnehmer:innen allerdings stark in den Hintergrund gerückt – sicherlich nicht zuletzt auch wegen des Anstiegs psychischer Erkrankungen und der Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den Belastungen von älteren Beschäftigten (vgl. dazu u. a. Alsdorf et al. 2017; Neckel/Wagner 2014; Kistler 2008).

Die gesellschaftlich drängende Frage, wie die wachsende Gruppe an Betroffenen ihr (Arbeits-)Leben nach der Behandlung wiederaufnimmt und einen

(Berufs-)Alltag *mit* dem Krebs herstellt, ist also weiterhin ungeklärt. Diese Thematik bewegt sich einer disziplinären Schnittstelle von u. a. Medizin und Onkologie, Psychologie und Psychoonkologie, Pädagogik, Gesundheitswissenschaften, Sozialmedizin und Soziologie. Doch insbesondere die soziologische Disziplin hat sich bisher kaum mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Die berufliche Wiedereingliederung von Krebsbetroffenen hat dabei inhaltliche Bezüge zur Arbeits-, Gesundheits-, Medizin- und Rehabilitationssoziologie. Bisherige medizin- und gesundheitssoziologische Konzepte zur Bewältigung von (chronischen) Erkrankungen, wie z. B. das Trajekt-Modell von Corbin/Strauss (1993) oder die Patientenkarriere nach Gerhardt (1986), sind dabei allerdings zu „breit“ angelegt, um die spezifische Phase der Re-Integration in die Erwerbsarbeit in den Blick bekommen zu können. Um der Stigmatisierung von Krebserkrankten entgegenzuwirken und die Betroffenen angemessen in ihrem Umgang mit den Krankheitsfolgen zu unterstützen, braucht es aber einer gezielten Betrachtung der sensiblen, beruflichen Rückkehrphase. Zu klärende Fragen dabei sind: Wie meistern die Krebsbetroffene die Rückkehr in den Beruf? Wie gehen sie im (Arbeits-)Alltag mit dem Damoklesschwert der Krebserkrankung um? Wie erleben die Betroffenen die soziale Rückkehr in das Kollegium? Wie sieht dabei die Wiederherstellung von Alltag aus? Welche Herausforderungen erleben die Betroffenen im Zuge der beruflichen Rückkehr?

Die vorliegende Arbeit setzt hier an und versteht die berufliche Rückkehr als eine sozial verdichtete, anforderungsreiche Situation. Das subjektive Erleben der Krebserkrankten steht im Mittelpunkt dieser soziologischen Betrachtung, da der Umgang mit Erkrankungsfolgen im (Berufs-)Alltag gesellschaftlich vor allem in der Verantwortung der Betroffenen gesehen wird. Konkret wird folgender Frage qualitativ-empirisch nachgegangen: *Wie erleben Krebsbetroffene nach der monatelangen Krankheitsphase und Arbeitsunfähigkeit die Rückkehr in den beruflichen Kontext?* Für dieses Vorhaben werden zehn Brustkrebserkrankte⁵ über einen Zeitraum von elf Monaten im Prozess ihrer beruflichen Rückkehr begleitet. Dabei zeigt sich, welche große Rolle die Frage von und nach „Normalität“ für die Erkrankten spielt. Diese Forschungsarbeit will Aufschluss darüber geben, welche Spannungsfelder sich hierbei für Betroffene entzünden und welche Bedeutung dabei sowohl die strukturellen Rahmenbedingungen als auch das soziale Umfeld der Erkrankten haben.

5 Die Entscheidung dafür, gerade Brustkrebserkrankte zu begleiten, hat vor allem sozialmedizinische Gründe. Siehe dazu den Abschnitt 2.1 zur Krebs-Inzidenz in der Gruppe der Erwerbstätigen ab Seite 8 sowie die Formulierung des Erkenntnisinteresses der Dissertation in Abschnitt 2.4.

Die Dissertation ist dabei folgendermaßen aufgebaut: Der *Forschungsstand* (Kap. 2) ist angesichts der Schnittstellencharakters der Thematik interdisziplinär angelegt und arbeitet die Forschungslücke inhaltlich dementsprechend breit und auf internationaler Forschung basierend heraus. Im daran anschließenden *Methodenkapitel* (Kap. 3) wird der qualitative Längsschnitt als Forschungsdesign vorgestellt und der angewendete Methodenmix aus qualitativer Inhaltsanalyse und vergleichender Fallanalyse erläutert. Der *Überblick über das Sample* (Kap. 4) dient dazu, die zehn interviewten Brustkrebsbetroffenen anhand von soziodemografischen, berufs- und krankheitsbezogenen Aspekten zu beschreiben, bevor im *Ergebniskapitel* (Kap. 5) die Rückkehrphase breit ausgeleuchtet und im Erfahrungsverlauf der Betroffenen dargestellt wird. Im *Diskussionskapitel* (Kap. 6) werden die empirischen Ergebnisse analytisch mit bestehenden Theorien und Modellen aus der Medizin- und Gesundheitssoziologie sowie Übergangsforschung gerahmt. Abschließend werden in *Zusammenfassung und Ausblick* (Kap. 7) die Kernpunkte der Dissertation zusammengefasst, in seiner soziologischen Anschlussfähigkeit resümiert und Schlussfolgerungen für die Praxis abgeleitet.

2 Forschungsstand

Das vorliegende Kapitel gibt einen interdisziplinären Überblick über das Feld der beruflichen Rückkehr nach einer Krebserkrankung als thematische Klammer der vorliegenden Dissertation.

Da die berufliche Wiedereingliederung von Krebspatient:innen in der deutschen Forschungslandschaft bisher eine untergeordnete Rolle spielt, werden für die folgende Darstellung auch internationale Forschungen aus den USA, Kanada und Skandinavien herangezogen. Ebenfalls haben bislang kaum soziologische Auseinandersetzungen mit dieser Thematik stattgefunden, sodass der Forschungsstand darüber hinaus interdisziplinär angelegt ist. Ziel ist es, einen breiten Überblick darüber zu geben, wie sich der beruflichen Rückkehr nach einer Krebserkrankung bisher wissenschaftlich genähert worden ist. Zu den Disziplinen, die dafür herangezogen werden, gehören u. a. Medizin und Onkologie, Psychologie und Psychoonkologie, Pädagogik, Gesundheitswissenschaften, Sozialmedizin und Soziologie. Das vorliegende Kapitel bildet die Forschungslandschaft vorwiegend bis Ende 2016/Anfang 2017 ab, da ab Mitte 2017 die eigene Längsschnitterhebung startete.⁶

2.1 Entwicklung der Krebs-Inzidenz mit Blick auf die Gruppe der Berufstätigen

Die Zahlen des Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) zum aktuellen, weltweiten Krebsgeschehen zeigen, dass in 2018 rund 18 Millionen Menschen und in 2020 knapp 19 Millionen Menschen an Krebs erkrankten. Mehr als neun Millionen Menschen starben daran (vgl. IARC 2018/2020). In Deutschland sind, laut des Berichts „Krebs in Deutschland 2015/2016“ der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) des Robert Koch-Institut (RKI), in 2016 rund 492.000 Krebserkrankungen zum ersten Mal diagnostiziert worden.⁷ Davon gab es 68.900 Fälle mit Erkrankung der Brustdrüse, 58.800 Fälle mit Erkrankung der Prostata und rund 58.300 Dickdarm-Erkrankungen (vgl. RKI/GEKID 2019: 18).

Krebs gilt insgesamt als komplexe, heterogene Erkrankung: „Cancer is a collective name for a heterogeneous group of diagnoses whose treatment is far from uniform“ (Verbeek/Spelten 2007: 385). Da potenziell jedes Organ des

⁶ Siehe dazu Kapitel 3.

⁷ Laut des inzwischen aktuellen Berichts, der in 2022 erschien, waren es in 2018 rund 498.000 neue Krebserkrankungen (vgl. RKI/GEKID 2021: 26).

menschlichen Körpers an Krebs erkranken kann, hält es der Politiker und Mediziner bzw. Gesundheitswissenschaftler Karl Lauterbach (2015) für wahrscheinlicher, eine einzelne Krebsart zu heilen als den Menschen generell vor dem Ausbruch von Krebserkrankungen schützen zu können (vgl. Lauterbach 2015: 24). Fragen der Prävention, Behandlung und Nachsorge werden damit vielschichtig, weil sie „von Diagnose zu Diagnose stark variieren“ (RKI 2016: 11). Dieser Umstand zeigt die Notwendigkeit an, sich (weiterhin) differenziert mit der Erkrankung und ihren individuellen sowie gesamtgesellschaftlichen Folgen auseinanderzusetzen.

Insgesamt lässt sich besonders in den vergangenen drei bis fünf Jahrzehnten eine verbesserte Überlebensrate beobachten. In Europa ist sie allein im Zeitraum von 1999 bis 2007 von 78,4 auf 82,4 Prozent gestiegen (vgl. Angelis et al. 2014: 28).⁸ Ein Vergleich der Überlebens-, Mortalitäts- und Inzidenzraten von sieben Ländern, darunter u. a. Kanada, Großbritannien und Neuseeland, zwischen 1995 und 2014 zeigt die gestiegene Überlebensrate auch auf internationaler Ebene (vgl. Arnold et al. 2019). Die Gründe für die sinkende Mortalitätsrate sind in den vor allem ab den 2000ern stattfindenden Veränderungen in der Krebsdiagnostizierung, -behandlung und -rehabilitation von Betroffenen zu sehen. Diagnosen werden früher gestellt, da es zunehmend mehr Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen gibt. So bringen Haberland/Wolf (2015) in einer Trendanalyse einen Anstieg der Prostatakrebs-Erkrankungen in Deutschland von 1990 bis 2005 etwa mit dem Einsatz eines spezifischen Tests⁹ in Verbindung. Auch im Hinblick auf die gestiegene Rate der Brustkrebs-Erkrankungen verweisen die Autoren auf die ab 2005 sukzessive eingeführten Mammografie-Screenings. Ein Anstieg der Krebserkrankungen bedeutet so nicht zwangsläufig ein Mehr an Erkrankungsrisiken (vgl. Haberland/Wolf 2015: 6). Vielmehr lassen sich Tumorerkrankungen nun auch in frühen Stadien erkennen, sodass sich die Inzidenz, also die Zahl der Neuerkrankungen von Krebs, seit den 1970er Jahren sogar beinahe verdoppelt hat (vgl. RKI 2016: 3 bzw. 22). Auch der „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016“ des RKI hält fest, dass bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, also die Altersklasse, die alle zwei Jahre zu einem Mammografie-Screening für die Früherkennung von Brustkrebs eingeladen wird, eine Vielzahl von Tumoren bereits im Frühstadium entdeckt werden¹⁰. Die Zahl der im fortgeschrittenen Stadium entdeckten Erkrankungen ist dagegen nach einer ohnehin rückläufigen Tendenz

8 Dennoch gibt es hier große länderspezifische Unterschiede, die sich u. a. auf ökonomische Faktoren zurückführen lassen (vgl. Arnold et al. 2019; Torre et al. 2015; Angelis et al. 2014: 23; Neary 2009: 4; Bray/Moller 2006).

9 Gemeint ist hier der prostataspezifische Antigen-Test, dem PSA (vgl. Haberland/Wolf 2015: 6).

10 Wenngleich dieser Aspekt in der vorliegenden Dissertation nicht tiefergehend besprochen wird, soll an dieser Stelle dennoch kritisch darauf hingewiesen werden, dass das vorherrschende Krankheitsverständnis, hier konkret die Unterscheidung der (Brust-)

seit 2011 unter das Ausgangsniveau gesunken (vgl. RKI 2016: 36). Die Mediziner Nikolaus Becker und Lawrence von Karsa (2006) sehen die hier zugrundeliegende Annahme, dass eine effiziente Krebsbehandlung mit einer möglichst frühen Erkennung des Tumors zu tun hat, allerdings als Trugschluss. In der aktuellen Auflage des onkologischen Standardwerks „Kompendium Internistische Onkologie“ bewerten sie den Nutzen eines frühen Erkennens als mitunter kritisch, da er von Krebsart zu Krebsart höchst unterschiedlich sei. Aus ethischen Gründen sehen sie es außerdem problematisch, dass bei den Screenings keine kranken Menschen adressiert werden, sondern beschwerdefreie Menschen (vgl. Becker/Karsa 2006: 307 ff.). Ähnlich argumentiert auch Barbara Duden (1997), die von der „Verkrebsung“ der Gesellschaft spricht (vgl. Duden 1997). Neben einer früheren Erkennung von potenziell malignen Tumoren verbessern sich auch die Behandlungsmöglichkeiten und die Einstellungen der medikamentösen Krebs-Therapien (vgl. Angelis et al. 2014: 23).

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der für die nach wie vor große Zahl von Neuerkrankungen ursächlich ist, ist die zunehmend alternde Gesellschaft aufgrund der steigenden Lebenserwartungen. Aus der Forschung ist bekannt, dass das Risiko einer Krebserkrankung mit zunehmendem Alter eines Menschen steigt (vgl. Torre et al. 2015: 87; RKI 2016: 18; Lauterbach 2015: 29 f.). Diese Entwicklungen führen insgesamt dazu, dass der Anteil derer, die entweder derzeit mit der Erkrankung leben oder schon einmal in ihrem Leben an Krebs erkrankt waren, wächst. „Die Zahlen der mit einer Krebserkrankung lebenden Menschen und der Langzeitüberlebenden nach Krebs sind im Vergleich zu den Neuerkrankungen noch stärker angestiegen“ (RKI 2016: 22). Das RKI geht von derzeit rund vier Millionen Menschen in Deutschland aus, die schon einmal in ihrem Leben an Krebs erkrankt waren und nun als „Krebsüberlebende“ gelten.¹¹ Durch die sinkende Mortalitätsrate bekommt die Krebserkrankung also immer mehr den Charakter einer chronischen Erkrankung. Das bedeutet, dass die Betroffenen mit den krankheits- und behandlungsspezifischen Belastungen stärker im alltäglichen Leben umgehen (lernen) müssen (vgl. dazu RKI 2016: 3 bzw. 22; Schaeffer/Haslbeck 2016). Voraussichtlich wird diese Tendenz in den kommenden Jahren weiter fortschreiten, sodass die Langzeitüberlebenden von Krebs und ihre Bedürfnisse, Schwierigkeiten und Herausforderungen als Themen stärker in den Fokus gesellschaftlicher Diskurse gesetzt werden müssen. So „wird die Erkennung und Behandlung von körperlichen Langzeiteffekten und Spätfolgen sowie die Befriedigung unerfüllter psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse eine zunehmend

Krebserkrankung nach „Frauen“ und „Männern“, nach wie vor einem binären Geschlechterverständnis folgt.

11 Diese Bezeichnung wird international als nicht unproblematisch angesehen, da dieses Konzept die vielfältigen Belastungen, die mit dem Leben nach einer Krebsdiagnose einhergehen, nicht angemessen abzubilden vermag (vgl. Arndt 2019: 158; Thong et al. 2018; Cheung/Delfabbro 2016: 759 f.).

größere Rolle für unser Gesundheitssystem spielen“ (Schilling et al. 2014: 205). Vor diesem Hintergrund rückt ein komplexer Aspekt in den Mittelpunkt kurativer und rehabilitativer Maßnahmen: die Lebensqualität der Krebsüberlebenden. „In fact quality of life is now the second parameter after survival used to evaluate the effectiveness of new potentially curative first line oncological therapies“ (Delbrück 2007: IX). Die Lebensqualität von Betroffenen wird in der bisherigen Forschung hauptsächlich über standardisierte Fragebögen, wie u. a. der international erkannte und häufig verwendete Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)¹² und/oder der Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) (vgl. Delbrück 2007: 13), erfasst. Im QLQ-C30 werden Bereiche wie u. a. körperliche und emotionale Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, globaler Gesundheitszustand sowie Müdigkeit und Schmerzen erfasst (vgl. Weiling 2015: 12). Allerdings gibt es keine feste Definition für das Konzept der Lebensqualität.¹³ Vielmehr lassen sich die konzeptionellen Bausteine der Fragebögen als Dimensionen von Lebensqualität verstehen, über die interdisziplinär eine gewisse Einigkeit zwischen Forscher:innen herrscht. Die Vorstellungen von Lebensqualität sind schlussendlich sehr individuell; selbst bei derselben medizinischen Diagnose (vgl. Weiling 2015: 6f.). Offen bleibt dabei allerdings, was das individuelle Verständnis konkret umfasst und wie sich die Lebensqualität der Krebsbetroffenen im Alltag darstellt sowie im Verlauf der Krebserkrankung verändert.

Dabei zeichnet sich seit einigen Jahren eine Beobachtung von besonderer Relevanz ab: die wachsende Zahl von Krebsbetroffenen im erwerbstätigen Alter (vgl. u. a. Albers 2016; Mehnert 2011a).¹⁴ Denn obwohl Krebs nach wie vor als Erkrankung des Alters gilt – das mittlere Erkrankungsrisiko liegt für Frauen bei 67,2 Jahren und für Männer bei 68,3 Jahren – ist die Erkrankungsrate bei Personen im jungen Erwachsenenalter zwischen 15 und 44 Jahren ebenfalls angestiegen (vgl. RKI 2016: 18–23). „Die Diagnose betrifft [...] eine große Zahl

-
- 12 Der QLQ-C30 enthält Items wie „Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen? und Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?“. Die Antworten werden über eine vier-stufige Likert-Skala erfasst (vgl. Weiling 2015: 11).
 - 13 Der Begriff der Lebensqualität bezeichnet im weitesten Sinne die allgemeinen Lebensbedingungen und die subjektive Bewertung eben jener Lebensbedingungen. Dazu gehören neben persönlicher Gesundheit und Gesundheitsversorgung eine Reihe weiterer Lebensbereiche, wie zum Beispiel Erwerbstätigkeit, Bildung, Freizeitmöglichkeiten und politische Beteiligung (vgl. dazu Glatzer/Zapf 1984).
 - 14 Diese Entwicklung lässt sich international, zum Beispiel auch in den USA, schon seit einigen Jahren verzeichnen. „Never before has cancer affected so many employed adults. In 2001, 38 % of all cancer survivors – approximately 3.7 million Americans – were of working age (age 20 to 64)“ (Hoffman 2007: 273). Die Juristin Hoffman (2007) weist dabei auf den Stellenwert des Diskurses um Fragen des sozial- und arbeitsrechtlichen Umgangs mit ehemaligen Krebserkrankten hin. Laut der American Cancer Society (ACS) sind in 2019 schätzungsweise um die sechs Millionen Krebsüberlebende in dieser Altersspanne gewesen (vgl. ACS 2019: 2).

von Patienten, die im berufsfähigen Alter sind und für die Karriere und Beruf eine entscheidende Rolle für ihr eigenes Befinden, aber auch für das Familien- und Sozialleben spielen“ (Schilling et al. 2014: 202). Dabei lassen sich durchaus geschlechterspezifische Unterschiede feststellen: „Krebserkrankungen treten bei Frauen insgesamt etwas seltener, aber tendenziell früher im Lebensverlauf auf. Unter 55-jährige Frauen weisen insgesamt noch höhere Erkrankungsraten für Krebs auf als Männer, danach dreht sich dieses Verhältnis um“ (/RKI/GEKID 2017: 19). Auffällig ist dabei, dass es im Vergleich zu anderen Entitäten gerade weibliche Brustkrebserkrankte sind, die sich zum Zeitpunkt der Diagnose im erwerbsfähigen bzw. -tätigen Alter befinden. Rund 45 Prozent der Neuerkrankungen mit einem Mammakarzinom betreffen die Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren. Drei von zehn erkrankten Frauen sind sogar jünger als 55 Jahre (vgl. DRV 2018: 73; RKI 2016: 36). Die arbeitende Bevölkerungsgruppe ist also immer stärker von der Krebserkrankung betroffen und vor die Herausforderung gestellt, nach monatelanger Krebsbehandlung wieder in die Erwerbstätigkeit zurück zu kehren.

Immerhin sind „je nach Tumorleiden [...] 7–85 % der Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter“ (Delbrück 2006: 1348)¹⁵. Die große Spannweite, die der Onkologe Delbrück (2006) hier in einem onkologischen Standardwerk nennt, mag auf den ersten Blick verwundern. Denn 87 Prozentpunkte lassen viel interpretativen Spielraum hinsichtlich der Ausdifferenzierung der Relevanz dieser breiten Gruppe. Es drückt sich hier aber vor allem die Notwendigkeit eines differenzierten Blickes auf die Krankheit und einer tiefgehenden Erforschung der Belastungen, die mit ihrer Bewältigung im Langzeitverlauf einhergehen, aus. „Nicht nur aus menschlichen, sondern auch aus volkswirtschaftlichen Gründen muß der beruflichen Problematik (Rehabilitation vor Rente!) ein größerer Raum in der Nachsorge und Rehabilitation Erwerbstätiger eingeräumt werden“ (Delbrück 2006: 1348).

Die Zahlen von Krankenkassen zeigen, dass in den vergangenen Jahren Neubildungen, zu denen Krebserkrankungen gehören, bisher nicht zu den Diagnosehauptgruppen der Arbeitsunfähigkeiten (AU) gezählt werden. Erkrankungen, wie psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Krankheiten und Erkrankungen des Atmungssystem verursachen quantitativ deutlich mehr AU-Fälle (vgl. zum Beispiel Rennert et al. 2019: 60 ff.; Rebscher 2016: 18 f.; Marschall et al. 2019: 19). Allerdings ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Personen, die aufgrund einer Neubildung ausfallen, vergleichsweise hoch. Im BKK-Gesundheitsbericht von 2015 wird von mehr als sechs Wochen gesprochen (vgl. Knieps/Pfaff 2015: 95). Der aktuelle Bericht von 2019 hält knapp vier Kalenderwochen fest. Nur

15 Die durch [...] und [...] gekennzeichneten Auslassungen sind in der vorliegenden Arbeit, wenn nicht anders markiert, immer von der Autorin gemacht worden, sodass im Weiteren zugunsten der Leserlichkeit auf den expliziten Hinweis verzichtet wird.

Beschäftigte mit einer psychischen Erkrankung sind länger arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Rennert et al. 2019: 63). Diese Entwicklung ist insofern gesellschaftlich relevant, als dass „in der Leistungsgesellschaft [...] Gesundheit als funktionstüchtige Arbeitsfähigkeit konzipiert“ (Schmidt 2010: 30) ist. Gerade langanhaltende Arbeitsunfähigkeiten sind sowohl für Betroffene als auch aus betrieblicher, politischer und volkswirtschaftlicher Sicht eine problematische Thematik.

Vor dem Hintergrund der Relevanz dieses Themenfelds werden im Folgenden die institutionalisierten Phasen einer Krebserkrankung dargestellt.

2.2 Institutionalisierte Phasen der Krebserkrankung

Dieses Kapitel beleuchtet den strukturellen Krankheitsverlauf bei Krebs anhand verschiedener markanter Ereignisse. Der Verlauf und die Ereignisse sind dabei nicht völlig krebsspezifisch, sondern grundsätzlich auch bei der Diagnostik und Behandlung anderer Erkrankungen wiederzufinden. Für den Zweck der vorliegenden Dissertation werden die einzelnen Phasen, also der Diagnose und Behandlung, Reha und Nachsorge sowie der beruflichen Wiedereingliederung, inhaltlich auf das Vorliegen einer Krebserkrankung zugeschnitten.

2.2.1 Krebsdiagnose als Beginn des Krankheitsverlaufs

Formal beginnt die Krebserkrankung mit dem medizinischen Befund (vgl. u. a. Richter/Friebertshäuser 2013; Holmberg 2005). Tumorerkrankungen werden häufig auch unter dem Begriff der Neubildungen gefasst, da hier nicht nur die bösartigen, metastasierenden Tumore inbegriffen sind, sondern auch die vermeintlich harmlosen Tumore, wie zum Beispiel gutartige Zellwucherungen oder auch Krebs-Vorstufen. Trotz des nicht vorhandenen Metastasierungsrisikos bei einem duktalem Carcinoma in situ (DCIS) geht auch von diesen Neubildungen in der Form eine Gefahr aus, als dass sie potenziell zukünftig zu einem bösartigen Tumor führen können (vgl. Narod et al. 2015; Bodungen et al. 2016). Die Krankheitsbezeichnung „Krebs“ unterliegt dabei einem im Zuge der fortschreitenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung einem definitorischen Wandel, was fernab von biologischen Krankheitsfaktoren das Bestehen einer sozialen Komponente von Krankheiten sowie die damit einhergehende Relevanz einer soziologischen Auseinandersetzung mit Krankheit deutlich aufzeigt (vgl. dazu u. a. Richter/Hurrelmann 2016). So können auch Vorstufen von Krebs oder gutartige Tumore von Betroffenen insofern als Krebserkrankung gedeutet werden, als dass sie mitunter beträchtliche therapeutische Behandlungen nach sich ziehen und unter diesem Gesichtspunkt ähnliche Belastungen wie die Behandlung eines

bösartigen Tumors erforderlich machen.¹⁶ Ebenso kommt es vor, dass andere Tumore, die histologisch¹⁷ als bösartig gelten, wiederum keine Beschwerden verursachen und therapeutisch eher überwacht als konkret behandelt werden, was als „abwartendes Vorgehen“ bezeichnet wird (vgl. RKI 2016: 22 f.).

Mit der Diagnostizierung einer Tumorerkrankung treten unmittelbar die angstbesetzten Assoziationen in Erscheinung, die durch die Bezeichnung „Krebs“ ausgelöst werden. Interessanterweise hat es sich erst in den vergangenen 20 Jahren durchgesetzt, dass Mediziner:innen den Betroffenen eine Krebsdiagnose mitteilen (vgl. Holmberg 2005: 155). Im Zuge der wachsenden Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Individuums „wird argumentiert, dass Patienten über ihr Schicksal nicht in Ungewissen gelassen werden dürfen, denn sie müssen selbst die Entscheidungen treffen, die ihr Leben betreffen. [...] Der Arzt als Entscheidungsträger entspricht nicht zeitgenössischen Konzepten des mündigen Patienten“ (Holmberg 2005: 155). Die aktive Beteiligung des Erkrankten am Prozess des Genesens wird hier besonders hervorgehoben (vgl. Schmidt 2008; Mazumdar 2004). Dies ist insofern problematisch zu sehen, als dass die Entscheidung über die Behandlung des Krebses trotz der betonten Mündigkeit der Patient:innen weiterhin auf der Grundlage bio-medizinischen Wissens getroffen wird (vgl. Holmberg 2005: 156). Verschwiegen wurde die Krebsdiagnose zuvor, da sie nicht nur

„ein Todesurteil ist (oder doch für eines gehalten wird), sondern weil sie als abszön [sic!] empfunden wird – im ursprünglichen Sinne des Wortes: als unter einem bösen Omen stehend, abscheulich, abstoßend für die Sinne. Die Herzkrankheit impliziert eine Schwäche, eine Störung, ein Versagen mechanischer Art; sie hat nichts Schändliches, nichts von jenem Tabu“ (Sontag 1996: 11).

Einer solchen Obszönität sollte ein/e Patient: in also nicht ausgesetzt werden; zumal der/die Mediziner:in in einer solchen Situation aufgrund der (bio-)medizinischen Kompetenzen lange als alleinige/r Entscheidungsträger:in verstanden worden ist (vgl. Holmberg 2005: 155; Borgetto/Kälbe 2007: 163 f.). Eine solche asymmetrische Beziehung zwischen Mediziner*innen und Patient*innen kommt beispielsweise in dem Verständnis der Kranken- und Arztrolle nach

16 Mit Blick auf das Sample der vorliegenden Dissertation soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass auch eine der Interviewpartnerinnen von einer Vorstufe des Brustkrebs betroffen gewesen ist. Aufgrund der radikalen Behandlung ist sie ins Sample aufgenommen worden. Für eine weitere Beschreibung und Differenzierung des Samples siehe Kapitel 4. Der Übersichtlichkeit halber wird im Folgenden dennoch einheitlich von „Brustkrebserkrankten“ gesprochen.

17 Bei einer histologischen Untersuchung wird das Zellgewebe untersucht und als bösartig oder gutartig charakterisiert (vgl. u. a. DKG/DKH/AWMF 2021: 110 f.).

Parsons (1958) zum Ausdruck.¹⁸ Inzwischen hat sich der Blick auf Mediziner:innen „entzaubert“ (Weber 1930) und die Rolle von Patient:innen verändert. Heute erscheint es nicht mehr als sinnvolle Option, Erkrankten ihre Diagnose zu verschweigen (vgl. Sontag 1996: 9). Im Zuge des „Wandel(s) der Patientenrolle“ (Hoefert/Klotter 2011) halten Ernst et al. (2014: 187) in einer soziologischen Forschungsarbeit fest, dass zwischen 16 und 50 Prozent der Patient:innen das Modell des „shared decision making“, also eine gemeinsam von Arzt/Ärztin und Patient:in getroffene Entscheidung, vorziehen. „Gleichwohl kann nicht davon ausgegangen werden, dass für eine Mehrheit der (onkologischen) Patienten eine Entscheidungsbeteiligung Ziel und Kriterium einer guten medizinischen Versorgung ist“ (Ernst et al. 2014: 191). Zumal sowohl die Diagnostik, Früherkennung, Behandlung als auch die Nachsorge nach wie vor von der medizinischen Disziplin und somit eines vorwiegend naturwissenschaftlichen, bio-medizinischen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit geprägt sind. Dabei ist interessant, dass bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen das systemische Modell des biopsychosozialen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses zugrunde gelegt wird. Die psychosoziale Onkologie, als Teilgebiet der medizinischen Onkologie, geht explizit davon aus, dass sich „das Krankheitserleben nicht auf das befallene Körperteil [...] beschränken“ (Schwarz/Singer 2008: 14) lässt.¹⁹ Die Psychologin Corinna Bergelt (2018), die ihren Schwerpunkt im Bereich psychosoziale Medizin hat, betont, dass die partizipative Entscheidungsfindung als vielversprechender Ansatz für ein patientenzentriertes Gesundheitswesen gesehen werden kann. Allerdings verlangt es den Ärzt:innen auch ein Mehr an kommunikativen Fähigkeiten. Denn es muss jeweils abgewogen werden, in welchem individuellen Ausmaß ein/e Patient:in an einer Entscheidung beteiligt sein möchte (vgl. Bergelt 2018: 303 f.). Dabei stößt der Kontakt von Betroffenen mit Mediziner:innen als Vertreter:innen des professionellen Systems einen spezifischen institutionellen Behandlungsablauf an. Zuvor spielen die subjektiven Vorstellungen, das sogenannte Laienwissen und subjektive Krankheitstheorien (vgl. dazu u. a. Faltermaier/Brütt 2009; Verres 1986; Hoefert 2011; Balmer et al. 2014), für die Bewertung von und den Umgang mit Symptomen eine essentielle Rolle. Hier entscheidet sich, ob Beschwerden als „harmlos“ oder „auffällig“ im Sinne von „pathologisch“ bewertet werden. Im letzteren Fall steht die Frage einer professionell-medizinischen Überprüfung im Raum (vgl. Stosberg/Stosberg 1991:365; Seltrecht/Nittel 2013: 113; Schaeffer/Haslbeck 2016: 246 f.).

18 Für eine weitere Auseinandersetzung mit dem Rollengefüge im Gesundheitswesen siehe auch Borgetto/Kälble (2007).

19 Zur Diskussion von bio-medizinischem und bio-psycho-sozialem Modell siehe zum Beispiel Schneider (2012), Franke (2012), Richter/Hurrelmann (2016).

Gerade die Krebserkrankung verursacht in frühen Stadien allerdings keine bis wenig Beschwerden, die zudem eher unspezifisch ausfallen können.²⁰ Auch in Ablauf und Gestaltung der medizinischen Diagnostizierung von Krebs fallen, laut der Pädagog:innen Seltrecht/Nittel (2013), im Vergleich zu anderen Erkrankungen, wie beispielsweise dem Herzinfarkt, wesentliche Unterschiede auf. Während beim Herzinfarkt das Blaulicht-Phänomen zu Tage tritt, also allein bei dem Verdacht auf einen Herzinfarkt ein Rettungswagen gerufen wird, um mögliche Schäden am Herzen zu verhindern, erfolgt die Diagnosestellung einer Krebserkrankung mehrstufig und dauert mindestens einige Tage, teilweise auch mehrere Wochen. Der Alltag wird nicht, wie beim Herzinfarkt, kurzzeitig komplett unterbrochen. Vielmehr können alltägliche Aktivitäten in der Zeit des Wartens auf die finale Diagnose weitergeführt werden (vgl. Seltrecht/Nittel 2013: 113 ff.). Anzunehmen ist dabei allerdings, dass dieser Alltag trotz Fehlen einer offiziellen Diagnose an Selbstverständlichkeit und Routine verliert. Allein die Möglichkeit, dass ein Krebsbefund bestehen *könnte*, wirkt sich vermutlich auf das Alltagsleben der Betroffenen aus.²¹

Die endgültige Diagnoseverkündung stellt dann insofern eine Belastung dar, als dass sie als soziale, emotionale, psychische Ausnahmesituation einen Schock auslöst.²² Die Psychoonkologin Sellschopp (1996) betont hier die Wichtigkeit des sozialen Umfelds, aber auch die Aufklärung und Unterstützung eines/einer Ansprechpartners/Ansprechpartnerin aus dem professionellen System, um die Betroffenen in dieser Situation emotional aufzufangen (vgl. Sellschopp 1996: 173; Stammer 2006). Denn die Diagnose „reißt die Menschen aus ihrer Alltagswirklichkeit heraus und stürzt viele in eine existenzielle Krise. Die Betroffenen werden schlagartig in eine Welt geworfen, die durch bestimmte Vorurteile gekennzeichnet ist“ (Künzler et al. 2012: 2). Der bisherige Alltag wird brüchig und der/die Betroffene realisiert durch die mit dem Tod assoziierte Diagnose den illusionären Charakter der bis dahin als beherrschbar und verstehbar gelebten Wirklichkeit. Der Sozial- und Rehabilitationswissenschaftler Gerdes (1986) beschreibt dies sehr eindrücklich als „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“. Diese Erfahrung ist zutiefst erschütternd und hinterlässt nachhaltige Spuren:

20 Vor diesem Hintergrund sehen Becker/Karsa (2006) die Früherkennungsuntersuchungen so kritisch, da hier beschwerdefreie Menschen adressiert werden (vgl. Becker/Karsa 2006: 307 ff.).

21 Wie emotional aufgeladen und angstgeprägt die sozialen Assoziationen mit dem Begriff „Krebs“ sind, zeigen die Abschnitte zur Krebspersönlichkeit (2.3.3) und der Stigmatisierung als Belastung (2.3.4).

22 Für eine sozialwissenschaftliche Betrachtung der Diagnosesituation siehe zum Beispiel Kirschning (2001), Holmberg (2005), Richter/Friebertshäuser (2013).

„Alle Sinnhaftigkeit, die man kennt, bezieht sich auf das Leben in dieser bekannten Welt - und in *der* ist man plötzlich nicht mehr zu Hause. Man kann sie zwar noch betreten [...] aber dies alles hat nun irgendwo keinen ‚Boden‘ mehr und hat den Sinn verloren, den es früher hatte“ (Gerdes 1986: 26; H. i. O.).

Die Diagnosesituation ist also insofern eine höchst komplexe Situation, als dass ein vormals gesunder Mensch hier in die Rolle des Kranken rutscht (vgl. u. a. Stosberg/Stosberg 1991; Borgetto 2016; Richter/Friebertshäuser 2013). Für die vorliegende Dissertation stellt sich die Frage, inwiefern die Belastungen des Diagnoseschocks für die Betroffenen auch noch in der Phase der beruflichen Rückkehr eine Rolle spielen. An die Diagnoseverkündigung sind verschiedene Behandlungsschritte angeknüpft, deren therapeutische Bandbreite eine Operation, Bestrahlung und/oder Chemo-Therapie samt medikamentöser Behandlungen umfasst. Als Konsens bei Brustkrebserkrankten sehen Seltrecht/Nittel (2013) die Überzeugung, dass der Tumor als „Fremdes“ entfernt werden sollte, doch damit stellt „die medizinische Therapie von Brustkrebs [...] dann eine deutliche Belastung, ja möglicherweise sogar den Beginn einer Verlusterfahrung dar [...] Die therapeutischen Reaktionen auf Brustkrebs rufen bei den betroffenen Personen also erst körperliche und seelische Schmerzen hervor“ (vgl. Seltrecht/Nittel 2013: 115f.). Obwohl die Behandlungen also den Zweck haben, die Gesundheit der Betroffenen langfristig wiederherzustellen und erhalten zu können, ist auch diese auf Kuration ausgerichtete Phase, die bei Krebserkrankungen bis zu zwölf Monaten dauern kann (vgl. DRV 2011: 19), ebenfalls mit erheblichen Belastungen verbunden.²³

2.2.2 Rehabilitation und Nachsorge

Nach der Behandlung nehmen in Deutschland die medizinische Rehabilitation und Nachsorge einen zentralen Stellenwert für die Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit ein (vgl. Rick et al. 2012; Mehnert et al. 2013).²⁴ „Die Rehabilitation in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht ist heute neben Kuration, Prävention und Pflege wesentlicher Bestandteil des Sozialversicherungssystems und der Gesundheitsversorgung in Deutschland

23 Auf das Belastungsspektrum im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung wird in Abschnitt 2.3 eingegangen. Für weiterführende Informationen zur Diagnose und Behandlung von verschiedenen Brustkrebstumoren siehe auch die aktuelle Version der „Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutschen Krebshilfe (DKH) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (DKG/DKH/AWMF 2021).

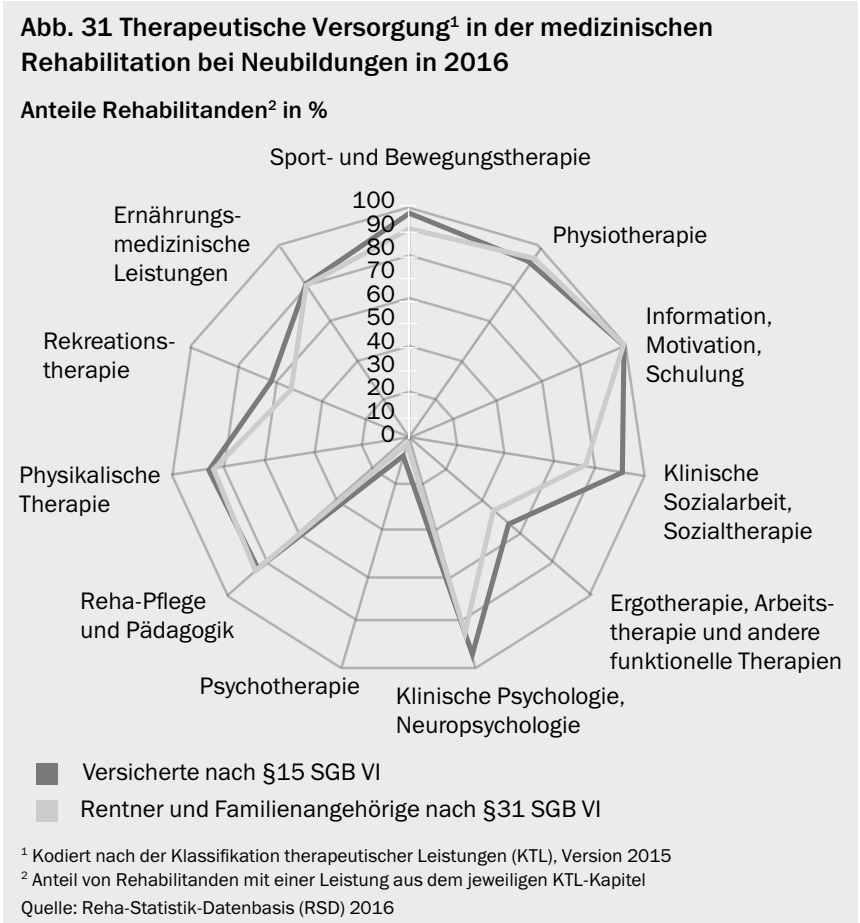
24 Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den internationalen Unterschieden siehe u. a. Hellbom et al. (2011) und Mehnert et al. (2013).

und damit tragende Säule in der Versorgung chronisch Kranker“ (Brüggemann et al. 2011: 401). Die medizinische Rehabilitation, die größtenteils nach Abschluss der Primärbehandlung als Anschlussheilbehandlung (AHB) absolviert wird, wird noch vom Akutkrankenhaus aus eingeleitet (vgl. DRV 2016: 24). Die Zahl der in Anspruch genommenen medizinischen Rehabilitationen ist im Zeitraum von 2006 bis 2016 um 30 Prozent gestiegen. Onkologische Rehabilitationen werden von Frauen häufiger in Anspruch genommen als von Männern.²⁵ Rund 53 Prozent der erwerbstätigen Frauen, die eine onkologische Rehabilitation durchführen, tun dies zudem aufgrund einer Brustkrebserkrankung (vgl. DRV 2018: 76 ff.). Die Brustkrebserkrankung macht außerdem rund ein Drittel aller Fälle der onkologischen Rehabilitationen aus (vgl. Pottins et al. 2009). Der Onkologe Hermann Delbrück schreibt in seiner einschlägigen Monografie zum Themenkomplex rund um Rehabilitation, Nachsorge und Palliation von spezifisch Krebsbetroffenen: „Die Rehabilitation Krebskranker hat u. a. zum Ziel, eventuelle berufliche Einschränkungen festzustellen und die berufliche Re-Integration der noch im Arbeitsleben stehenden Krebspatienten zu fördern“ (Delbrück 2003: 47). Um die Re-Integration ins Arbeitsleben zu erleichtern, ist es, laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wichtig, Handlungsbedarfe möglichst frühzeitig während der Rehabilitation festzustellen (vgl. BAR 2015: 32). Denn die Betroffenen „in ihrer Rolle als selbstverantwortliche Handelnde und Gestalter ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens“ (Brüggemann et al. 2011: 403) zu unterstützen ist dabei der Kerngedanke. In dieser Krankheitsphase wird ein bio-psycho-soziales Konzept von Gesundheit und Krankheit zugrunde gelegt, während in der Frage der Diagnostik und Behandlung der Krebserkrankung die medizinische Profession und ein (bio-)medizinisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit federführend gewesen ist (vgl. dazu Franke 2012; Richter/Hurrelmann 2016). Mit dem bio-psycho-sozialen Konzept werden nicht allein biologische Aspekte von Krankheit berücksichtigt, sondern demgegenüber auch die psychischen und sozialen Dimensionen betont. Die „Förderung von Eigenaktivitäten des/der Betroffenen“ (Brüggemann et al. 2011: 403) spielt dabei eine besondere Rolle, da es langfristig darum geht, die individuelle Bewältigung der Anforderungen aus den verschiedenen Lebensbereichen, wie Familie und Beruf, gezielt zu unterstützen. Die therapeutischen Bereiche, die in der Rehabilitation abgedeckt werden, sind vielfältig (vgl. Delbrück 2006; DRV 2018). Denn die Maßnahmen aus diesen Bereichen sollen „krankheitsbedingte Störungen einzelner Fähigkeiten (z. B. nicht mehr Treppe steigen können) sowie berufliche und soziale Beeinträchtigungen (z. B. nicht mehr lange hinter der Verkaufstheke stehen können, mit Verwandten und Freunden nicht mehr flüssig sprechen können) beseitigen oder zumindest lindern“ (vgl.

25 Zu dieser Beobachtung haben sich zum Beispiel Lehmann et al. (2012) der Frage nach psychosozialen Faktoren der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationen von Männern mit Prostatakrebs gewidmet (vgl. Lehmann et al. 2012).

Brüggemann et al. 2011: 401). Die Reha-Bereiche umfassen so u. a. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sowie ernährungsmedizinischen Angebote (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Therapeutische Bereiche der onkologischen Rehabilitation (vgl. DRV 2018: 82).



Dabei ist nicht zu unterschätzen, welche besondere Phase die Rehabilitation für die Betroffenen ist. Denn nach Abklingen des Diagnoseschocks und Abschluss der Akutbehandlung stellt sich bei einem Großteil der Erkrankten in diesem etwa dreiwöchigen stationären Aufenthalt die Erkenntnis ein, dass der zukünftige Alltag einige Anpassungsleistungen erfordern wird. Die Soziolog:innen und Rehabilitationswissenschaftler:innen Kardoff/Schönberger (2013) sehen die Reha hier als eine Art „Schutzraum“, der fernab von Alltagspflichten spezifische Lernprozesse der Betroffenen antreibt. Da es hierbei um krankheitsbedingte Veränderungen

geht, sind die bisherigen Selbstverständlichkeiten auch in dieser Phase weiterhin infrage gestellt. Mitunter färben Ängste das Lebensgefühl ein, sodass ersichtlich ist, dass die zukünftige Lebensplanung auch eine neue Rahmung der Identität erforderlich macht (vgl. Kardorff/Schönberger 2013: 248 ff.). Corbin/Strauss (1993) beschäftigen sich in diesem Zusammenhang in „Weiterleben lernen“ mit den Bewältigungsmustern im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Die Autor*innen filtern dabei die drei Bereiche Krankheit, Biografie und Arbeit heraus, innerhalb derer chronisch Erkrankte und ihre Familien normalisierungsstrategische Arbeit leisten müssten (vgl. Corbin/Strauss 1993). Der längerfristigen Auseinandersetzung mit den Krankheitsfolgen kommt u. a. im Rahmen onkologischer Nachsorge²⁶ eine besondere Bedeutung zu. „Onkologische Nachsorge und Rehabilitation überschneiden sich dort, wo es darum geht, das Risiko einer Wiedererkrankung und damit einer erneuten Behinderung zu reduzieren“ (Delbrück 2006: 1343). „Die Bedeutung der Nachsorge leitet sich dabei nicht nur aus der Notwendigkeit ab, die Effekte der Rehabilitation zu verstetigen“ (Bengel 2015: 1). Es geht auch darum, diese Effekte auf das alltägliche Umfeld und das Arbeitsleben zu übertragen. Dieser Transfer muss primär vom Betroffenen selbst geleistet werden, wie der „Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ der BAR betont:

„Hauptakteur für eine erfolgreiche Nachsorge ist der Rehabilitand selbst. Ihn zu sensibilisieren und zu motivieren, ist deshalb von zentraler Bedeutung. [...] Im Idealfall wird der Rehabilitand die Initialzündung der Rehabilitation nutzen, um eigeninitiativ den Reha-Erfolg [...] in den täglichen Lebensrhythmus zu festigen“ (BAR 2008: 25).

Institutionell umfasst die Nachsorge beim Mammakarzinom körperliche Untersuchungen, informativ-beratende Gespräche und psychosoziale Unterstützung (vgl. Gutzmann 2006: 55). Die körperlichen Untersuchungen werden durch Selbstab tastungen und eine regelmäßige Mammographie ergänzt, die sich an die abgeschlossene Primärbehandlung anschließt (vgl. Becker et al. 2012: 8). Aus der aktuellen Langversion der „Interdisziplinäre(n) S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ (2021) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutschen Krebshilfe (DKH) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) geht hervor, dass in den ersten drei Jahren nach Beendigung

26 Bezüglich der Nachsorge entzündet sich eine Debatte um die Frage, welchen Nutzen die Untersuchungen vor dem Hintergrund der psychischen Belastung dieser Termine für die Betroffenen tatsächlich haben (vgl. u. a. Gutzmann 2006; Becker et al. 2012). Für eine umfassende Darstellung verschiedener medizinischer Bereiche der Nachsorge siehe Delbrück (2003).

der Primärbehandlung eine besonders engmaschige Terminierung von medizinischen Nachsorgeuntersuchungen im Abstand von zwölf Wochen stattfindet (vgl. DKG/DKH/AWMF 2021: 302). Sukzessive werden diese Zeitspannen ausgedehnt.

Als eine besondere Herausforderung stellt sich die subjektive Erwartung von Betroffenen heraus, nach abgeschlossener Behandlung keinerlei Symptome mehr zu haben. Aus internationaler Forschung geht allerdings hervor, dass die Beendigung der Therapie nicht mit Beschwerdefreiheit gleichzusetzen ist: „Even when the symptoms of cancer have been successfully treated, the cancer survivor is likely to continue to experience a variety of troubling and debilitating symptoms“ (Sullivan et al. 2009: 212). Daher sind gezielte Angebote auch für Langzeitlebende wichtig, um die vielfältigen Herausforderungen von Betroffenen im Zeitverlauf zu erfassen und zu bewältigen (vgl. Schreiber/Gross 2019). Im englischsprachigen Raum hat sich dafür das Konzept des „Cancer Survivors“ bzw. „Cancer Survivorship“ etabliert. Volker Arndt (2019), Mediziner am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKfZ), zufolge ist die Verwendung der wörtlichen Übersetzung „Krebsüberlebende/r“ allerdings Gegenstand kontroverser Diskussionen, da nicht einheitlich definiert ist, was darunter zu verstehen ist (vgl. Arndt 2019: 158; Thong et al. 2018; Cheung/Delfabbro 2016). Der Nachsorge als Survivorship „ein neues Gesicht“ (Kleeberg 2018: 219) zu geben und als „integralen Bestandteil des Krebsbehandlungskontinuums“ (Arndt 2020: 66) zu verstehen, könnte die Notwendigkeit einer langfristigen Begleitung von Krebsbetroffenen herausstellen. Denn die Krebserkrankung und ihre Behandlung können auch Jahre nach Abschluss der Therapien noch komplexe Auswirkungen auf den Körper, die Psyche sowie die allgemeine Handlungsfähigkeit der Betroffenen haben.²⁷ Um situativ auf die jeweiligen Belastungen der einzelnen Erkrankten eingehen zu können, beziehen sich internationale Survivorship-Programme auf die Unterstützung über einen Zeitraum von mehreren Jahren, um so auch diejenigen Bedürfnisse erfassen können, die erst später im Erkrankungsverlauf auftreten (vgl. Schilling et al. 2014: 204). Denn „auch wenn seitens der Medizin von ‚Heilung‘ gesprochen wird, dann nämlich, wenn über einen bestimmten Zeitraum hinweg (‚Fünf-Jahres-Heilung‘) keine physischen Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so sind Kranken- und Krankheitsgeschichte Teile der individuellen und sozialen Lebensgeschichte geworden“ (Schwarz/Singer 2008: 14). Bei Brustkrebs soll bei der Nachsorge statt der üblichen Fünfjahresüberlebensrate aufgrund der spezifischen Tumorbiologie inzwischen eine Zehnjahresüberlebensrate berücksichtigt werden (vgl. DKG/DKH/AWMF 2021: 302). Allerdings haben sich, Arndt (2020) zufolge, Survivorship-Programme in Deutschland bisher noch nicht etabliert (vgl. Arndt 2020: 66). Angesichts des

27 Siehe zum Belastungsspektrum bei/nach Krebs Kapitel 2.3.

sich hier abzeichnenden generellen Forschungsbedarfs bleibt auch offen, inwiefern Nachsorge-Themen, wie die medizinischen Untersuchungen und die individuell zu leistende Verstetigung der Reha-Effekte, den Alltag der Betroffenen während der beruflichen Rückkehr prägen.

2.2.3 Die (gewandelte) Rolle von Erwerbsarbeit für Erkrankte

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist es sinnvoll, dass Menschen nach Abschluss ihrer Erkrankung möglichst wieder ins Arbeitsleben eingegliedert werden sollen (vgl. Steiner et al. 2009). „Es gilt hierbei der Grundsatz ‚Rehabilitation vor Rente‘, der das klare Ziel vorgibt, ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und damit eine (vorzeitige) Berentung aus gesundheitlichen Gründen möglichst zu vermeiden“ (Friemelt/Ritter 2012: 25). Damit ist gemeint, dass im Falle einer Erkrankung (oder Behinderung) zunächst spezifische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausgeschöpft werden sollen, bevor die Option der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente in Erwägung gezogen wird. Diese Maßnahmen sind institutionell im Sozialgesetzbuch verankert (vgl. Rick et al. 2012). Hier lässt sich ein veränderter Blick auf Erwerbsarbeit und Krankheit feststellen. Denn vor knapp 35 Jahren berichtet der Mediziner Heusser (1985) davon, dass Erwerbsarbeit sowohl von Laien als auch von Ärzt:innen als Belastung verstanden wird, die Krebspatient:innen angesichts der schweren Erkrankung in der verbleibenden Lebenszeit nicht mehr zugemutet werden sollte. Denn „die Zeit, die dem so Gezeichneten bleibt, sollte ihm doch nicht durch Arbeit schwer gemacht werden“ (Heusser 1985: 603). Heute stellt sich die gesellschaftliche Situation angesichts der alternden Bevölkerung, der sich wandelnden Arbeitswelt und der ausgeprägten Erwerbsorientierung in der Gesellschaft anders dar. Seit dem Wertewandel der 1980er Jahre erfüllt die Erwerbsarbeit für Arbeitnehmer:innen zwar noch immer die klassische Funktion der materiellen Existenzsicherung, aber soll darüber hinaus auch eine Plattform für Sinnstiftung und Selbstverwirklichung bieten. Der soziologische Begriff der „Subjektivierung von Arbeit“ rahmt diese Beobachtung (vgl. u. a. Baethge 1994; Kleemann/Matuschek/Voß 1999; Moldaschl/Voß 2002).

Um der wichtigen Rolle der Erwerbsarbeit für Krebspatient:innen Rechnung zu tragen, ist in Deutschland in den letzten Jahren die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) als integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation entwickelt worden. In diesem Rahmen gibt es verschiedene Angebote, die sich je nach Ausmaß der Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit staffeln. U. a. werden Arbeitsplatztrainings und Gruppenprogramme durchgeführt (vgl. dazu DRV 2019). Darüber hinaus findet eine Beschäftigung mit der berufsbezogenen Motivation der Betroffenen, aber auch ihren Schwierigkeiten, Beschwerden sowie ihrem Umgang mit Stress und Problemen am Arbeitsplatz

statt (vgl. Mehnert 2014: 668 f.) „By addressing the individual job demands and necessary skills to meet them, these programs aim to increase the chances of a sustainable participation in the labor market, especially for patients with more severe restrictions of their work ability“ (Wienert et al. 2016: 2/11).²⁸ Im Zuge der onkologischen Rehabilitation erfolgt so auch eine sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dem Onkologen Delbrück (2003) zufolge werden Krebsbetroffene sozialmedizinisch auf Basis derselben Kriterien eingestuft wie die Betroffenen anderer Erkrankungen (vgl. Delbrück 2003: 51). Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) gibt an, dass für die Beurteilung nicht die Diagnose, „sondern [...] Art und Umfang der Symptomatik sowie deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben“ (DRV 2011: 11) entscheidend sei. Die DRV hat eine Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Mammakarzinom-Betroffenen veröffentlicht, die die zugrunde gelegten Beurteilungskriterien aufzeigt. Dabei werden tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren, tätigkeitsbezogene individuelle Belastungsfaktoren und eine quantitative Leistungsbeurteilung unterschieden (vgl. DRV 2011: 19–27). Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Aspekte. Dabei zeichnet sich ein komplexes Bild hinsichtlich der Beurteilung der objektiven und subjektiven körperlichen Leistungsfähigkeit sowie des psychischen und psychosozialen Leistungsvermögens.

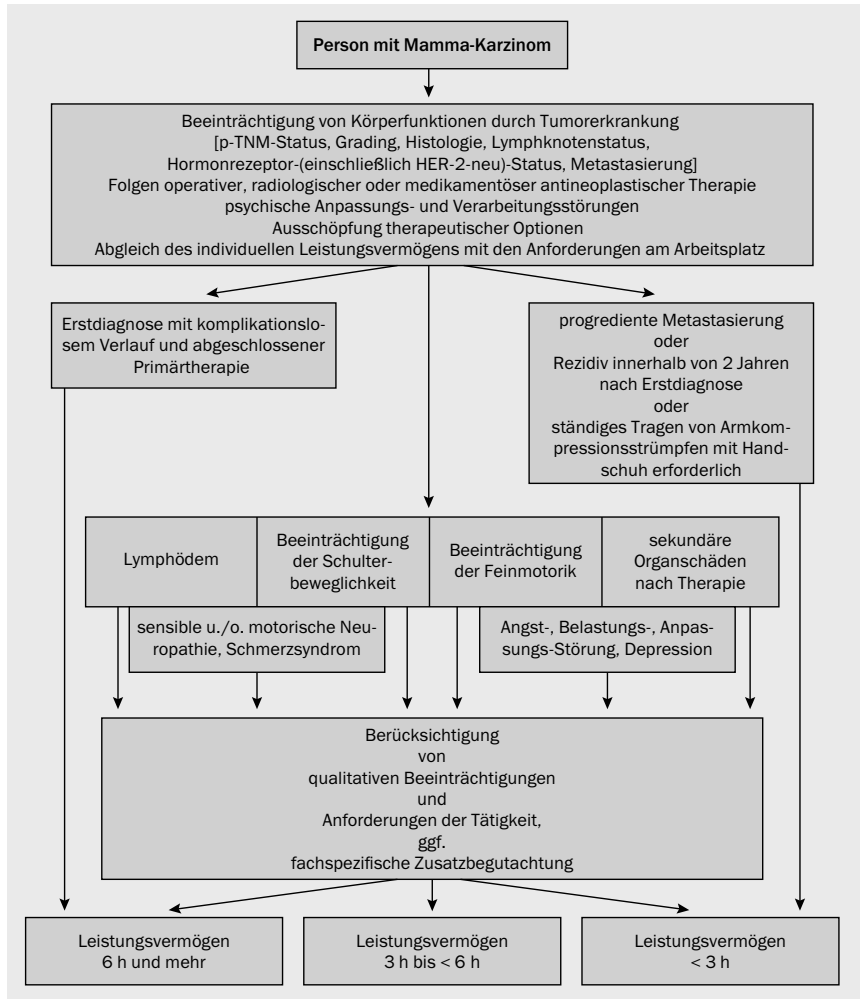
Eine Schwierigkeit lässt sich zum Beispiel darin sehen, dass für einige Faktoren objektivier- und messbare Kriterien zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel der die Mobilität des Arm-Schulter-Bereichs oder die zu erbringende Kraft zum Heben und Tragen von Gegenständen. In den Bereichen „Psychosoziale Belastungsfaktoren und Fatigue“²⁹, die zu den tätigkeitsbezogenen individuellen Belastungsfaktoren gezählt werden, wird hingegen lediglich auf die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation und/oder psychotherapeutischer Behandlungen verwiesen. Offen bleibt, wie die Betroffenen diese komplexe Beurteilung erleben und welche Lösungen für Fälle gefunden werden, in denen die objektivierten Kriterien an ihre Grenzen kommen. Also, wie wird jemand beurteilt, der körperlich in der Lage ist, sechs Stunden zu arbeiten, aber eine ausgeprägte Angst vor einer Wiedererkrankung zu bewältigen hat? Unklar ist auch, inwiefern es möglicherweise für Betroffene eine Schwierigkeit sein könnte, sich nach gerade erst abgeschlossener medizinischer Behandlung in psychotherapeutische Hilfe zu

28 Aus einer aktuellen Vergleichsstudie von Fauser et al. (2018) geht allerdings hervor, dass zwischen der Gruppe, die die medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) durchgeführt hat und der Gruppe, die eine konventionellen medizinischen Rehabilitation (MR) im onkologischen Bereich absolvierte, kaum Unterschiede festgestellt werden konnten. Allerdings haben Personen mit hohem Frühberentungsrisiko von den Maßnahmen der MBOR profitiert (vgl. Fauser et al. 2018).

29 Trotz der negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit von Krebsbetroffenen ist das Cancer-related Fatigue-Syndrom (CRF) bisher nicht als eigenständige Erkrankung in der ICD-Klassifikation aufgenommen worden (vgl. DRV 2011: 26).

begeben. Für die vorliegende Dissertation festzuhalten ist, dass sich hier potenzielle Spannungsfelder andeuten, die bisher noch nicht ausreichend erforscht sind.

Abbildung 2: Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei Mamma-Karzinom (vgl. DRV 2011: 28)



Schilling et al. (2014) sehen in Deutschland trotz der Reha-Maßnahmen zur Fokussierung der beruflichen Re-Integration ein Problem darin, dass sich die berufliche Re-Integration insbesondere für Patient:innen mit einem spezifischen Wiedereingliederungsbedarf nicht zügig genug an die medizinische Rehabilitation anschließt. „Sind die Patienten erst einmal längere Zeit auf sich gestellt,

nicht arbeitsfähig und im Krankengeldbezug, wird es immer schwerer, sie zum Handeln zu motivieren und in den Berufsalltag zurückzuführen“ (Schilling et al. 2014: 203). Ihr Vorschlag ist es, die beruflichen Integrationsmaßnahmen schon während der Behandlung und Rehabilitation beginnen zu lassen, um so einen begleitenden Rahmen zu schaffen. Der Vorteil eines solchen Vorgehens sieht die Onkologin darin, dass Krankheitsfolgekosten bzw. unnötige Sozialleistungen vermieden werden könnten (vgl. Schilling et al. 2014: 203 f.). Mehnert (2011a) argumentiert, dass die Motivation von Krebsbetroffenen für eine Rückkehr an die Arbeit besonders hoch ist. „Für viele Patienten stehen dabei die positiven Aspekte von Arbeit im Vordergrund, die neben der finanziellen Sicherheit vor allem die Aufrechterhaltung des Gefühls persönlicher Identität und Normalität sowie sozialer Beziehungen beinhalten“ (Mehnert 2011a: 1). Notwendig ist hier ein differenzierter Blick auf die Übergangsphase, um Kenntnisse darüber zu erlangen, wie die Betroffenen den Rückkehrprozess erleben und mit welchen Herausforderungen sie dabei möglicherweise konfrontiert sind. Bisher ist diese Phase allerdings im deutschen Raum kaum Gegenstand soziologischer Forschungen gewesen. Welche Faktoren und Maßnahmen derzeit rund um die berufliche Re-Integration von Krebspatient:innen thematisiert werden, wird im folgenden Kapitel anhand der Darstellung der interdisziplinären Forschungslandschaft aufgezeigt.

2.2.4 Die institutionelle Re-Integration erkrankter Menschen in das Erwerbsleben: Einflussfaktoren und Maßnahmen

Zahlreiche internationale Studien beschäftigen sich mit der Frage, welche Faktoren sich auf den Erfolg oder Misserfolg der beruflichen Rückkehr, auch „return to work“ genannt, auswirken. Vor allem Studien aus Skandinavien, den USA und Kanada lassen sich hier anführen.

Dabei geht aus der internationalen Forschungslandschaft insgesamt hervor, dass die Erwerbsarbeit einen essentiellen Normalitätsfaktor darstellt. „Participants’ desire to return to normality and distract themselves from the cancer was another major reason to return“ (Kennedy et al. 2007: 24). Der Stellenwert der Erwerbsarbeit bemisst sich allerdings nicht allein aus der Möglichkeit zur Selbstbestätigung und dem Kontakt zur (sozialen) Umwelt (vgl. Delbrück 2003: 47). Vielmehr erfüllt die Erwerbsarbeit insofern eine re-integrative Funktion, als dass sie die Erkrankten auch (wieder) mit dem Großteil der Bevölkerung vereint. Der US-amerikanische Mediziner John Peteet mit Schwerpunkten in psychosozialer Onkologie hält fest: „It allows individuals to express and to realize core values, such as creating new knowledge, contributing to society, or providing for one’s own. Identification with a guild or profession is an important component of one’s social role“ (Peteet 2000: 201). Eine Schwierigkeit bei der Rückkehr ist darin zu sehen, dass „many cancer survivors experience a dissonance between their

expectations (e. g., full remission with return to pre-morbid level of functioning) and their experience of life after treatment (e. g., a variety of physical and psychological concerns“ (Maytal/Peteet 2009: 106). Diese Schlussfolgerung zeigt sich auch in einem der aktuelleren Beiträge des renommierten deutschen Onkologen Peter Albers. Durch die erfahrenen Leistungseinschränkungen können demnach auch Arbeitsaufgaben, die vorher problemlos erledigt worden sind, nach der beruflichen Rückkehr nicht mehr in vollem Umfang erfüllt werden. „Wer nach der Therapie als quasi geheilt an den alten Arbeitsplatz zurückkehrt, sieht sich mit hohen Erwartungen an seine Leistungsfähigkeit konfrontiert, die er nicht immer erfüllen kann“ (Albers 2016: 449). Als wichtig erweist sich in diesem Zusammenhang immer wieder das soziale Berufsumfeld. Breit rezipierte skandinavische Studien u. a. von Johnsson et al. (2007) und Spelten et al. (2002) berichten davon, dass ein unterstützendes soziales Umfeld mitunter noch vor soziodemografische Merkmalen und der empfundenen körperlichen Erschöpfung der Krebsbetroffenen eine essentielle Rolle spielt (vgl. Johnsson et al. 2007: 95; Spelten et al. 2002: 124). Zu fragen ist hier also, wie sich der Kontakt zum Umfeld nach der Rückkehr konkret ausgestaltet.

Eine Studie des renommierten, US-amerikanischen Psychologen und Herausgebers der Fachzeitschrift „Journal of Cancer Survivorship“ Michael Feuerstein und Kolleg:innen (2007) ergibt, dass es zu Schwierigkeiten bei der Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse des Betroffenen kommen kann, da Vorgesetzte und Kolleg:innen unter Umständen nicht durchgängig Verständnis für die Leistungseinschränkungen der Betroffenen aufbringen (vgl. Feuerstein et al. 2007: 189; vgl. dazu auch Hoffman 2007). Neben Stigmatisierung und Diskriminierung kann es für Krebsbetroffene also auch problematisch sein, ihre krankheitsbedingt veränderten Bedürfnisse angemessen in die Gestaltung des Arbeitsplatzes einzubringen.³⁰ Eine der wenigen deutschen und zudem qualitativ ausgerichteten Studien stammt von der Forschungsgruppe um Psychologin Hilke Böttcher (2012). In dieser Studie haben Befragte von positiven Erfahrungen damit berichtet, ihrem beruflichen Umfeld von der Krebsdiagnose zu berichten. Dies soll zu einer optimistischen Einstellung zur Rückkehr an den alten Arbeitsplatz geführt haben (vgl. Böttcher et al. 2012: 31). Woran es bislang allerdings fehlt ist ein differenzierter Blick auf die berufliche Rückkehr auch unter dem soziologisch spannenden Gesichtspunkt der sozialen Rückkehr der Betroffenen in ein möglicherweise ebenfalls verändertes Kollegium. Noch offen ist also die drängende Frage, wie die Betroffenen diese Situation bzw. Phase vor dem Hintergrund ihrer monatelangen Abwesenheit erleben.

Gleichzeitig geht aus verschiedenen Studien ebenfalls hervor, wie wichtig die subjektive Perspektive der Betroffenen ist. So kann sich die subjektive Vorstellung,

30 Aufgrund der Komplexität dieser Thematik wird in einem späteren Abschnitt (2.3.4) gesondert auf die Stigmatisierung von Krebspatient*innen eingegangen.

die ein/e Betroffene:r von ihrer/seiner Krankheit hat, auf die Prognose zur Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. Verbeek/Spelten 2007; Boer et al. 2008; Mary Stergiou-Kita et al. 2016b). Zumal die Betroffenen je nach Dauer der Erkrankung versuchen, „wieder mehr Kontrolle über ihre Erkrankungen zu erlangen. Im Hintergrund steht die Erkenntnis, dass Laien über eigene gültige, subjektive Interpretationen und Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit verfügen“ (Richter/Hurrelmann 2016: 10). Interessant ist dabei die Forschung von Boer et al. (2008), die ergibt, dass die selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit von Krebsbetroffenen die tatsächliche Arbeitsfähigkeit stärker vorhersagt als Aspekte wie Alter, Diagnose, Lebensqualität und Fatigue. „This indicates that the ideas a cancer patient has about his or her work disabilities that result from the diagnosis and treatment of cancer are a reflection of the true work capabilities“ (Boer et al. 2008: 1346). Eine der wenigen qualitativen Studien in diesem Themenfeld stammt u. a. von der kanadischen Arbeitswissenschaftlerin Mary Stergiou-Kita et al. (2016b), die halbstandardisierte Interviews mit Krebsüberlebenden und Gesundheitsdienstleistern bzw. Dienstleistern aus dem Arbeitskontext geführt haben. Drei wesentliche Prozesse zur Bestimmung von Arbeitsfähigkeit von Betroffenen (work readiness) haben sie aus dem empirischen Material heraus gefiltert: „(1) assessing functional abilities in relation to job demands; (2) identifying survivor strengths and barriers to return to work; and (3) identifying supports available in the workplace“ (Stergiou-Kita et al. 2016b: 699), also die tätigkeitsabhängige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die Identifikation von Stärken und Schwierigkeiten des Erkrankten hinsichtlich der beruflichen Rückkehr sowie möglicher betrieblicher und kollegialer Unterstützung.

Insgesamt zeigt die dargestellte inhaltliche Komplexität, dass sich eine Systematisierung der internationalen Studien mit dem Ziel, zentrale Faktoren für eine gelingende berufliche Wiedereingliederung übergreifend herauszufiltern, als schwierig erweist. Eine von der deutschen Psychologin/Psychoonkologin Anja Mehnert (2011b) angefertigte breite Review von rund 64 Studien, die zwischen 2000 und 2009 rund um die berufliche Rückkehr von Krebspatient:innen international veröffentlicht worden sind, zeigt diese Schwierigkeit ebenfalls deutlich an (vgl. Mehnert 2011b). Der folgende Überblick hält zudem die enorme Bandbreite von Aspekten fest, die jeweils vorwiegend im Rahmen quantitativer Studien herausgearbeitet worden sind:

„*Soziodemografische Faktoren* wie das Alter, Geschlecht, Bildung, sozialer Status und das Einkommen; *medizinische Faktoren* wie die Art der Krebserkrankung, Krankheitsstadium und Behandlungen; *Funktionsstatus* wie vorhandene Funktionseinschränkungen, Schmerzen und Fatigue; *psychosoziale Faktoren* wie Angst, Depressivität, soziale Unterstützung und Lebensqualität sowie; *arbeitspezifische Faktoren* wie die Art der Arbeit, der Arbeitsstatus, Arbeitsanforderungen und Zufriedenheit“ (Mehnert 2011a: 2; H. i. O.).

Die Psychologin betont dabei, dass es eines tiefgehenden Verständnisses des alltäglichen Umgangs von Krebsbetroffenen mit ihren Einschränkungen bedarf, um passgenaue Interventionen und Maßnahmen entwickeln zu können, die die Betroffenen bei der Rückkehr unterstützen. Es braucht einen interdisziplinären Ansatz, um die psycho-onkologischen, psychosozialen, soziologischen und ökonomischen Verflechtungen der Erkrankung zu beleuchten (vgl. Mehnert 2011b: 128). Wie dem dargestellten Forschungsstand zu entnehmen ist, hat bisher erstaunlicherweise kaum eine soziologische Auseinandersetzung mit dieser besonderen Phase der Rückkehr aus einem medizinisch geprägten, krankheitsbezogenen Kontext in die Erwerbssphäre stattgefunden. Umso wichtiger erscheint es vor diesem Hintergrund für die vorliegende Dissertation, die Perspektive der Betroffenen innerhalb konkreter institutionalisierter Maßnahmen zu erfassen und so ein differenziertes Bild vom subjektiven Erleben dieser Rückkehrphase nachzeichnen zu können.

Doch nicht nur die inhaltliche Komplexität macht eine Systematisierung schwierig; auch die unterschiedlichen kulturellen, politischen, rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen spielen hier eine Rolle. Denn auch sie sind entscheidend für die Ausgestaltung der beruflichen Rückkehr (vgl. Roelen et al. 2011; Rick et al. 2012: 707; Verbeek/Spelten 2007). „Return to work is dependent on the nature of the social security system and many other social and cultural factors“ (Verbeek/Spelten 2007: 387). Global lassen sich verschiedene Sozialversicherungssysteme unterscheiden. Die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Bedingungen prägen dabei den gesellschaftlichen Umgang mit erkrankten Erwerbstätigen ebenso wie die auch Entscheidung der Betroffenen, staatliche Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Während Arbeitnehmer:innen in Deutschland beispielsweise ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit auf Entgeltersatzleistungen³¹ zurückgreifen können, steht Amerikaner:innen im Krankheitsfall lediglich 12 Wochen unbezahlten Urlaub zu, in denen ihnen zumindest ihr Arbeitsplatz erhalten bleibt (vgl. Mehnert et al. 2013: 2152). „This policy variation between the United States and the European Union certainly can influence decisions regarding work status at the time of treatment for cancer“ (Mehnert et al. 2013: 2152). Wie genau sich die Diskrepanzen zwischen den rechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen der verschiedenen Länder auf die Betroffenen auswirken, ist jedoch kaum erforscht.

In Deutschland ist die onkologische Rehabilitation die letzte Krankheitsphase, bevor die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit, entweder sofort oder sukzessive über eine stufenweise Wiedereingliederung (StW), ansteht (vgl. BAR 2020). Die StW ist dabei eine wesentliche Maßnahme zur Re-Integration

31 Dazu gehören Lohnfortzahlung des Arbeitgebers sowie Verletzen-, Kranken- und Übergangsgeld (vgl. BAR 2020: 18).

von leistungseinschränkten Arbeitnehmer:innen. Sie „ist als arbeitsrechtliche Maßnahmen mit sozialrechtlicher Flankierung erwiesenermaßen für eine nachhaltige Wiedereingliederung praktisch gut geeignet. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) bietet die Möglichkeiten, die jeweils speziellen Einzelfallfragen einer StW zu klären“ (Nebe 2012: 1801). Die StW wird im Fall von onkologischen Patient:innen, die im Anschluss an die Akutbehandlung eine medizinische Rehabilitation absolvieren, von der jeweiligen Rehabilitationsklinik angestoßen. „Es handelt sich um eine – unter Mitwirkung der ärztlichen Versorgung erfolgende – betriebsbezogene Maßnahme, die als Leistung der medizinischen Rehabilitation eine rehabilitativ-therapeutische Zielsetzung verfolgt“ (Anton-Dyck 2011: 69). Häufig wird sie als rein auf die Arbeitszeit bezogene Maßnahme (miss-)verstanden, obwohl sie auch die sukzessive Aufstockung und an die Leistungsfähigkeit betroffener Arbeitnehmer:innen angepasste Aufgabenorganisation umfasst. Der Vorteil einer stufenweisen Anpassung an die vormals ausgeübte Tätigkeit in zeitlichem und inhaltlichem Rahmen ist darin zu sehen, dass betroffene Mitarbeiter:innen die zu erfüllenden Anforderungen langsam an die eigene Leistungsfähigkeit anpassen können (vgl. BAR 2020: 12 f.; Plocher 2015; Delbrück 2003: 54 f.). Laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gibt es daher auch kein standardisiertes Verfahren, da jeweils eine individuelle Lösung gefunden werden muss, die ärztlich begleitet und bei Bedarf angepasst wird. Ein Zeitraum von maximal sechs Monaten sollte allerdings nicht überschritten werden. In dieser Zeit sind die Betroffenen (weiterhin) arbeitsunfähig geschrieben und beziehen (weiterhin) Entgeltersatzleistungen, die anteilig zum bisherigen Verdienst ausgezahlt werden (vgl. BAR 2020: 27 und 82). Die StW bedarf einer sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Erkrankten. Wird der Betroffene von einer Rehabilitationsklinik aus in die Erwerbstätigkeit entlassen, findet die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit in der Rehabilitationsklinik statt (vgl. BAR 2020: 47–50).³² „An der [konkreten, MSC] Umsetzung sind eine Reihe von Akteuren beteiligt: niedergelassene Ärzte, sozialmedizinische Dienste, verschiedene Rehabilitationsträger sowie Einrichtungen der Rehabilitation und nicht zuletzt die Arbeitgeber“ (o. A. 2011: 73). Die institutionalisierte berufliche Re-Integration sitzt demnach an einer Schnittstelle zwischen verschiedenen Disziplinen und strukturellen Akteuren. Schwierigkeiten, die hieraus erwachsen könnten, bilden sich auch in der Evaluation der Maßnahmen ab. So ist eine der wenigen evaluierenden Studien zum BEM als möglicher betrieblicher Rahmen zur Ausgestaltung der StW zu dem Ergebnis gekommen, dass die StW von „nahezu allen [befragten, MSC] Großbetrieben sowie von gut einem Drittel der Kleinbetriebe angeboten wird“ (Niehaus et al. 2008: 57).

32 Siehe dazu Abbildung 2.

Kleine Betriebe nutzen hingegen eher die Strategie der Anpassung der Arbeitsaufgaben, um erkrankte Mitarbeiter:innen wieder in die Arbeit zu integrieren (vgl. Niehaus et al. 2008: 57, aber auch Detka et al. 2019). Obwohl die Evaluation der Forschergruppe um die Arbeits- und Rehabilitationswissenschaftlerin Niehaus die gesetzliche Verankerung des BEM grundsätzlich bekräftigt, geht hier auch hervor, dass eine stärkere Professionalisierung und Standardisierung des Verfahrens hilfreich wäre, um Betriebe stärker in der Umsetzung des Eingliederungsmanagements zu unterstützen (vgl. Niehaus et al. 2008: 120 f.).³³ Besonders schwierig ist es für kleinere und mittlere Unternehmen (KMU), da sie kaum über die personellen und finanziellen Mittel verfügen, die für ein formelles BEM nötig sind (vgl. Ramm et al. 2012; Vater/Niehaus 2013: 17). Offen bleibt, inwiefern sich diese komplexe, strukturelle Ausgangslage rund um die berufliche Eingliederung von leistungseingeschränkten Menschen auch auf der subjektiven Ebene abbildet. Die vorliegende Dissertation will dazu beitragen, die Umsetzung struktureller Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen abzubilden, um so auch Potentiale für Anpassungen aufzuzeigen.

Denn seit 2004 sind Arbeitgeber verstärkt in der Verantwortung, die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Belegschaft zu sichern, indem jedem/jeder Arbeitnehmer:in, der/die innerhalb eines Kalenderjahres länger als (insgesamt) sechs Wochen arbeitsunfähig ist, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)³⁴ angeboten werden muss. Das BEM ist ein Bestandteil der betrieblichen Gesundheitspolitik, zu der auch der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung gehören (vgl. Jastrow et al. 2010: 134; BAR 2015: 32). Der Hintergrund dieser gesetzlichen Umgestaltung³⁵, die auf eine Verstärkung des präventiven Gedankens setzt, ist laut den Pädagog:innen bzw. Sozialökonom:innen Giesert/Wendt-Danigel (2011), in der sich wandelnden Arbeitswelt und der damit steigenden Anforderungen an Beschäftigte zu sehen. „Die Arbeitsplätze sollen auf der Grundlage der Arbeitsschutzgesetzgebung nicht nur nach ergonomischen Prinzipien gestaltet, sondern auch nach physischen wie psychischen Belastungen beurteilt werden, damit Gefährdungen erfasst, beseitigt bzw. gemindert werden können“ (Giesert/Wendt-Danigel 2011: 9 f.). Weiter ist es das Ziel, „Ansätze der Prävention, der Rehabilitation und der Integration zu einem individuellen Maßnahmenbündel für die betroffenen Beschäftigten zu schnüren“ (Knoche/Sochert 2013: 9). Das BEM umfasst dabei „risikogruppenbezogene,

33 Auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2013) beschreibt die Umsetzung des BEM, als wichtiges Element der betrieblichen Prävention, als „noch nicht zufriedenstellend“ (BAuA 2013: 23).

34 Zur Abgrenzung des BEM von Krankenrückkehrgesprächen siehe zum Beispiel Kische (2016).

35 Für eine Auseinandersetzung mit der Entstehungsgeschichte des BEM siehe zum Beispiel Herold/Missal (2014).

individuelle und vernetzte Maßnahmen der betrieblichen Prävention, Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements zur Minimierung arbeitsbezogener Gesundheitsrisiken und zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zur (Re-)Integration von Mitarbeitern mit Behinderungen“ (Niehaus et al. 2008: 111). Die Maßnahmen des BEM können verschiedene präventive Ausrichtungen haben, indem sie die Gesundheit der Belegschaft schützen, fördern oder wiederherstellen bzw. Arbeitsunfähigkeit vorbeugen, überwinden oder den Arbeitsplatz erhalten (vgl. Niehaus et al. 2008: 111; Britschgi 2011: 25; BAR 2020: 12 f.; Knoche/Sochert 2013: 9).³⁶ Kohte (2010) sieht allerdings eine Schwierigkeit darin, das BEM als betriebliches Instrument zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit zu verwenden, da in seinem Rahmen bestehende Beschwerden medizinisch nicht therapiert werden können (vgl. Kohte 2010: 375). Darüber hinaus ist vom Gesetz her nicht festgelegt, welche Maßnahmen im Rahmen eines Eingliederungsplans ergriffen werden sollten. Einen Umsetzungsstandard gibt es also, wie bei der StW als arbeitsrechtliche Maßnahme, nicht. Betrieblichen Akteuren bleibt hier die Möglichkeit, auf verschiedene Leitfäden und Orientierungshilfen zurück zu greifen (vgl. u. a. Lange 2012; Britschgi 2011; Giesert/Wendt-Danigel 2011; o. A. 2007; Richter 2014). Vor diesem Hintergrund schlägt Kohte (2010) vor, das BEM als „organisierten Suchprozess“ (Kohte 2010: 374) zu verstehen.³⁷ Sowohl die arbeits- und sozialrechtliche als auch die betriebliche Ausgangssituation für die berufliche Re-Integration von erkrankten Arbeitnehmer:innen zeigt sich derzeit also äußerst komplex.

Hinzu kommt, dass die gegenwärtige deutsche Forschung zur beruflichen Rückkehr stark auf psychische Belastungen und die Frage alter(n)gerechtes Arbeiten bezogen ist (vgl. u. a. Alsdorf et al. 2017; Rau 2015; Schwickerath 2015; Neckel/Wagner 2014; Schröder/Urban 2010; Lenhardt et al. 2010; Lenhardt/Priester 2005; Kistler 2008; Frerichs 2015). Die ebenfalls wachsende Patientengruppe der Krebserkrankten ist in der deutschen Forschung zur Wiedereingliederung erkrankter Menschen demgegenüber unterrepräsentiert. Für den in den vergangenen Jahren zu verzeichnenden Anstieg psychischer Erkrankungen wird der Wandel der Arbeitswelt, hier insbesondere die Intensivierung von Erwerbsarbeit, aber auch eine Entgrenzung von Arbeit und Leben, als wesentliche Antreiber gesehen (vgl. dazu u. a. Gottschall/Voß 2003; Kratzer 2003; Kratzer/

36 Diese Unterscheidung deckt sich mit der Differenzierung in epidemiologische Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Zänker/Becker 2006: 279).

37 Detka et al. (2019) haben sich mit den individuellen Eingliederungsprozessen in kleinen Unternehmen beschäftigt und verstehen diese als von Betrieb und Betroffenen gemeinsam ausgehandelten und gestalteten Suchprozess (vgl. Detka et al. 2019).

Sauer 2003).³⁸ Um die gewachsene Gruppe der psychisch Erkrankten wieder in die Erwerbstätigkeit zu bringen, werden Orientierungs- und Anleitungshilfen für diese spezifische Gruppe erstellt (vgl. Scharnhorst 2013; Freigang-Bauer/Gröber 2011). Dabei geht aus dem Arbeitspapier von Freigang-Bauer/Gröber (2011) hervor, dass sich die Situation der Eingliederung von psychisch Erkrankten als schwierig erweist, da entsprechend angepasste Arbeitsplätze fehlen. Die aktuell verdichtete Arbeitssituation lässt den Betrieben darüber hinaus nicht genug Zeit, eine/n erkrankte/n Mitarbeiter:in wieder einzugliedern (vgl. Freigang-Bauer/Gröber 2011: 37 f.). Mit Blick auf die bisher kaum erforschte Rückkehr-Situation von Krebserkrankten sind zwei Aspekte spannend, die aus der bisherigen arbeitswissenschaftlichen und psychologischen Erforschung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hervorgehen: Zum einen ist es die Tabuisierung der psychischen Erkrankungen, die die Beziehung zwischen Kolleg:innen aufgrund der nicht einschätzbaren Verwundbarkeit des Betroffenen belasten kann (vgl. Freigang-Bauer/Gröber 2011: 37 f.). Zum anderen ist es die Schwierigkeit, die der Psychologe Stefan Leidig (2015) darin sieht, dass „psychische Erkrankungen [...] nicht einfach durch arbeitsbezogene Strategien zu bewältigen (sind). Wir haben es hier nicht mit chemischen oder physikalischen Belastungen zu tun, die durch bestimmte verhältnispräventive Interventionen wie etwa Schutzkleidung beeinflusst werden können“ (Leidig 2015: 85). Diese beiden Aspekte können interessante Anhaltspunkte für die Perspektive der vorliegenden Dissertation bieten, da beide Faktoren auch für die Krebserkrankung von Bedeutung sein könnten.

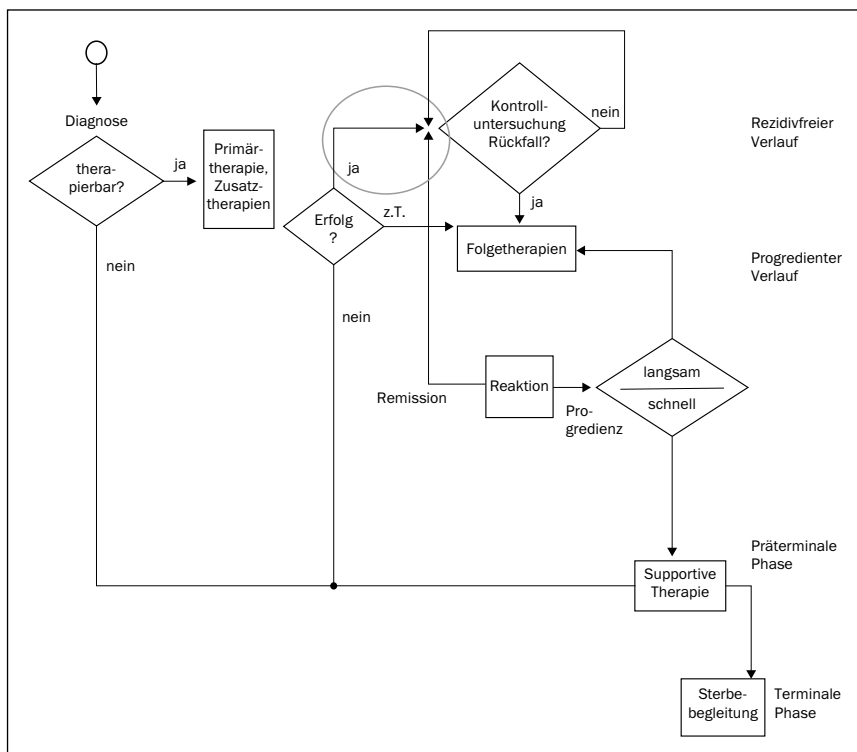
Um die Folgen der krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen von Krebsbetroffenen verstehen und besser einordnen zu können, wird im Folgenden ein differenzierter Blick auf das Belastungsspektrum mit/bei/nach einer Krebserkrankung dargestellt.

2.3 Belastungsspektrum bei/nach Krebs

Das Belastungsspektrum einer Krebserkrankung wird nicht allein durch körperliche Einschränkungen, sondern auch von psychosozialen und emotionalen Belastungen geprägt. Eine besondere Komponente ist dabei der Faktor „Zeit“.

38 In Verbindung mit einer Entgrenzung von Arbeit und Leben – verstanden als Aufweichen bestehender Strukturen der Arbeitsorganisation, was zu mehr Freiheiten, aber auch zu mehr Unsicherheiten führen kann – sind auch Entwicklungen, wie zum Beispiel die Subjektivierung (vgl. Kleemann/Matuschek/Voß 1999; Moldaschl/Voß 2003), Flexibilisierung und Tertialisierung von Arbeit (vgl. Bosch/Weinkopf 2011; Böhle 2011), zu berücksichtigen.

Abbildung 3: Klinische Verlaufsphasen Krebs (vgl. Gerdes 1986, zit. nach Schwarz/Singer 2008: 66; Kreis-Markierung MSC)³⁹



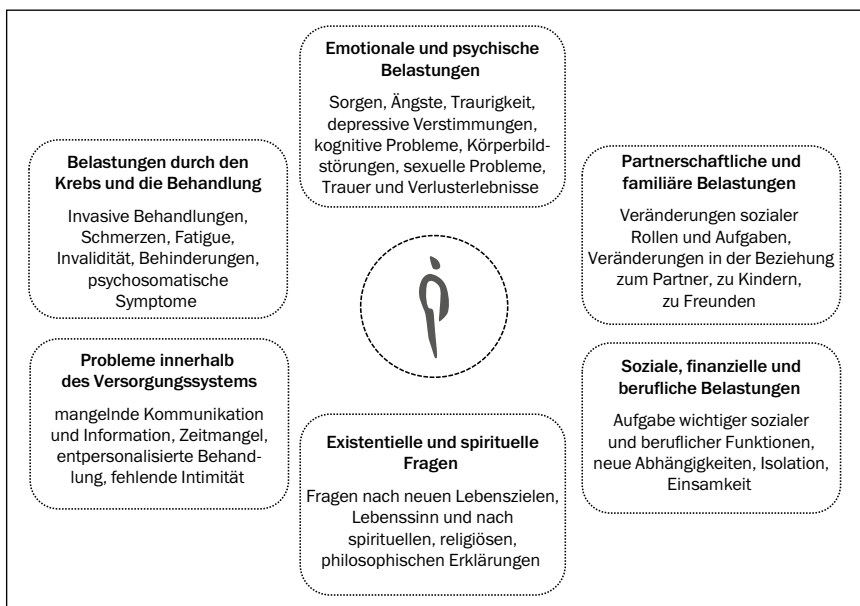
Die Abbildung 3 zeigt die klinischen Verlaufsphasen⁴⁰ bei Krebserkrankungen nach dem Sozial- und Rehabilitationswissenschaftlers Nikolaus Gerdes (1986). Dabei ist die für das Forschungsinteresse der vorliegenden Dissertation relevante Phase, die berufliche Rückkehr nach Abschluss der Primärtherapie und

39 An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass für mich im Beitrag von Gerdes (1986), auf den Schwarz/Singer (2008: 66) hier verweisen und auf den ich mich ebenfalls an anderen Stellen der Dissertation stütze, weder eine solche Abbildung noch die entsprechenden Informationen, aus denen sich diese Abbildung erstellen lässt, zu finden sind. Da diese Abbildung allerdings funktional ist, also die klinischen Verlaufsphasen übersichtlich darstellt, wird sie für die vorliegende Dissertation dennoch verwendet.

40 Es gibt eine Vielzahl verschiedener Modelle zur Krankheitsverarbeitung und -bewältigung in verschiedenen Krankheitsphasen. Da Krebs immer mehr Züge einer chronischen Erkrankung annimmt, können in diesem Zusammenhang auch Bewältigungs- bzw. Verlaufmodelle chronischer Erkrankungen interessant sein. Siehe dazu zum Beispiel Schaefer (2009). Darüber hinaus sind u. a. das Trajektmodell (Corbin/Strauss 1993), das Modell der Patientenkarrieren (Gerhardt 1986) und das Modell der Erleidenskurven (Schütze 2006) in diesem Zusammenhang von Interesse. Für eine spezifische Beschäftigung mit Sterbephase siehe zum Beispiel Kübler-Ross (2009).

Rehabilitation, in der Abbildung in Form eines Pfeils zu sehen, der den Erfolg der Primärtherapie bejaht (siehe Markierung mit Kreis). Aus der Abbildung geht dabei hervor, dass die Krebserkrankung mit dem gelungenen Abschluss der Therapie nicht abgeschlossen ist, sondern in eine Abfolge der Kontrolluntersuchungen mündet. Wie die Betroffenen diese Kontrollschleifen vor dem Hintergrund ihrer Rückkehr in den beruflichen Alltag erleben, ist bisher in der soziologischen Forschung kaum beachtet worden. Es fehlt an einem differenzierten Blick auf diese besondere Phase, von der unklar ist, welche Rolle es für die Betroffenen spielt, dass sie auch nach Abschluss der Behandlung immer wieder mit der Erkrankung konfrontiert sind.

Abbildung 4: Belastungsspektrum bei/nach Krebs (vgl. Mehnert 2010: 15)



Die Belastungen, die durch die Krebserkrankung und -behandlung entstehen, reichen von körperlichen, psychischen, kognitiven Einschränkungen bis hin zu ökonomischen und sozialen Veränderungen. Die Abbildung 4 zeigt das breite Spektrum der Belastungsfaktoren.

Im Zuge der Erkrankung kommt es zur Erschütterung des bisherigen Selbstbilds und das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit ist bedroht. Gleichzeitig kann das Körpervertrauen geschwächt sein und während der Behandlung nimmt die physische Leistungsfähigkeit (erst einmal) ab. Auch Erinnerungs- und Sprachschwierigkeiten können auftreten. Unter Umständen kommt es ebenfalls zu Veränderungen im Aussehen, körperlichen Funktionsstörungen, Veränderungen in Beziehungen und sozialen Rollen (vgl. Mehnert 2014: 666 f.;

Richter/Friebertshäuser 2013: 320). Das ist insofern interessant, als dass sich die Lebensqualität der Betroffenen durch die Therapie der Erkrankung gerade auf lange Sicht verbessern soll, aber die hiermit einhergehenden Einschränkungen dennoch von erheblicher Dauer sind. Eine prospektive Studie aus dem Iran hat die Auswirkungen von Brustkrebsdiagnose und -behandlungen auf die Lebensqualität der betroffenen Frauen über einen Zeitraum von 18 Monaten untersucht. Dabei berichten Montazeri et al. (2008) von „problems with global quality of life, pain, arm symptoms and body image“ (Montazeri et al. 2008: 330); auch noch 18 Monate nach der Diagnose.

Spezifische Beeinträchtigungen bei Brustkrebs können auf körperlicher Ebene u. a. Lymphödeme, Einschränkungen in der Mobilität des Arm-Schulter-Bereichs, Polyneuropathien und Schmerzen sein (vgl. Delbrück 2003: 73–80). Doch neben körperlichen Schwierigkeiten haben Krebsbetroffene immer wieder auch mit vielfältigen psychosozialen Belastungen zu kämpfen. Die sogenannte Progredienzangst⁴¹ bezeichnet die Sorge vor einem erneuten Auftreten der Krankheit oder einem Fortschreiten des Krebses (vgl. Esser/Kuba 2019; Lebel et al. 2017; Lee-Jones et al. 1997). Sie geht damit einher, dass mit einer Krebserkrankung nach wie vor die biologische Endlichkeit und Sterben verbunden wird: „Another important meaning that many cancer survivors ascribe to their illness is its inexorable link with death. During diagnosis and treatment, patients must struggle with the fact of their own mortality and find some way to accommodate to it“ (Maytal/Peteet 2009: 106). Auch wenn die Betroffenen nicht an der Erkrankung gestorben sind, ist das Wissen um die unausweichliche Endlichkeit des Lebens eine Belastung, wie eine einschlägige australische Studie von Little/Sayers (2004) zeigt. Hier werden drei Formen der Orientierung an eben jener potenziellen Mortalität unterschieden, die sich wiederum nach Krebsstadium differenzieren lassen (vgl. Little/Sayers 2004). Das soziale Umfeld kann bei diesen Belastungen einerseits sehr unterstützend und aufbauend für die Erkrankten sein (vgl. u. a. Schulz/Schwarzer 2003, 2004; Knoll/Burkert 2009). Andererseits können die Erwartungen und eine mögliche Überfürsorge von Familie, Freund:innen und Arbeitskolleg:innen den Betroffenen auch vor große Herausforderungen stellen (vgl. Holland/Reznik 2005: 2627).⁴² Wie stark die körperlichen Spuren im Vergleich zu den sozialen Nachwirkungen sind oder wie nachhaltig kognitive Folgen im Unterschied zu finanziellen Herausforderungen für den Betroffenen zu spüren sind, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Dazu gehören u. a. die

41 Vehling et al. (2012) kommen in einer systematischen Literaturanalyse zu dem Schluss, dass ein bedeutender Anteil der Krebspatient*innen im Verlauf der Erkrankung mindestens ein Mal an einer Angst- bzw. affektiven Störung entsprechend den psychiatrischen Klassifikationssystemen leidet.

42 Nicht zu unterschätzen sind hier die Belastungen, mit denen auch das nahe soziale Umfeld von Krebsbetroffenen durch die Erkrankung konfrontiert sind, wie die soziologische Arbeit „Mit dem kranken Partner leben“ von Schönberger/Kardorff (2004) aufzeigt.

Krebsart, das Erkrankungsstadium zum Zeitpunkt der Diagnose, die absolvierten Behandlungen sowie die Unterscheidung in Erst- oder Rezidiv-Erkrankung. Das dargestellte Spektrum zeigt die komplexe Bandbreite der möglichen Nachwirkungen, die eine Krebserkrankung nach sich ziehen kann.

Zur inhaltlichen Vertiefung der Komplexität des Belastungsspektrums werden im Folgenden das Fatigue-Syndrom als eine häufig auftretende Folgeerscheinung, der normativ geprägte Ätiologie-Diskurs sowie das kontrovers diskutierte Modell der Krebspersönlichkeit erläutert. In diesem Zusammenhang wird im letzten Abschnitt des Kapitels der Forschungsstand zur Stigmatisierung von Krebsbetroffenen im Arbeitskontext als eine weitere, potenzielle Belastungsquelle dargelegt.

2.3.1 Fatigue-Syndrom als krebsspezifische Belastung

Fatigue, auch Cancer-related Fatigue-Syndrom (CRF), wird ein Erschöpfungssyndrom genannt, das für die Betroffenen sehr belastend ist, weil es plötzlich und aus scheinbar unerklärlichen Gründen auftreten kann (vgl. Vries et al. 2009: 175). Eine weitere Problematik erzeugt das multidimensionale Ursachengefüge, das diesem Syndrom zugrunde liegt. Die komplexen Verstrebungen aus einerseits biologischen Faktoren und andererseits psychosozialen Aspekten erschweren dabei die Erstellung passgenauer Interventionsmaßnahmen (vgl. Minton et al. 2013). Die Erschöpfungserscheinungen sind dabei unter Umständen nicht nur temporär, sondern können auch chronisch werden (vgl. Vries et al. 2009: 170). Für die Betroffenen entzündet sich hier also ein Spannungsfeld rund um die Unsicherheit im Auftreten sowie der Behandlung dieser Folgeerscheinung. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass Fatigue nicht nur die Fähigkeit, alltäglichen Aktivitäten nachzugehen, beeinflusst, sondern sich auch negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. Sullivan et al. 2009: 225; Spelten et al. 2003). Die deutsche Psychologin/Psychoonkologin Anja Mehnert (2011a) kommt in ihren Analysen zu dem Schluss, dass es „zum Teil starke krebs- und behandlungsbedingte Einschränkungen und eine verringerte Lebensqualität bei bis zu 32 % der Patienten (gibt), und etwa die Hälfte der Patienten arbeitet mit Einschränkungen“ (Mehnert 2011a: 3). Als vielversprechender Ansatz zur Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz wird vor diesem Hintergrund das moderate Ausdauer- und/oder Krafttraining gesehen (vgl. u. a. Dimeo et al. 1999; Dimeo 2001; Wilde-Gröber 2005). Denn: „Die Mechanismen der Aktivitätssteigerung führen zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Steigerung der Leistungsfähigkeit und Stimmung. Unklar bleibt jedoch die genaue Dosis-Wirk-Beziehung, d. h. die Passung zwischen Krebsart, Krankheitsstadium und Intensität des Sportprogramms“ (Vries et al. 2009: 177). Doch offen bleibt hier auch, wie die Betroffenen praktisch im Alltag mit den Einschränkungen umgehen und welche

ad-hoc-Lösungen sie für bzw. in denjenigen Momenten finden, in denen Leistungseinbrüche unmittelbar spürbar sind.

Für die vorliegende Dissertation ist dabei auch die Frage nach der Differenzierung verschiedener Lebensbereiche interessant. Denn vorstellbar ist, dass ein plötzlicher Leistungsabfall in der häuslich-privaten Umgebung anders erlebt wird als im beruflichen Kontext, der von (Arbeits-)Leistung als konstitutives Merkmal geprägt wird (vgl. dazu Dröge et al. 2008). In dieser spezifisch leistungsgeprägten Sphäre aufgrund von krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen bestimmte Aufgaben nicht mehr erfüllen zu können, vermag denkbar belastend zu sein. Immerhin ein Drittel der Krebserkrankten im erwerbsfähigen Alter kehrt aufgrund hoher beruflicher Anforderungen nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurück (vgl. Ernst et al. 2017b: 305). Doch es bleibt bisher unklar, an welchen Punkten es zu Diskrepanzen kommt und inwiefern die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit auf der anderen Seite auch dazu beitragen kann, die Erschöpfungssymptome zu lindern, indem wieder die „normalen“ Anforderungen des vorherigen Alltags bewältigt werden müssen. Die vorliegende Dissertation will an dieser Lücke ansetzen und die berufliche Rückkehr von Krebspatient:innen differenziert in den Blick nehmen.

2.3.2 Normative Ätiologie der Krebserkrankung

Die Krebsätiologie ist interdisziplinär durch mitunter kontrovers geführte Debatten gekennzeichnet. Ein Großteil der Forschung zur Frage der Krebsentstehung ist von der Idee angetrieben, über die Kenntnisse zur Entstehung auch Maßnahmen zur Heilung der Erkrankung ableiten zu können. Die hier zugrundeliegende Idee, die Krebserkrankung so ausrotten bzw. heilen zu können, wird allerdings auch sehr kritisch betrachtet. Der Mediziner David Spiegel (1996), der seinen professionellen Schwerpunkt u. a. im Bereich psychosomatischer und onkologischer Forschung hat, hält diese Fokussierung auf Heilung für unangebracht. Vielmehr sollte der Pflege der Betroffenen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, um psychosoziale Belastungen noch mehr abzumildern (vgl. Spiegel 1996: 180). Ähnlich argumentiert auch der deutsche Onkologe Ulrich Kleeberg (2018). Seit den 1990er Jahren zeichne sich die Erkenntnis ab, dass die Mortalitätsrate des Krebses sich zwar stetig verringern ließe, die Inzidenzrate aber unverändert bzw. sogar steigend sei (vgl. Kleeberg 2018: 218 f.). Mit Blick auf die bisherige onkologische Forschung resümiert er: „Es ist offenkundig, dass man sich für das Gros der Krebserkrankungen zunehmend vom Gedanken einer ‚Ausrottung‘ hin zu einer Eindämmung umorientieren muss. Die Zunahme von Krebs ist auch in Deutschland ein überwiegend gerontologisches Problem“ (Kleeberg 2018: 227). Diese Debatte bildet einen spannenden Aspekt im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Erkrankungen im Allgemeinen und so auch mit

der Krebserkrankung ab. Denn „mit den dominierenden Vorstellungsmustern von den Krankheitsursachen (ist) auch der legitimationsfähige gesundheits-, umwelt- und sozialpolitische Spielraum für Interventionen und Kompensationen abgesteckt und vorgegeben“ (Kühn 2001: 12). Der Ätiologie-Diskurs ist also höchst normativ geprägt, denn: „Über den Verursachungsdiskurs wird Verantwortung verteilt im doppelten Sinne von Schuld und Verhaltensverpflichtung“ (Kühn 2001: 12).

Für eine inhaltliche Vertiefung im Rahmen der vorliegenden Dissertation lassen sich drei Gruppen von Faktoren unterscheiden, die zur Erklärung von Krebsentstehung herangezogen werden: (1) äußere Gegebenheiten, (2) Verhaltensweisen und Lebensstilfaktoren sowie (3) persönlichkeitsbezogene Merkmale.

Klassischerweise wird die Krebsentstehung aus einem naturwissenschaftlichen Blickwinkel (1) betrachtet. Die Deutsche Krebshilfe schreibt beispielsweise auf ihrer Homepage: „Krebszellen entstehen, wenn sich bestimmte Abschnitte der Erbsubstanz (Gene) verändern, diese Veränderungen nicht mehr repariert und die Erbinformationen dadurch ‚verfälscht‘ werden. Je älter der Mensch wird, desto unzuverlässiger arbeitet das Reparatursystem der Gene“ (vgl. Deutsche Krebshilfe o. J.).⁴³ Die Krebsentstehung wird hier biologisch als eine Genmutation beschrieben, womit sich die Sozialmedizinerin Nicola Wolf (2001) in ihrem Beitrag über den Wandel des Krankheitsverständnisses von Krebs kritisch auseinandersetzt. Sie hält das bisherige Ergebnis des kontroversen Ätiologie-Diskurses wie folgt fest:

„Seit spätestens Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts sind die Rohzutaten der Krebsverursachung bekannt: Krebs wird verursacht durch Chemikalien in der Luft, im Wasser und in Lebensmitteln, durch Gewohnheiten wie Rauchen und falsche Ernährung, durch schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte Regierungen, Pech mit der genetischen Ausstattung und der Kultur, in die man hineingeboren wurde“ (Wolf 2001: 64).

Bestimmte Krebsarten können also einerseits durch den Kontakt mit Chemikalien oder giftigen Stoffen, wie Asbest oder Benzol, verursacht werden. Durch einen dauerhaften Umgang mit diesen Gefahrenstoffen steigt so das Risiko dafür, an Krebs zu erkranken (vgl. Kleihues 2008). Das RKI zählt dabei auch chronische Infektionen, wie durch Humane Papillomviren (HPV) oder Hepatitis B- und C-Viren, zu den beeinflussbaren Risikofaktoren (vgl. RKI 2016: 23). Im Allgemeinen spielt beim Krebs die Infektionsgefahr im Vergleich zu klassischen

43 Siehe dazu die Homepage der Deutschen Krebshilfe: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/was-ist-krebs/>.

Infektionskrankheiten wie AIDS, Tuberkulose, Malaria aber eine eher geringe Rolle.⁴⁴

Daneben machen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) andererseits aber auch sogenannte Lebensstilfaktoren (2) einen beträchtlichen Anteil der Krebserkrankungen aus. Dazu zählen Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum, eine ungesunde Ernährungsweise, Übergewicht und mangelnde körperliche Bewegung, die für einen beträchtlichen Anteil der weltweiten Krebsbürde verantwortlich sein sollen (vgl. WHO o. J.; siehe dazu u. a. auch RKI 2016: 23; Becker/Seitz 2008; Zänker/Becker 2006)⁴⁵. Im Umkehrschluss empfiehlt die WHO zur Eindämmung von Krebs vor allem aufklärende Projekte und Programme, die an die Eigenverantwortlichkeit der Menschen appellieren. Die Relevanz solcher Interventionen wird auch durch eine aktuelle soziologische Studie von Roick et al. (2020) bekräftigt. Hieraus geht hervor, dass Krebsbetroffene, bedingt durch ihren sozioökonomischen Status, gewisse Risikofaktoren, wie zum Beispiel Alkoholkonsum, nicht als solche einschätzen und es demnach an spezifischer Aufklärung fehlt (vgl. Roick et al. 2020). Insgesamt hält Wolf (2001) fest, dass sich die Suche nach Krebsursachen von Faktoren in der Umwelt zu individuellen, biologischen Defekten verschiebt, was angesichts der Bedeutung, die die Vorstellung von einer Krankheitsursache für die Legitimation von Behandlungen und Interventionen hat, nicht unerheblich ist (vgl. Wolf 2001; aber auch Kühn 2001; Nagel 1996; Hausen 1996; Matthiessen 1996). Dabei macht es einen großen Unterschied, ob der Kontakt mit Asbest, das tägliche Zigarettenrauchen oder gar die eigene Konfliktscheu als Keimzelle von Krebs verstanden wird.

Dieser letzte Aspekt deutet die letzte der drei Gruppe von Faktoren an: die persönlichkeitsbezogenen Merkmale (3). Hierbei entzündet sich im internationalen Diskurs ein besonderes Spannungsfeld, das auch für die vorliegende Dissertation von Interesse ist. Denn das in diesem Zusammenhang bekannte, kontroverse Modell der Krebspersönlichkeit lässt mögliche psychosozialen Belastungsquellen verständlich werden, die von der mystifizierten Vorstellung der Krebserkrankungen und in der sozialen Dimension von der Stigmatisierung⁴⁶ der Krebsbetroffenen herrühren.

44 Eine aktuelle Studie von Martel et al. (2019) zeigt, dass in 2018 weltweit 2,2 Millionen infektionsbedingte Krebsdiagnosen gestellt worden sind, was in etwa 13 Prozent der gesamten Krebserkrankungen ausmacht. Da sich diese Art der Krebserkrankung über präventive Maßnahmen vergleichsweise gut eindämmen lassen würde und sich in den für die Studie verwendeten Daten des GLOBOCAN Hinweise auf eine Verbindung zwischen Krebs durch Papillomaviren und dem Einkommensniveaus eines Landes finden lassen, betonen die Autor*innen der Studie die Relevanz von cancer prevention programmes, die auf eine entsprechende Aufklärung in gefährdeten Ländern abzielen (vgl. Martel et al. 2019).

45 Siehe dazu auf der Homepage der WHO: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2.

46 Siehe dazu Abschnitt 2.3.4 zur Stigmatisierung als Belastung (am Arbeitsplatz).

2.3.3 Kontroverse um das Modell der Krebspersönlichkeit

Die Krebspersönlichkeit, auch als „Typ C“ oder „cancer-prone type“ bezeichnet, soll die Figur des Krebskranken näher beschreiben. Dieses Modell besagt, dass Menschen, die in ihrem Leben an Krebs erkranken, eine spezifische Persönlichkeitsstruktur aufweisen, in deren Rahmen sie zu Nervosität, affektiven Spannungsstörungen und innerer Anspannung neigen (vgl. Temoshok 1987; Grossarth-Maticcek 1979; Grossarth-Maticcek/Eyseneck 1990; Eyseneck 1988). Der Soziologe Grossarth-Martinek (1979) beschreibt den Typ C als konfliktscheu, gehemmt, nervös und erläutert die von ihm angenommene Verbindung von Psyche und Krebserkrankung folgendermaßen:

„Das Bindeglied zwischen der sozialen und biologischen Natur ist das nervliche und hormonelle System. Wenn ein Mensch chronisch blockiert ist, seine Bedürfnisse zu äußern und sich in seiner Bedürfnisäußerung in einer ausweglosen Situation befindet, dann kann es tatsächlich dazu kommen, daß [sic, MSC] ein nervlicher Impuls ausgelöst wird, der über noch unbekannte pathophysiologische Prozesse zur Krebsentstehung beiträgt“ (Grossarth-Maticcek 1979: 254).

Auch die Psychologen Lermer (1982) und Pohler (1989) gehen davon aus, dass Krebs eine psychosomatische Krankheit ist, die mit Lebenswillen und Selbstheilung zu besiegen ist. „Sogar für jene Skeptiker, die es als zu wenig bewiesen erachten, daß Carcinomerkrankungen durch eine bestimmte psychische Struktur [...] begünstigt werden, bleibt ja doch die Tatsache, daß Krebs spätestens ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung als psychosomatische Krankheit zu betrachten ist“ (Pohler 1989: 9). Dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob Persönlichkeitsspezifische Aspekte, wie das Bedürfnis nach sozialer Harmonie und einer konfliktvermeidenden Haltung, tatsächlich die *Ursache* für die existenzielle Krebserkrankung ist oder diese Art der Verhaltensweisen eher als *Folge*⁴⁷ der Erfahrung dieser bedrohlichen Erkrankung zu sehen sind, scheint hier wenig Beachtung zu bekommen. Lermer (1982) formuliert es drastischer: „Wenn jemand eins ist mit sich selbst, hat der Krebs keine Chance, sich irgendwo festzusetzen. In diesem Fall hat die Krebszelle keinen Angriffspunkt, um sich festzuhaken“ (Lermer 1982: 14). Die hierdurch vermittelte Botschaft, dass eine Krebserkrankung aufgrund eines inneren Ungleichgewichts entsteht, vermag für Betroffene eine enorme Belastung zu erzeugen. Denn hier wird mit den persönlichkeitsbezogenen Merkmalen ein Bereich angesprochen, den ein Individuum kaum zu verändern im Stande ist. „Von einem grundsätzlich kritisch bis pessimistisch eingestellten Menschen im Angesicht einer Krebsdiagnose zu verlangen, jetzt

47 Siehe dazu auch das dargestellte Belastungsspektrum von Krebserkrankungen in Kapitel 2.3 und dabei insbesondere die Abbildung 4.

positiv zu denken, stellt für diesen eine Überforderung dar und erzeugt zusätzlichen Stress, also genau das Gegenteil des Beabsichtigten“ (Künzler et al. 2012: 11). Dabei ist die Diagnosesituation grundsätzlich ein Schockmoment, sodass eine mögliche Überbetonung des positiven Denkens zusammen mit der Qual eines rückblickend offensichtlich „falsch“ gelebten Lebens – und als eben jene Botschaft muss die Idee, sich den Krebs durch Konfliktscheu oder Hemmungen selbst zugezogen zu haben, verstanden werden – überaus belastend sein dürfte. Der „Zwang“ zum positiven Denken kann hier unter Umständen so stark sein, dass er sich negativ auf die Behandlung auswirkt.

Gleichwohl spiegelt sich in der Idee von der Krebspersönlichkeit auch eine Strömung wider, die sich im Zuge der Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Individuums für seine Gesundheit (und damit auch für seine Krankheit) beobachten lässt. „Krank und schuldig?“ fragt die Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt in ihrem 2008 erschienenen Monografie „Eigenverantwortung haben immer die Anderen“ und kritisiert diese gesellschaftliche Entwicklung: „Krankheit mutiert zur individuellen Fehlleistung, die Kranken sind als eigenverantwortliche Subjekte nicht mehr Opfer gesundheitsriskanter Lebensbedingungen, sondern tatverdächtig aufgrund ihrer mangelhaften Anstrengungen zur gesundheitsorientierten Selbstoptimierung“ (Schmidt 2008: 157). Dabei spielt der Aspekt der Eigenverantwortung sowohl im Alltag des modernen Individuums als auch für die Ausgestaltung struktureller Angebote auf sozial- bzw. gesundheitspolitischer und betrieblicher Ebene eine zunehmend größere Rolle (vgl. Mazumdar 2004; Schmidt 2008; Kickbusch 2006; Schmidt 2010; Richter/Hurrelmann 2016).⁴⁸ Gesundheit ist gegenwärtig mehr nur als der „Leitbegriff der Medizin“ (Schmidt 2018: 44). Gesundheit und Gesundsein werden, im Sinne eines homöostatischen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit, als Normalität verstanden, demgegenüber Krankheit als zu behebende Störung und Normabweichung aufgefasst wird (vgl. Franke 2012: 45 ff.). Die Medizin ermöglicht es, diese gesundheitliche Normalität mithilfe von naturwissenschaftlichen Kriterien messbar zu machen (vgl. Schmidt 2008: 136 f.). Dank technischer Hilfsmittel, wie Uhren mit Schrittzählerfunktion und Pulsmesser sowie Handyapps, mit deren Hilfe sich an jedem Ort zu jeder Zeit die Aufnahme von Kalorien mit

48 Dass die Idee der Eigenverantwortung im gesundheitlichen Kontext, mit Kühn (1993) auch als „Healthismus“ zu bezeichnen, gerade für den modernen Menschen eine solche Attraktivität ausstrahlt, lässt sich sozialwissenschaftlich mit dem Aufweichen der Bedeutung von religiösen und familiären Strukturen für das Individuum begrifflich machen (vgl. dazu Schmidt 2008: 136; vgl. Kühn 1993). Schäfer (2018) stellt in diesem Zusammenhang die Frage, ob Gesundheit als Religionsersatz gesehen werden kann. Der Autor beschreibt eine Vielzahl an Indizien, die diese These bekräftigen, so u. a. die zunehmende Bedeutungszuschreibung der Gesundheit als Voraussetzung für ein erfülltes Leben, die Spiritualisierung bestimmter Gesundheitsbemühungen und eine Orientierung am „Heil- und Ganzsein“, die auch Religion auszeichnet (vgl. Schäfer 2018).

entsprechender Aufspaltung der verschiedenen Nährstoffe eintragen lassen, soll es jedem Individuum möglich sein, seine Rolle als „Co-Produzent von Gesundheit“ (vgl. Badura 1994: 24; dazu u. a. auch Hoefert/Klotter 2011) auszugestalten. Das „Quantified Self“ (vgl. dazu Lupton 2016; Duttweiler et al. 2016) bedient sich Strategien des Self-Tracking, um die Kontrolle über seinen Körper zu haben. Das Konzept der Krebspersönlichkeit, das einerseits umstritten, andererseits aber auch nach wie vor verbreitet ist, setzt an eben jenem menschlichen Bedürfnis nach Kontrolle, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung an. „Der Mythos einer Krebspersönlichkeit hängt zusammen mit dem Bedürfnis der Menschen, Kontrolle über ihr Leben zu haben. Die Diagnose Krebs stellt eine massive Bedrohung der Illusion von Kontrolle dar. Um Angst zu bannen, können auch abstruse Theorien hilfreich sein“ (Scholz 2011: 39). So könnte also auch das Modell der Krebspersönlichkeit für Betroffene mitunter eine Fluchtmöglichkeit aus einer durch die Krebsdiagnose erschütterten Alltagsroutine sein. Es vermag in gewisser Weise sogar ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und/oder Kohärenz⁴⁹ der Erkrankten anzusprechen, indem vermittelt wird, dass neben dem selbstverschuldeten Auslösen der Erkrankung auch die Chance besteht, eine weitere Erkrankung durch ein zukünftig achtsameres Leben zu verhindern.

Auch die Schriftstellerin und Philosophin Susan Sontag (1996) sieht einen solch mystifizierten Blick auf die Krebserkrankung als Ausdruck einer nicht vollständig aufgeklärten Ätiologie sehr kritisch: „So glauben heute viele, daß Krebs eine Krankheit unzureichender Leidenschaft sei, die diejenigen befallt, die sexuell unterdrückt, gehemmt, unspontan sind und unfähig, Wut auszudrücken“ (Sontag 1996: 26). Dass sich dabei die Art der Gefühle, deren Unterdrückung Krebs verursachen soll, im Laufe der Zeit durchaus wandeln, macht an dieser Stelle zwei Dinge deutlich: Zum einen die Normativität und soziale Einbettung von Krankheitsursachen und zum anderen die Relevanz der soziologischen Auseinandersetzung mit diesen medizinisch geprägten Themenkomplexen für eine differenzierte Perspektive (vgl. dazu u. a. Richter/Hurrelmann 2016). „In der früheren, eher optimistischen Form dieser Phantasie waren die unterdrückten Gefühle sexueller Natur; heutzutage stellt man sich [...] vor, daß die Unterdrückung gewalttätiger Regungen krebsverursachend sei“ (Sontag 1996: 27). In all diesen Beschreibungen schwingt die Unzulänglichkeit des erkrankten Menschen mit, was, laut Sontag (1996), nicht dazu beiträgt, den Krebs als eben das zu sehen, was es ist: eine Krankheit. Vielmehr führt es zu einer Demoralisierung der Erkrankten,

49 Als Kohärenzgefühl bezeichnet der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky die globale Orientierung des Menschen, also sein Blick auf die Welt und sein eigenes Leben darin. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sind die drei Säulen des Kohärenzgefühls (vgl. Antonovsky 1980: 123 f., 1997: 33–36). In Bezug auf die Krebsbewältigung werden im psychoonkologischen Bereich diverse Angebote zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, Resilienz und Selbstheilungskräfte zur Verfügung gestellt (vgl. Diegelmann/Isermann 2011; Carlson/Specia 2013; Geuenich 2013).

die einsetzt, sobald sie erfahren, welche Krankheit sie haben (vgl. Sontag 1996: 9). Der Psychoonkologe Schwarz (1994) drückt dabei sein Erstaunen darüber aus, dass das Modell der Krebspersönlichkeit trotz schwacher empirischer Grundlage weit verbreitet ist und sich hartnäckig hält. Und das obwohl die homogenen Beschreibungen des C-Typus bei gleichzeitig „verblüffender Uneinheitlich der Daten“ (Schwarz 1994: 99) auf wissenschaftliche Unzulänglichkeiten hinweisen. Immer wieder gibt es Studien, die die Theorie der Krebspersönlichkeit noch einmal aufgreifen und der Frage, ob bzw. inwiefern Persönlichkeitsmerkmale für eine Krebserkrankung ursächlich sein können, nachgehen.⁵⁰ Dabei scheinen sich die durchwachsenen Ergebnisse vergangener Studien zur Krebspersönlichkeit zu reproduzieren. Eine aktuelle Studie von Reuter (2008) widmet sich diesem Thema im Rahmen einer prospektiven Studie und setzt so dem wohl zentralsten Kritikpunkt bisheriger Studien eine angemessenere methodische Grundlage entgegen. Ihr Sample umfasst 180 Frauen, denen sie zwölf Jahre nach einer Erstuntersuchung zur Krebsfrüherkennung im Rahmen einer follow-up-Erhebungswelle Fragebögen zugeschiedt hat. Die Erstuntersuchung war zwölf Jahre vorher erfolgt und hatte Frauen in das Sample eingeschlossen, die ohne Krebsdiagnose zur Früherkennungsuntersuchung gegangen waren. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen zwar, dass die Frauen, die in der Zwischenzeit an Krebs erkrankt waren, im Vergleich zu den Nicht-Erkrankten öfter über Nervosität und innere Unruhe klagten, insgesamt aber wenige signifikante Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppen gefunden werden konnten. Aufgrund der geringen Fallzahl sieht die Autorin ihre Ergebnisse darüber hinaus in ihrer Aussagekraft geschmälert (vgl. Reuter 2008: 59 ff.). Psychologische Forschung von Amelang/Schmidt-Rathjens (2003) weist ferner darauf hin, dass sich durch die allgegenwärtige Betonung von verhaltensbezogenen Faktoren auf die Entstehung von Krebs auch das Phänomen selbst verändert haben kann: „Beispielsweise mögen Personen ihre Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten modifiziert haben, nachdem sie zur Kenntnis nehmen mussten, dass beide Bereiche von Bedeutung für die Entstehung bzw. Vermeidung von Krebs und KHK⁵¹ sind“ (Amelang/Schmidt-Rathjens 2003: 20). Unklar ist, welche Rolle die Frage rund um einen persönlichkeitsbezogenen Anteil an der Entstehung von Krebs für Betroffene in dieser Phase, also auch für die Rückkehr in die Erwerbsarbeit als einen wesentlichen „Normalitätsbereich“, bedeutet. Die Beleuchtung der Krebserkrankung als Stigma soll hier zur inhaltlichen Vertiefung beitragen.

50 Schwarz/Singer (2008) haben eine Auflistung verschiedener Studien zum Thema Krebs durch Psyche angefertigt, die das Ergebnis gemeinsam haben, dass es keinen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Krebs gibt (vgl. Schwarz/Singer 2008:34 ff.).

51 KHK meint koronare Herzerkrankung.

2.3.4 Stigmatisierung als Belastung am Arbeitsplatz

Die Stigmatisierung als soziale Komponente einer mystisch eingefärbten Perspektive auf die Krebserkrankung kann eine enorme Belastungsquelle für Betroffene sein; insbesondere mit Blick auf die soziale Rückkehr in das Kollegium. „Als Stigmatisierung wird ein sozialer Zuschreibungsprozess bezeichnet, in dessen Folge es zu einer sozialen Abwertung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund bestimmter körperlicher oder psychischer Merkmale oder Eigenschaften kommt“ (Ernst et al. 2016: 113). Lungenkrebspatient:innen⁵² sehen sich beispielsweise besonders häufig mit Stigmatisierungen bezüglich der Ursache ihrer Erkrankung konfrontiert. So wird angenommen, Betroffene müssen starke Raucher:innen gewesen sein. Ebenso werden Frauen mit Gebärmutterhalskrebs häufig mit promiskuitiven Verhalten in Verbindung gebracht. Diese Vorstellungen Außenstehender hängen maßgeblich von bisher fehlendem Kontakt zu Krebspatient:innen sowie der Annahme, selbst gut gegen Krebs geschützt zu sein, ab (vgl. Ernst et al. 2016: 112f.). Die folgende Passage, die auch Gerdes (1986) in seinem Beitrag „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ anführt, verdeutlicht die Komplexität dieses Sachverhalts:

„Über ein Jahr war ich fortgewesen und bereits wieder einige Monate zu Hause, als man mich in einer Gesellschaft fragte, wo ich denn so lange gesteckt habe. ‚Ich war krank‘ – ‚Und was fehlt Ihnen?‘ – ‚Krebs!‘ – antwortete ich ... Die Gesichter erstarrten, peinlichst berührt. Es entstand eine Pause, betretenes Schweigen. Dann wurde der Kuchen gelobt, der Tee, das feine Porzellan gepriesen. Ein Krebskranker gilt als Todeskandidat. Einen solchen aber unter sich zu haben, empfinden die Menschen als Zumutung, als Einbruch in ihre vielgepriesene und unzulängliche Ordnung. Unzulänglich deshalb, weil wichtige Lebensphänomene wie Krankheit und Tod, auch Geburt und bis vor kurzem Sexualität keinen Platz darin haben, Einer, von dem man annimmt, dass er ‚todkrank‘ ist, stört die Stimmung, den Ablauf der Unterhaltung, ja das ganze bisschen Lebensgefühl“ (Heyst 1982: 9).

Hier lässt sich gut erkennen, dass das mit Krebs assoziierte Leiden aufseiten des sozialen Umfelds gewissermaßen „als Projektionen verdrängter Ängste, z. B. vor körperlicher Versehrtheit und Tod“ (Ernst et al. 2016: 113) zutage treten kann. Als Folge wird die Erkrankung als Gesprächsthema ausgespart und/oder der Kontakt zur erkrankten Person möglicherweise sogar vermieden. „Schon dem bloßen Namen solcher Krankheiten wird magische Macht zugeschrieben“ (Sonntag 1996: 8). Da seit dem Beispiel von Gerdes (1986) mehr als 30 Jahre vergangen

52 Eine einschlägige qualitative Studie aus England mit 45 Lungenkrebspatient*innen hat ergeben, dass gerade diese Krebsart so stark mit dem Rauchen verbunden wird, dass sich die Betroffenen von Außenstehenden für ihre Krankheit verantwortlich gemacht fühlen; selbst wenn die Erkrankten Nichtraucher waren (vgl. dazu Chapple et al. 2004).

sind, stellt sich die Frage, inwiefern die Mystifizierung von Krebs und die Stigmatisierung von Krebserkrankten gegenwärtig tatsächlich noch eine Rolle spielt. Die Philosophin Susan Sontag (1996) hat in ihrem Essay „Krankheit als Metapher“ die Mystifizierung des Krebses problematisiert und betont: „Jede Krankheit, die man als Geheimnis behandelt und heftig genug fürchtet, wird als im moralischen Sinne ansteckend empfunden. So sehen sich überraschend viele Menschen mit Krebs von Verwandten und Freunden gemieden“ (Sontag 1996: 8). Wie im vorliegenden Forschungsstand bis zu dieser Stelle schon aufgezeigt worden ist, hat sich seitdem objektiv betrachtet einiges verändert: Die Krebssterblichkeit ist gesunken, die Früherkennungsmöglichkeiten sind gewachsen, die Behandlung der Erkrankung ist mitunter weniger radikal. Die Zahl der Krebsüberlebenden zeigt deutlich, dass die Krankheit insgesamt „handhabbarer“ geworden zu sein scheint. Es findet mittlerweile auch eine breite, mediale Thematisierung von Krebs statt. Nicht nur Menschen des öffentlichen Lebens berichten von ihren Krankengeschichten. Auch „der medizinische Laie hat viele Möglichkeiten, sich mit dem Thema Krebs auseinanderzusetzen“ (Seltrecht 2005: 173); wenngleich für die subjektive Bewertung der Erkrankung, neben der öffentlichen Berichterstattung, vor allem die biografischen Vorerfahrungen der Betroffenen von Bedeutung sind. In ihrer Studie kommt die Pädagogin zu dem Ergebnis, dass Frauen mit einschneidenden biografischen Erlebnissen, wie schweren körperlichen Einschränkungen oder Kriegssituationen, eine Brustkrebserkrankung als demgegenüber weniger schwerwiegend empfinden. Interessanterweise ist es aber auch hier die ungeklärte Ätiologie des Krebses, die die Erkrankung dennoch mit „Angst, Leid und Tod“ (Seltrecht 2005: 174) in Verbindung bringt.⁵³ Und so lässt sich festhalten, dass „selbst viele ‚geheilte‘ Patienten [...] unter dem Stigma ‚Krebs‘ fortwährend in einem Zustand gesteigerter Verwundbarkeit“ (Schwarz/Singer 2008: 95)⁵⁴ leben – ein Aspekt, der die Relevanz einer differenzierten Beleuchtung des Alltags nach abgeschlossener Krebsbehandlung untermauert.

Gerade im erwerbsbezogenen Kontext können sich für die Betroffenen vor diesem Hintergrund enorme Schwierigkeiten rund um die Frage der Thematisierung der Krebserkrankung ergeben. Die US-amerikanische Juristin Barbara Hoffman (2008) empfiehlt Betroffenen in ihrem rechtlichen Ratgeber⁵⁵ sogar, das Wort

53 Siehe zur normativen Ätiologie der Krebserkrankung Abschnitt 2.3.2.

54 Die in diesem Zusammenhang oft verwendete Metapher des Damoklesschwert zielt auf die Unvorhersehbarkeit ab, mit der die Krebsdiagnose den Alltag der Betroffenen erschüttert, und die wiederum auch das Leben der Betroffenen nach Abschluss der Behandlung prägt (vgl. dazu Künzler et al. 2012: 3; Hebert et al. 2016).

55 Es gibt verschiedene Ratgeber, die US-rechtlich relevante Fragen von Krebsbetroffenen beantworten sollen, wie „Ist es illegal für einen Arbeitgeber, mich wegen meiner Erkrankung zu diskriminieren?“ oder „Kann ich Krankenurlaub nehmen, ohne meinen Job zu riskieren?“ (vgl. Hoffman 2008; Hoffman 2007; siehe dazu auch noch das Handbuch von Feuerstein 2007).

„Krebs“ in Gesprächen mit Vorgesetzten und Kolleg:innen zu vermeiden und stattdessen eher die genaue Krebsart, also im Falle von Brustkrebs das Mammakarzinom zu nennen (vgl. Hoffman 2008: 10). Es scheint, als ließen sich auch mehr als 20 Jahre nach der Veröffentlichung von Sontags Essay noch Hinweise dafür finden, dass folgende Gleichung nach wie vor gilt: „Ungeachtet allen Fortschritts bei der Krebsbehandlung unterschreiben viele Menschen immer noch Groddecks Gleichung: Krebs = Tod“ (Sontag 1996: 23). Einschlägige Studien sowie Beiträge aus den USA und Skandinavien weisen darauf hin, dass Krebsbetroffenen im Vergleich zu Menschen mit anderen gesundheitlichen Einschränkungen weniger Aufgaben, also weniger Leistungsvermögen zugetraut wird. Sie haben darüber hinaus ein höheres Entlassungsrisiko, geringere Gehälter und sind von einer erschwerten Suche nach Arbeitsplätzen betroffen. Die soziale Gruppe der weißen, älteren Frauen tragen hier ein besonderes Risiko (vgl. McKenna et al. 2007; Bouknight et al. 2006; Hoffman 2008; Egmond et al. 2015; Boer et al. 2009).

In den USA ist das Risiko des Arbeitsplatzverlusts allerdings höher als in Europa: „Results of this meta-analysis show that cancer survivors are 1.37 times more likely to be unemployed than healthy control participants. [...] Survivors in the United States were at 1.5 times higher risk of unemployment than survivors in Europe“ (Boer et al. 2009: 760). Eine breit rezipierte kanadische Studie von Maunsell et al. (2004) zur Arbeitssituation nach Brustkrebs hatte demgegenüber keine Hinweise dafür gefunden, dass Frauen mit Brustkrebs tatsächlich Diskriminierung am Arbeitsplatz erleben (vgl. Manusell et al. 2004: 1813). Aus einer deutschen Studie von Seifart et al. (2016) geht wiederum hervor, dass für Krebspatient:innen das Risiko besteht, aufgrund ihrer Krebserkrankung ihre Anstellung zu verlieren oder im Zuge von Arbeitszeitreduzierung schweren finanziellen Belastungen ausgesetzt zu sein, die wiederum Armut und sozialen Abstieg zur Folge haben können (vgl. Seifart et al. 2016). Insgesamt zeigt sich an der Komplexität dieser Thematik die Notwendigkeit eines differenzierten Blicks auf die spezifische Phase, in der Betroffene wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Dieser Notwendigkeit will sich die vorliegende Dissertation widmen.

Der Ab- bzw. Verlauf der sozialen Rückkehr in das kollegiale Umfeld spielt dabei nicht zuletzt auch für die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen eine große Rolle. Aus einer aktuellen kanadischen Forschungsarbeit, die zudem eine der wenigen explorativ-qualitativen Studien in diesem Themenfeld ist, geht hervor, dass die Stigmatisierung von Krebsbetroffenen am Arbeitsplatz vor allem durch eine kollegiale Überinterpretation des Krebses als tödliche Krankheit und entsprechend falschen Vorstellungen zu tatsächlich nötigen Arbeitsplatzanpassungen und der Produktivität der Betroffenen geprägt ist (vgl. Stergiou-Kita et al. 2016a: 1035). Demnach könne die „Vermittlung krebspezifischen Wissens und eine gezielte Aufklärung [...] einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Krebspatienten leisten“ (Ernst et al. 2016: 119). Das Risiko, das hier in einer immer noch nicht ausreichenden Krebs-Aufklärung steckt, muss ernst genommen werden. Denn an Komplexität gewinnt dieses

Phänomen dadurch, dass sich die Folgen von Stigmatisierung nicht ausschließlich auf das Verhalten bzw. die Haltung Anderer beziehen müssen, sondern auch eine von der/dem Erkrankten wahrgenommene Stigmatisierung zu langwierigen psychosozialen Belastungen führen kann. Zwischen 13 und 80 Prozent der in der deutschen soziologischen Studie von Ernst et al. (2017a) befragten Krebspatient:innen nehmen eine Stigmatisierung wahr. Lungenkrebspatient:innen internalisieren hier demnach möglicherweise Schuldgefühle wegen früheren Rauchens. Bei Prostata- und Brustkrebs-Betroffenen können sexuelle Funktionsstörungen, aber auch ein Verlust der weiblichen bzw. männlichen Identität die Folge sein (vgl. Ernst et al. 2017a: 2/8⁵⁶). Es lässt sich hier also das Resümee ziehen, dass der Krebs aufgrund seiner ungeklärten Ätiologie und dem Verweis auf eine abstrakte Multikausalität der Erkrankung eine Verständnislücke hinterlässt, die Spielraum für mystische Vorstellungen dazu gewährt, warum eine Person an Krebs erkrankt und eine andere wiederum nicht. Diese abstrakte Unklarheit bietet nicht nur eine Plattform für subjektive Ängste vor dem Tod und gesundheitlicher Beeinträchtigung, sondern auch gesellschaftliche Befürchtungen rund um das Thema der biologischen Endlichkeit sowie leistungsbezogenen Einschränkungen. Diese Rahmenbedingungen markieren die soziale Ausgangssituation, in der Krebsbetroffene ihre Diagnose bekommen, die Behandlung absolvieren und anschließend vor dem Schritt der beruflichen Rückkehr stehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass Diagnosen von erkrankten Arbeitnehmer:innen im Zuge des Datenschutzes prinzipiell nicht an den Arbeitgeber weiter gegeben werden dürfen (vgl. u. a. BAR 2020: 49; Kohte 2016: 29). Mit Blick auf das soziale Miteinander im Arbeitsalltag lässt sich allerdings davon ausgehen, dass die monatelange Abwesenheit eines Arbeitnehmers/einer Arbeitnehmerin und in besonderem Maße dann auch dessen Rückkehr durchaus eine Thematisierung des Grundes für die lange Abwesenheit erfordert. Bisher ist soziologisch jedoch kaum erforscht worden, in welcher Weise sich diese rechtlich klar abgesteckte Situation auf der subjektiven Ebene der Betroffenen im alltäglichen sozialen Kontakt mit den Kolleg:innen abbildet.

2.4 Forschungsdesiderata und Erkenntnisinteresse: Phase der Re-Integration von Brustkrebserkrankten in die Erwerbstätigkeit

Aus dem vorangegangenen Kapitel geht hervor, dass Krebsbetroffene durch die Diagnose schlagartig aus ihrem bisherigen Alltag herausgerissen werden. Die

56 Der Grund für diese spezielle Form der Angabe der Seitenzahl ist darin zu sehen, dass dieser Aufsatz digital in einem Dokument ohne fortlaufende Seitenzahl zugänglich ist. Siehe dazu den entsprechenden Link im Literaturverzeichnis.

Krebserkrankung führt zum Eintritt in ein vorwiegend medizinisch geprägtes Gesundheitssystem und den damit verbundenen institutionalisierten Behandlungsablauf. Auch nach der Behandlung sind die Betroffenen mit zahlreichen Belastungen auf u. a. körperlicher, psychischer, emotionaler und sozialer Ebene konfrontiert. Die internationale Forschungslandschaft legt den Schluss nahe, dass die berufliche Rückkehr als wesentlicher Schritt (zurück) in einen normalen Alltag verstanden werden kann. Verschiedene Maßnahmen sollen die Betroffenen dabei unterstützen, ihre Erwerbstätigen nach der Erkrankung wieder aufzunehmen. Die konkrete Form und Ausgestaltung der Maßnahmen sind in einen länderspezifischen, also politischen, kulturellen, ökonomischen und sozialen Kontext eingebettet. In Deutschland gibt es die Instrumente der stufenweisen Wiedereingliederung (StW) in Verbindung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Dabei fällt auf, dass bisherige Forschungen zur beruflichen Rückkehr von erkrankten Menschen vorwiegend die Betroffenen psychischer Erkrankungen in den Blick nehmen. Die Gruppe von erwerbstätigen Krebspatient:innen, die ebenfalls von langen Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind, findet nur wenig Beachtung. Eine der wenigen deutschen Beiträge dazu, der von der Psychologin/Psychoonkologin Anja Mehnert stammt, hält fest: „Die Vielzahl an körperlichen und psychosozialen Folgeproblemen kann sich trotz verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten negativ auf die Rückkehr zur Arbeit und den Verbleib im Berufsleben auswirken. Patienten sind im Krankheitsverlauf mit einer Vielzahl biologischer und psychosozialer Stressoren konfrontiert“ (Mehnert 2014: 666).

Die bisherigen Forschungen, vorwiegend aus den USA, Kanada und Skandinavien, haben das Thema der beruflichen Wiedereingliederung größtenteils quantitativ bearbeitet und so eine Vielzahl von potenziell relevanten Faktoren herausgearbeitet. Ungeklärt ist dabei aber die Frage: Wie erleben die Betroffenen die berufliche Rückkehr? Denn übereinkommend zeigt die Forschungslandschaft immer wieder auch die Komplexität dieser besonderen Phase an, die eine qualitative Betrachtung als konstruktive Ergänzung unerlässlich werden lässt:

„Der Weg vom Krebskranken zum Krebsüberlebenden ist für jeden Patienten individuell und stellt eine sehr komplexe, sensible Phase des Erkrankungsverlaufs dar. Die Herausforderung für den Einzelnen besteht darin, auf der einen Seite wieder fähig zu sein, ins alltägliche Leben zurückzukehren, d. h. ‚gesund‘ zu sein, sich aber gleichzeitig mit krankheits- oder therapiebedingten Veränderungen, Einschränkungen und spezifischen Belastungen auseinandersetzen zu müssen“ (Schilling et al. 2014: 204).

Es besteht also die Notwendigkeit einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit den konkreten Spannungsfeldern und Herausforderungen von Krebsbetroffenen in der Phase der beruflichen Rückkehr.

Eine soziologische Annäherung, wie es die vorliegende Dissertation umsetzt, bietet gerade in einem solch medizinisch geprägten Kontext die Möglichkeit, als „second opinion“ (Germov 2009a), also „zweite Meinung“ zu fungieren. Der Stellenwert dieser ergänzenden Perspektive zeigt sich beispielsweise u. a. in den medizinsoziologischen Auseinandersetzungen rund um die Bewältigung von Krankheiten (vgl. u. a. Corbin/Strauss 1993; Gerhardt 1986; Schütze 2006). Die spezifische Phase, in dem Krebserkrankte nach der Behandlung aus dem medizinischen System – zumindest vorwiegend – ausscheiden und ihre Erwerbstätigkeiten wiederaufnehmen, war dabei bisher kaum Gegenstand soziologischer Betrachtungen. Vor dem Hintergrund dieser Desiderata setzt sich die vorliegende Dissertation mit der folgenden Frage auseinander: *Wie erleben Brustkrebsbetroffene nach der monatelangen Krankheitsphase und Arbeitsunfähigkeit die Rückkehr in den beruflichen Kontext?* Den Fokus der Dissertation auf Frauen mit Brustkrebserkrankung zu legen, ist vor dem Hintergrund des Alters der Betroffenen sinnvoll. Denn immerhin 45 Prozent der Neuerkrankungen mit einem Mammakarzinom betrifft Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Drei von zehn erkrankten Frauen sind jünger als 55 Jahre (vgl. DRV 2018: 73; RKI 2016: 36). Aus dem Forschungsstand abgeleitet wird davon ausgegangen, dass sich der Übergang aus der institutionellen medizinischen Behandlung in die Rolle der leistungsfähigen Arbeitnehmer:in auf subjektiver Ebene in spezifischen Themen abbildet. Das Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, diese Themen herauszuarbeiten, sichtbar zu machen und soziologisch zu kontextualisieren.

3 Methode

Aus dem vorangegangenen Kapitel ist hervorgegangen, dass es vor allem an einem differenzierten Blick auf das subjektive Erleben von Brustkrebsbetroffenen in der Phase der beruflichen Rückkehr fehlt. An dieser Stelle setzt die vorliegende Dissertation mit dem Ziel an, das subjektive Erleben der Betroffenen innerhalb der Rückkehrphase zu beleuchten und abzubilden. Insgesamt umfasst das Sample zehn Frauen mit einer Brustkrebserkrankung⁵⁷, die nach dem Abschluss der Rehabilitation wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Es geht dabei auch um die Frage, wie die Betroffenen mit den jeweils spezifischen Anforderungen ihrer beruflichen Tätigkeiten in dieser Phase umgehen und wie dieser Übergang insgesamt gemeistert wird. Für dieses Anliegen sind hinsichtlich der Erhebung und Auswertung verschiedene methodische Ansätze herangezogen worden. Über die Darstellung der verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses soll im Folgenden die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, als ein wesentliches Gütekriterium⁵⁸ qualitativer Forschung (vgl. Steinke 2008: 324 f.), hergestellt werden. Dieses Kapitel rückt also folgende Aspekte in den Mittelpunkt: die methodische Anlage der Dissertation als qualitativer Längsschnitt, der durch die Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik maßgeblich unterstützte Feldzugang und das Sampling-Verfahren, das leitfadengestützte Interview als Erhebungsinstrument sowie der mehrstufige Analyseprozess, der sich an das deduktiv-induktive Kategoriensystem einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) bzw. Mayring (2015) als strukturierende Form und die vergleichende Fallanalyse nach dem Prinzip des thematischen Kodierens von Flick (2010) für ein differenziertes Bild über forschungsrelevante thematische Aspekte aus dem Material anlehnt.

3.1 Forschungsdesign: Qualitativer Längsschnitt

Ein qualitatives Vorgehen wurde für die vorliegende Untersuchung gewählt, um die „Lebenswelten <von innen heraus> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al. 2008: 14) und damit einen differenzierten, dichten Blick auf das Erleben von Brustkrebsbetroffenen in der beruflichen Rückkehr zu bieten. Um den Übergang in den Beruf möglichst umfassend abbilden zu können, ist eine wissenschaftliche Begleitung des gesamten Rückkehrprozesses

57 Für einen Überblick über das Sample siehe Kapitel 4.

58 Die Debatte, die nach wie vor rund um die Frage der angemessenen Gütekriterien qualitativer Forschung im Vergleich zur quantitativen Forschung geführt wird, soll an dieser Stelle nur erwähnt, aber nicht vertieft werden. Für eine weitere Auseinandersetzung dazu siehe zum Beispiel Mayring (2016), Flick (2010), Steinke (2008), Reichertz (2001).

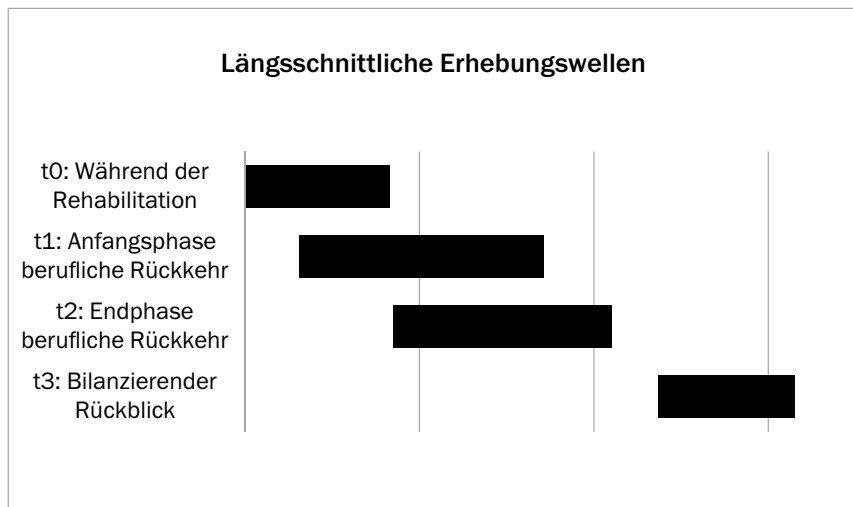
durchgeführt worden. Ziel war es dabei, mögliche „Veränderungen in Sicht- oder Handlungsweisen durch wiederholte Erhebungen dokumentieren zu können“ (Flick 2010: 183). Durch die mehrmaligen Erhebungen sollte – im Gegensatz zur Einmalerhebung einer Querschnittsuntersuchung – eine „tatsächliche Prozessperspektive“ (Flick 2010: 187) eingenommen werden können. Dabei ist es die spezifische Verbindung zwischen der Zeitkomponente und der „Textur des sozialen Lebens“ (Neale/Flowerdew 2003), die den Charakter von Längsschnittuntersuchungen prägt. „Understanding how people move through time, use time or relate to time – their strategies for making sense of the past or navigating their futures – requires an understanding of the varied and individualized circumstances of their day-to-day lives“ (Neale/Flowerdew 2003: 192). Die zeitliche Komponente des qualitativen Längsschnitts macht also einen differenzierten Einblick in das Erleben der Betroffenen möglich.

Allerdings werden insbesondere qualitative Längsschnitterhebungen in der Forschung selten explizit umgesetzt, da der damit einhergehende Aufwand häufig die zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigt (vgl. Flick 2010: 183; Schupp 2019: 1265). Lüders (2008) bemängelt zudem das Fehlen von Informationen dazu, wie diese Art von Studien konkret umgesetzt und die hier erhobenen Daten angemessen ausgewertet werden können (vgl. Lüders 2008: 635). Denn die Auswertungsmethoden müssen sowohl die inhaltliche Bandbreite insgesamt als auch den Verlauf und die damit einhergehenden Veränderungen innerhalb dieser inhaltlichen Bandbreite adäquat erfassen können. „Longitudinal research [...] certainly gives us a dynamic picture, a movie rather than a snapshot“ (Neale/Flowerdew 2003: 191). Um diesen Film, den ein Längsschnitt laut Neale/Flowerdew (2003) im Unterschied zum Schnappschuss des Querschnitts erzeugt, angemessen nachzuzeichnen, ist für die vorliegende Dissertation ein Methodenmix mit inhaltlich-reduzierenden und kontrastierend-verdichtenden Ausrichtungen eingesetzt worden. Hinsichtlich der ressourcenaufwändigen Konzeption und Durchführung eines solchen Untersuchungsdesigns sind im Rahmen der vorliegenden Dissertation eine Reihe von Festlegungen nötig gewesen. Dazu gehörten vor allem die Aspekte der vorab-Festsetzung der Anzahl der Erhebungswellen sowie die Maßnahmen der Stichprobengewinnung. Innerhalb dieser notwendigen Festlegungen ist auf größtmögliche Flexibilität und Offenheit geachtet worden, wie die folgenden Erläuterungen zeigen sollen.

Ein konzeptionell wichtiger Aspekt bei der Umsetzung eines Längsschnittdesigns ist die Frage nach dem ersten Erhebungszeitpunkt. Denn „um das Potenzial einer Längsschnittstudie voll auszuschöpfen, müssten Prozesse vor ihrem Beginn als relevant für eine Untersuchung identifiziert werden“ (Flick 2010: 184). Für die vorliegende Dissertation folgte die strategische Planung der vier geplanten Erhebungswellen der aus dem Forschungsstand abgeleiteten markanten Ereignisse innerhalb des institutionalisierten Krankheitsverlaufs. Die

Abbildung 5 zeigt den Verlauf der Erhebungswellen.⁵⁹ Die Diagnose- und Behandlungszeiten waren kein Teil der wissenschaftlichen Begleitung, sondern wurden retrospektiv erhoben.

Abbildung 5: Vier Erhebungswellen des qualitativen Längsschnitts.



Um also den beruflichen Rückkehrprozess und spezifische Veränderungen möglichst breit erfassen zu können, ist die erste Erhebungswelle (t0) noch in die Zeit der Rehabilitation gelegt worden (siehe Abbildung 5). Denn die Rehabilitation ist eine zentrale Phase nach Abschluss der Behandlung und vor der beruflichen Rückkehr.⁶⁰ Ein späterer Zeitpunkt für das erste Interview wäre nicht sinnvoll gewesen, da so der Übergangprozess und die subjektiven Herausforderungen weniger intensiv hätten begleitet werden können oder womöglich verpasst worden wären. Um die Erfahrungen der interviewten Brustkrebsbetroffenen hinsichtlich der Rückkehr in den Beruf möglichst unmittelbar⁶¹ erfassen zu können sind weitere Erhebungswellen rund um den ersten Arbeitstag nach dem Reha-Abschluss (t1) und dem Ende der institutionellen Eingliederungshilfen (t2)⁶² anberaumt

59 Die Nummerierung der Erhebungswellen von „t0 bis t3“ ist für die Benennung der groben Transkripte bzw. Teiltranskripte der Einfachheit halber von „a bis d“ ausgetauscht worden.

60 Siehe dazu im Forschungsstand Abschnitt 2.2.2.

61 Darin ist auch der Grund dafür zu sehen, dass die Erhebungswellen teilweise vergleichsweise dicht aufeinander folgend stattgefunden haben. Es ging um das Abbilden einer möglichst „frischen“ Erfahrung dieses sensiblen Übergangsprozesses.

62 Wie der Überblick über das Sample (in Kapitel 4 speziell die Tabelle 2) zeigt, sind nicht alle der interviewten Frauen durch eine institutionalisierte Eingliederungshilfe re-integriert worden. Zum Zweck der Vergleichbarkeit wurde aber auf einen ähnlichen Zeitabstand der

worden. Das abschließende Gespräch, die vierte Erhebung (t3), sollte konzeptionell einen bilanzierenden Rückblick⁶³ enthalten. Insgesamt betrug der zeitliche Abstand der einzelnen Erhebungswellen zwischen 4 und 20 Wochen, sodass die Erhebungsphase insgesamt 11 Monate andauerte. Insgesamt sind 40 Interviews mit einer Dauer von je 1,5 bis 3,5 Stunden geführt worden.

Im Laufe der mehrmaligen Erhebungen und durch den wiederholten Kontakt zu den Interviewpartnerinnen stellte sich sukzessive eine gewisse Vertrautheit ein. Es kamen zunehmend auch Themen jenseits des Forschungsgegenstands auf. Die sich intensivierenden Beziehungen zu den Interviewpartnerinnen waren ein Aspekt, den ich angesichts der anfangs vergleichsweise klar konturierten Rahmenbedingungen des interaktiven Austauschs zunehmend zu reflektieren hatte.

Das erste Interview hatte während der Rehabilitation und somit auch örtlich in den Räumen der Klinik stattgefunden, was insgesamt die Professionalität und Legitimität meiner Untersuchung – und gewissermaßen auch die meiner Fragen – untermauerte. Ab der zweiten Welle fanden die Interviews vorwiegend in den privaten Wohnräumen der Interviewpartnerinnen statt. Diese räumliche Veränderung wirkte sich auch auf die Interviewsituation aus. So entstanden teilweise Situationen, in denen Familienmitglieder das Interview entweder durch ihre Anwesenheit oder durch eine Kontaktaufnahme zur Betroffenen als Ehefrau, Mutter oder Tochter bzw. Schwiegertochter kurzweilig unterbrachen. Diese Art von Störungen dauerten jeweils nur kurz an, sodass das Interview nicht unterbrochen wurde, sondern sich – auch durch die aktive Unterstützung der Interviewpartnerinnen – vergleichsweise schnell fortsetzte. Eine Interviewpartnerin bat darum, die Treffen in ihrem Büro abzuhalten. Eine andere Interviewpartnerin zog es wiederum vor, für die Interviews in mein Büro zu kommen. In der ethnografischen Forschung ist die „Angst des Forschers vor dem Feld“ (Lindner 1981) bekannt und von besonderer Relevanz, da sich die Forscher:innen häufig einige Wochen oder Monate im Feld aufhalten. So entstehen mitunter sehr enge Beziehungen zum Feld, die wiederum auch den Forschungsgegenstand verändern. Flick (2010) sieht in diesem Aspekt eine Parallele zwischen Längsschnitterhebungen und ethnografischen Erhebungen. Er versteht ethnografische Studien als implizite Umsetzung eines längsschnittlichen Designs (vgl. Flick 2010: 183). Die Frage der Distanz des/der Forscher:in zum Untersuchungsgegenstand und die Verbindung zwischen sozialer und wissenschaftlicher Rolle beschäftigten auch mich in diesem Zuge. Die Anforderung an mich – als Interviewerin –, die

dritten Erhebungswelle (t2) auch bei den beiden Interviewpartnerinnen geachtet, die in vollem Umfang ihrer vorherigen Stundenzahl zurückkehrten.

63 Dieses Gespräch fiel passenderweise in die Zeit des Jahreswechsels 2017/2018. Da eine Fortführung der Längsschnitterhebung durch das Ergänzen weiterer Erhebungswellen als in der Zukunft interessante Option erachtet wurde, ist im letzten Interview auch die grundsätzliche Bereitschaft der Brustkrebsbetroffenen für weitere Interviews erfragt worden. Neun der zehn Interviewpartnerinnen erklärten ihre Bereitschaft.

Gesprächssituationen empathisch, offen und an die Relevanzstruktur der Interviewpartnerinnen angepasst zu gestalten, veränderte sich im Verlauf der Erhebungswellen auch mit der Notwendigkeit, dem zunehmenden Interesse der Interviewpartnerinnen an mir als Privatperson zu begegnen.⁶⁴ Das insbesondere während der zweiten und dritten Erhebungswelle (t1 und t2) wachsende Interesse führte ich darauf zurück, dass sich die Interviewpartnerinnen im Laufe der Zeit zunehmend über ihre eigene Offenheit gegenüber mir als einer fremden Person bewusst wurden. Die wiederholte Anmerkung einer Interviewpartnerin, „Sie wissen sehr viel über mich“ (IP6), untermauert diese Annahme.

Dabei lässt sich schlussfolgern, dass dieses wachsende Bewusstsein des nicht-alltäglichen und gewissermaßen auch nicht (mehr) *quasi*-normalen Charakters der Situation eine gemeinsam auszuhandelnde Definition erforderlich machte. An dieser Stelle sollen die Rückmeldungen der Interviewpartnerinnen zur Veranschaulichung der subjektiven Bewertung dieser besonderen (Interview-)Situation dienen. So hatte ich im vierten Gespräch jede der Interviewpartnerinnen nach ihrer Bereitschaft für weitere Interviews gefragt. Aus den folgenden Auszügen geht das grundsätzliche Interesse einer weiteren Teilnahme hervor, die – bis auf eine Ausnahme – von allen Interviewpartnerinnen ausgesprochen wurde:

„Sie können mich gerne anmailen und dann verabreden wir auch etwas. Ja. Weil das ist ja auch schön. Wer fragt mich denn sonst so intensiv (lacht) [...] Das ist auch anregend, finde ich. Also, wirklich über diese Dinge nochmal so nachzudenken. [...] Also, das ist ja auch ein Geschenk, ne? Wenn einer einem da so intensiv so lange zuhört“ (d_IP3; 67:58).

Gleichwohl äußert sich die durch meine Anwesenheit ausgelöste Veränderung des Untersuchungsgegenstands auch in einer anderen Art und Weise, wie die folgende Aussage zeigt:

„Also, ich würde jetzt sagen, für mich, wenn das jetzt alles gut ist, wenn ich jetzt gut aus der Geschichte rauskomme, wenn heute die Untersuchung alles gut ist, dann würde ich das gerne hiermit beenden. (...) ⁶⁵ Ja, weil das ist für mich auch so eine Art, ja so ein Abschluss, ne? Wenn ich jetzt heute da raus gehe und wenn ich sehe es ist nicht ok, ne, dass da jetzt irgendwas sein sollte und das ich wieder, so, dann sehen wir uns wieder, dann sehen wir uns auf jeden Fall wieder. (...) Aber wenn das alles gut ist, dann möchte ich für mich, ja!“ (d_IP6; 86:50).

64 Mein Selbstbild als Wissenschaftlerin problematisierend wurde ich im Austausch mit ethnografisch arbeitenden Kolleg*innen auf das von Lindner (1981) thematisierte Dilemma der doppelten Anforderung von sozialer und wissenschaftlicher Rolle aufmerksam (vgl. Lindner 1981).

65 Solche durch runde Klammern gekennzeichneten Auslassungen zeigen eine Sprechpause im Interview an, siehe dazu Anhang 1.

Hier wird also deutlich sichtbar, mit welchem sensiblen Forschungsgegenstand sich die vorliegende Dissertation auseinandersetzt und welchen Stellenwert eine gewisse Vertrautheit auch für die Durchführung eines solchen qualitativen Längsschnitts hat. Insgesamt wurde die Gesprächsatmosphäre im Verlauf nicht nur vertrauter, sondern auch weniger formell. Mir fiel diese Facette an der leicht veränderten Sprechweise bzw. der mitunter „flapsigeren“ Wortwahl einiger Interviewpartnerinnen auf. Zudem verlangten mir die Interviews weniger Strukturierungsleistungen als zu Beginn der Erhebungsphase ab, da ich durch das wachsende Wissen über die individuellen Perspektiven der Interviewpartnerinnen inhaltlich passende Aussagen aus den vorherigen Interviews als gewissermaßen immanente Gesprächsimpulse nutzen konnte.

Die elf Monate der Feldphase war darüber hinaus von dem für Längsschnitterhebungen essentiellen, aufwändigen Aspekt der Panel-Pflege gekennzeichnet. Ziel dabei ist es, das Schrumpfen des Samples aufgrund von Nichterreichbarkeit, Verweigerung oder auch Sterblichkeit zu vermeiden, also die sogenannte Panel-Mortalität möglichst gering zu halten (vgl. Schupp 2019: 1273 ff.; Dieckmann 2007: 309 f.). Dazu gehörte es im Rahmen der vorliegenden Dissertation u. a., auf die Nachfragen der Interviewpartnerinnen angemessen einzugehen⁶⁶ sowie eine prinzipiell empathische Haltung einzunehmen. So sind zum Zweck der Verbindlichkeit zwar am Ende jedes Interviews bereits Termine für die nächste Erhebungswelle vereinbart worden, doch den erwünschten Bedenkzeiten und Terminverschiebungen wurden verständnisvoll begegnet. Die Erhebungsphase war für mich vor diesem Hintergrund auch von der Anforderung einer besonderen zeitlichen Flexibilität geprägt, um konzeptionell eine gewisse Vergleichbarkeit innerhalb der Erhebung bzw. dem Wechsel der jeweiligen Erhebungswellen herzustellen.

Unerwartet kamen in der dritten Erhebungswelle Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung auf, die den fortschreitenden beruflichen Übergangsprozess gewissermaßen in spezifischer Form sichtbar machte. Denn die Interviewpartnerinnen waren zu diesem Zeitpunkt wieder in vollem Umfang erwerbsfähig und auch in andere alltägliche Aktivitäten eingebunden. Die sonstigen Terminvereinbarungen liefen reibungslos ab. Bis drei Jahre nach dem Ende der Erhebungswellen habe ich darüber hinaus ein Mal im Jahr ein personalisiertes Weihnachtsanschreiben an jede der Interviewpartnerinnen versendet. Das Anschreiben enthielt neben dem Verweis auf das letzte gemeinsame Interview auch grobe Informationen zur aktuellen Forschungsphase. Dem letzten Anschreiben lag zudem ein 3-seitiger Kurzbericht zu Auswertungsergebnissen bei. Zuvor hatten

66 Gewissermaßen lässt sich hier auch eine Verbindung zum Umgang mit den Fragen der Interviewpartnerinnen zu mir als Privatperson sehen. Wenngleich ich behutsam abwägte, welche Informationen ich von mir preisgab, erschien mir eine verweigernde oder abweisende Haltung hier grundsätzlich unangemessen.

einige der Interviewpartnerinnen ihr Interesse am Verlauf und den Ergebnissen meiner Dissertation geäußert.

Besonders in den letzten beiden Erhebungswellen (t2 und t3) fiel mir in einigen Interviews eine vergleichsweise distanzierte Haltung der Interviewpartnerinnen auf, sobald wir über die Krankheit sprachen. Die Erinnerungen an den Reha-Aufenthalt beispielsweise zerfaserten so stark, dass das kommunikative Aufgreifen dieser ohnehin nur fragmentarischen Rückblicke beinahe einer Überbetonung meinerseits gleichzukommen schien. In solchen Momenten zeichnete sich das Risiko der „Künstlichkeit“, das Flick (2010) als Grenze einer Längsschnittstudie sieht (vgl. Flick 2010: 187), deutlich ab. Gleichmaßen wurde mir dabei der Stellenwert einer situativen Flexibilität hinsichtlich der Strukturierung des Interviews und der Orientierung am Relevanzsystem der Interviewpartnerin bewusst (vgl. Honer 2011: 54), worauf ab Seite 60 im Abschnitt 3.4 zum Leitfadenterview als Erhebungsinstrument näher eingegangen wird.

3.2 Feldzugang und Sampling

Die Frage des Feldzugangs ist angesichts der Sensibilität sozialer Daten prinzipiell ein essentielles Thema. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Mystifizierung der Krebserkrankung⁶⁷ traf dies für die vorliegende Untersuchung in gesteigertem Maße zu. „Wie jeder Fremde ist der Forscher vom Standpunkt des Feldes aus zunächst ein *Mensch ohne Geschichte*, der sich nur schwer in die dort gewohnten Kategorien einordnen lässt“ (Wolff 2008: 339 f.; H. i. O.). Die Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik erleichterte den Feldzugang erheblich und die medizinische Leitung dieser Einrichtung förderte die Einbindung des Forschungsvorhabens der Dissertation in die „Kommunikationszusammenhänge“ (Wolff 2008: 340) der Betroffenen in entscheidendem Maße. Als Schlüsselfigur nahm der medizinische Leiter der Klinik in der Funktion eines „gatekeepers“ eine entscheidende Rolle im Hinblick auf die Akzeptanz des Forschungsvorhabens auf Seite der Betroffenen ein (dazu Helfferich 2004:155 f.; Wolff 2008). Konkret machte er erkrankte Frauen auf die Dissertationsstudie aufmerksam und klärte sie in diesem ersten Kontakt mithilfe eines Informationspapiers (Flyer) über das Forschungsinteresse auf.⁶⁸ Auf diese Weise unterstützte der medizinische Leiter das Sampling-Prozedere in diesem sensiblen Forschungsfeld und die Durchführung

67 Vergleiche dazu u. a. Sontag (1996), zum Beispiel im vorliegenden Forschungsstand.

68 Der von mir angefertigte Informationsflyer enthielt allgemeine Informationen zum Forschungsinteresse, wobei der Stellenwert der subjektiven Sicht der Betroffenen besonders betont wurde. Höder/Deck (2015) haben in einem ähnlichen Zusammenhang darauf hingewiesen, wie schwer verständlich Informationstexte für Rehabilitand*innen mitunter sind (vgl. Höder/Deck 2015). Es wurde also darauf geachtet, nicht zu viele Informationen zu komplex darzustellen, sondern den Fokus eher darauf zu legen, welche Informationen für

des empirischen Vorhabens maßgeblich. Die Legitimität, die dem medizinisch-professionellen Setting der Rehabilitationsklinik⁶⁹ zugeschrieben wird, konnte so auf das vorliegende Forschungsvorhaben übertragen werden. Das lässt sich beispielsweise aus der Anmerkung einer Interviewpartnerin zu ihrer Teilnahmemotivation schließen. Sie bewertete die vorliegende Forschung als wichtig, um Veränderungen anzustoßen und erwähnte in diesem Zusammenhang den medizinischen Fortschritt, der ihrer Meinung nach ebenfalls nur durch die Studienteilnahme von interessierten Menschen gelänge.

Vorab waren zwei Kriterien für die Fallauswahl festgelegt worden: Es sollten Betroffene mit einer (behandelten) Brustkrebserkrankung interviewt werden, die nach dem Abschluss der Rehabilitation wieder in die Erwerbstätigkeit zurückkehren. Die Vorgehensweise beim Sampling entsprach damit also einer kriteriengeleiteten Fallauswahl (vgl. Kelle/Kluge 2010: 50), deren Kriterien sich aus dem Forschungsinteresse der vorliegenden Dissertation und dem dargestellten Forschungsstand⁷⁰ abgeleitet hatten. Der Homogenität des Samples hinsichtlich der medizinischen Diagnose wurde eine Heterogenität in Bezug auf die Behandlungsarten sowie die ausgeübten Tätigkeiten gegenübergestellt. Denn Ziel war es, hier eine Binnendifferenzierung des Samples herzustellen und über Kontrastierungen eben jene Differenzierungen innerhalb dieser krankheitsbezogenen homogenen Gruppe sichtbar zu machen.⁷¹ Das Sample wurde dabei sukzessive erweitert. Nach etwa acht Erst-Interviews deutete sich eine Art inhaltliche Sättigung zu den Themen der Krebserkrankung und der beruflichen Rückkehr an. Um sicherzustellen, dass die Fallauswahl nicht zu früh beendet und damit für das Forschungsinteresse methodisch problematisch wird, führte ich noch zwei weitere Interviews. So umfasste das Sample schließlich insgesamt zehn Brustkrebsbetroffene.⁷²

interessierte Brustkrebsbetroffene von Interesse sein könnten, wie zum Beispiel Informationen zum Ablauf eines Interviews (vgl. Helfferich 2004: 156 f.).

69 Vor dem Hintergrund der soziologischen Perspektive der vorliegenden Dissertation ist dabei interessant anzumerken, dass sich über die der Rehabilitationsklinik zugeschriebene Legitimität und Disziplinen wie Physiotherapie, Sportwissenschaft, Gynäkologie, Ernährungswissenschaft und Psychologie gewissermaßen auch die bestehende Dominanz der bio-medizinischen Perspektive im Gesundheitssystem abbildet (vgl. dazu u.a. Kirschning 2001; Germov 2009c; Germov 2009d).

70 Siehe dazu Kapitel 2 und insbesondere den Abschnitt 2.4 zum Forschungsdesiderata und dem Erkenntnisinteresse der Dissertation.

71 Die Kontrastierung mit anderen Krebserkrankungen ist dabei ein wissenschaftlich spannender Gegenstand für weitere Forschungsprojekte.

72 Siehe für einen Überblick über das Sample in Kapitel 4.

3.3 Vorab-Experteninterviews in der Reha-Klinik

Vorbereitend auf die Interviews mit den Brustkrebsbetroffenen sollte vorab ein Eindruck davon gewonnen werden, wie der Reha-Alltag für Erkrankte aussieht und in welchen Strukturen die Krebserkrankung während dieser institutionalisierten Krankheitsphase bearbeitet wird. Dafür habe ich zwei Tage in der Klinik verbracht, in der auch die Interviewpartnerinnen selbst ihre Rehabilitation absolvierten. Während dieses Aufenthalts habe ich das Klinik-Gelände und die räumliche Umgebung genauso kennengelernt wie die spezifischen Strukturen des Reha-Alltags. Im Aufenthaltsbereich der Klinik habe ich mich während der zwei Tage mit einigen Rehabilitand:innen über ihre Erkrankungen und die Kurse unterhalten, die bei ihnen für den weiteren Tag anstanden. Diese Gespräche bereiteten mich gewissermaßen auf die Vielfältigkeit von möglichen Krankheits- und Lebenssituationen der Rehabilitand:innen vor. Ich selbst bin dabei immer auch als „Kranke“ angesprochen worden.⁷³

Zur inhaltlichen Vertiefung sind an den beiden Tagen insgesamt acht Experteninterviews geführt worden (vgl. dazu Bogner et al. 2009). Sieben dieser Interviews fanden mit Ansprechpartner:innen derjenigen Disziplinen statt, die entscheidend an der Gestaltung des Reha-Angebots beteiligt sind. Dazu gehören: Gynäkologie, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaften, Physiotherapie, Psychologie, Ergotherapie und der Sozialdienst. Jeder dieser Reha-Bereiche hat einen individuellen inhaltlichen Schwerpunkt und es konnte ein Eindruck der verschiedenen Ebenen des Reha-Programms erlangt werden. Das achte Gespräch, das mit dem medizinischen Leiter der Klinik als zentrale Schlüsselfigur, als „gatekeeper“ (vgl. dazu Helfferich 2004: 155 f.; Wolff 2008) zu diesem sensiblen Forschungsfeld stattfand, gab Aufschluss darüber, dass eine besondere Gemeinsamkeit aller Disziplinen im Thema der allgemeinen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Rehabilitand:innen besteht.⁷⁴

Dieses spezifische Wissen um den Ablauf und die Strukturen des Reha-Alltags förderte wiederum eine offene, empathische Gesprächsatmosphäre mit den Brustkrebsbetroffenen. Denn mein eigens gewonnener Einblick in die Reha-Umgebung erleichterte besonders in den Interviews der ersten Erhebungswelle, die in der Rehabilitationsklinik stattfanden, die Einbindung meiner Fragen in die aktuellen „Kommunikationszusammenhänge“ (Wolff 2008: 340) der Interviewpartnerinnen.

73 Diese Art der Normalisierung von Krankheit in dieser spezifischen Umgebung ist auch ein Aspekt in der Ergebnisdarstellung, siehe dazu Kapitel 5.2 und insbesondere 5.2.4.

74 Siehe dazu auch Kapitel 2.2.2 zur Rehabilitation und Nachsorge.

3.4 Erhebungsinstrument: Leitfadengestützte Interviews

Konzeptionell wurde für die Datenerhebung ein leitfadengestütztes Interview ausgewählt. Diese Sorte Interview kann vielfältig eingesetzt und der Grad der Strukturierung je nach Erkenntnisinteresse angepasst werden (vgl. Flick 2010: 194). Der Grund dafür, ein Erhebungsinstrument mit einem gewissen Strukturierungsanteil einem offenen Instrument, wie dem narrativen Interview, vorzuziehen, ist in dem Erkenntnisinteresse der Dissertation zu sehen. Denn anders als beim narrativen Interview, in dem es um die Lebensgeschichte oder einen bestimmten Ausschnitt aus der Biografie der Interviewten geht (vgl. Flick 2010: 229), stellt die vorliegende Untersuchung den beruflichen Rückkehrprozess nach einer Brustkrebserkrankung in den Mittelpunkt; allerdings eben nicht (primär) unter dem Gesichtspunkt der Betrachtung einer besonderen biografischen Phase, sondern mit dem Ziel der Exploration und Deskription des subjektiven Erlebens der Betroffenen innerhalb dieser Übergangsphase. Für die konkrete Ausgestaltung der Interviewsituationen wurden vor allem das problemzentrierte Interview (vgl. Witzel 2000), das episodische Interview (vgl. Flick 2011, 2002) und das explorative Interview (vgl. Honer 2011) als Vorbilder herangezogen. Denn Ziel war es, eine Erzählung zu generieren, die einen möglichst breiten Einblick in die Sichtweise der Betroffenen gibt.

Dabei erfüllt das Interview eine kompensatorische Funktion, die „überall dort zur Datengenerierung nützlich ist, wo es nicht gelingt, ‚natürliche‘ Daten zu gewinnen bzw. durch eigene unmittelbare Erfahrung intime Kenntnisse und Kompetenzen im Hinblick auf das Forschungsthema zu erlangen“ (Honer 2011: 55). Entsprechend der Prämisse, „dass Menschen sich in aller Regel gerne mitteilen, wenn man ihnen eine ‚gute‘ Gelegenheit dazu gibt, d.h., wenn man sie an *ihren eigenen* Relevanzen orientiert und in *ihrer eigenen* Sprache zu Wort kommen lässt“ (Honer 2011: 46; H. i. O.), war es das Ziel, für die Interviews eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und ein quasi-normales Gespräch zu führen.⁷⁵ So sollte „die Konstellation aus Fragender und Antwortender in Annäherung an die alltägliche Kommunikationssituation des Gesprächs ‚entdramatisiert‘“ (Honer 2011: 54) werden. Eine solche Entdramatisierung wurde für die vorliegende Untersuchung als wichtig erachtet, da Krebserkrankungen nach wie vor angstbesetzt sind und somit ein sensibles Forschungsthema darstellen. Diese

75 Wobei hier trotzdem weder die prinzipielle Asymmetrie dieser Kommunikationssituation (vgl. Honer 2001) verleugnet werden soll noch die Überlegung zugrunde lag, mit der Quasi-Normalisierung Verzerrungen vermeiden zu können. Denn mit Maindok (1996) ist grundsätzlich davon auszugehen, dass das Interview kein neutrales Instrument ist, sondern den Forschungsgegenstand beeinflusst, es aber auch wenig nicht-reaktive Alternativen zu dem „sozialwissenschaftliche(n) Erhebungsinstrument par excellence“ (Maindok 1996: 101) gibt. Die Angleichung an ein alltägliches Gespräch hatte den Zweck, eine vertrauensvolle Atmosphäre angesichts des sensiblen Themas herzustellen.

emotionale Aufladung sollte die Interviewsituation allerdings nicht hemmen, so dass ich mit einer empathischen, interessierten Haltung die Rahmenbedingungen eines „offenen Äußerungsraum(s)“ (Helfferich 2004: 22) schaffen wollte. Die nicht vorhandene Panel-Mortalität⁷⁶ und die ausgeprägte Bereitschaft der Interviewpartnerinnen, mir als Fremden immer wieder einen differenzierten Einblick in die Lebens- und Erfahrungswelt (vgl. dazu Honer 2011: 47) zu geben, kann hier als Zeichen dafür verstanden werden, dass es nachhaltig gelungen ist, einen vertrauensvollen Rahmen zu schaffen.

Das erste Interview sollte als thematische Bestandsaufnahme gestaltet werden und ist inhaltlich breit angelegt worden. Der Leitfaden umfasste neben Begrüßung und Verabschiedung eine Reihe thematischer Blöcke: Reha-Alltag, Krebserkrankung, Arbeit und Erwerbsbiografie, berufliche Rückkehr/StW, subjektives Leistungsvermögen, Gesundheitsverhalten, soziales Umfeld, Zukunftsperspektive.⁷⁷ Ein kurzer Fragebogen mit vier Fragen zu sozio-demografischen Aspekten wurde am Ende des ersten Interviews ausgegeben. Die Inhalte der Leitfaden-Blöcke lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- **Reha-Alltag**

Primär zur Stimulation einer möglichst breit gefächerten, aber spezifischen Stegreiferzählung (vgl. dazu Flick 2010: 229). Hier sollte das Spektrum der für die Dissertation relevanten Themenkomplexe angesprochen werden, um Themenwechsel möglichst immanent zu gestalten.

- **Krebserkrankung**

Hier sollten die Eckpunkte zur Diagnostizierung und Behandlung von Krebs sowie der subjektive Umgang mit der Erkrankung thematisiert werden.

⁷⁶ Siehe dazu im Abschnitt 3.1.

⁷⁷ Der subjektive Blick der Betroffenen auf ihren eigenen Körper und die Brust als Symbol von Weiblichkeit, mit dem u. a. auch eine sexuelle Aufladung einhergeht (vgl. Kirschning 2001; Gröning 2013), hatte für das Forschungsinteresse der vorliegenden Dissertationen zwar einen nachgelagerten Stellenwert. Nichtsdestotrotz boten die offenen Fragen rund um körperliche, äußerliche und/oder funktionale Veränderungen im Themenblock „Subjektives Leistungsvermögen“ durchaus den Raum für entsprechende Thematisierungen. Tatsächlich wurden Bereiche wie Sexualität, die Brust als Sinnbild für Weiblichkeit und die Identifikation als Frau insgesamt sehr randständig angesprochen. Dies kann einerseits mit methodischen Aspekten des Forschungsvorhabens zu tun haben. Andererseits kann sich dieses Aussparen auch als lebensweltliche Trennung der Arbeitssphäre von Themen rund um Sexualität, Weiblichkeit und Körperlichkeit verstehen lassen. Siehe dazu auch die empirischen Hinweise auf eine solche Trennung von Arbeit und Krankheit, zum Beispiel in Kapitel 5.3.5, in dem es um das Verstecken der Leistungseinbußen im beruflichen Kontext als eine Bewältigungsstrategie der betroffenen Frauen geht.

- **Arbeit/Erwerbsbiografie**
In diesem Themenbereich ging es um die Rahmenbedingungen der zuletzt ausgeübten Erwerbsarbeit, die Erwerbsbiografie insgesamt sowie den subjektiven Stellenwert der Erwerbsarbeit für die Betroffene.
- **Berufliche Rückkehr/StW**
Dieser Themenblock umfasste Fragen zu den bis dato getroffenen institutionalisierten bzw. betrieblichen Absprachen zur beruflichen Rückkehr. Auch hier sind objektivierte Merkmale ebenso erfasst worden wie die subjektive Bewertung derselbigen durch die Betroffenen.
- **Subjektives Leistungsvermögen**
Hier sollte die subjektive Beurteilung der persönlichen Fähigkeiten vor dem Hintergrund der Krebserkrankung erfasst werden. Dabei ging es vor allem um die subjektive Feststellung von Veränderungen in der Leistungsfähigkeit und den Vorstellungen bzw. Wünschen zur zukünftigen Entwicklung des Leistungsvermögens.
- **Gesundheitsverständnis/Gesundheitsverhalten**
Dieser Themenkomplex sollte das subjektive Verständnis der Betroffenen von Gesundheit und gesunden Verhaltensweisen erfassen. So wurden Fragen dazu gestellt, welche Verhaltensweisen die Betroffenen als gesundheitsförderlich ansehen und worauf sie hingegen eher verzichten.
- **Soziales Umfeld**
Hier sollten die bestehenden sozialen Kontakte der Betroffenen thematisiert werden. Dabei ging es u. a. um die Reaktionen des Umfelds auf die Diagnose und mögliche Veränderungen in den sozialen Beziehungen. Ebenso waren die Kontakte zu anderen Rehabilitand:innen Bestandteil dieses Themenkomplexes.
- **Zukunftsperspektive**
Dieser Themenkomplex erfasste die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen für ihre Zukunft. Dabei wurden sowohl konkrete Pläne als auch Träume angesprochen.

Diese Themenblöcke wurden aus dem Forschungsstand abgeleitet und bilden somit die Systematisierung der Vorannahmen ab (vgl. Meinefeld 2008: 269). Ein konstruktiver Umgang mit dem Vorwissen und den existierenden Annahmen zum Forschungsgegenstand wurde als äußerst wichtig erachtet. Denn „Erkenntnisse über soziale Phänomene <emergieren> nicht aus eigener Kraft, sie sind Konstruktionen des Forschers von Anfang an“ (Meinefeld 2008: 269). Anhand des Blocks „Krebserkrankung“ soll im Folgenden exemplarisch veranschaulicht

werden, welcher Differenzierungsgrad in den jeweiligen Themenblöcken über entsprechende Fragen angestrebt wurde. Das Ziel dieses Themenblocks war also die Generierung von Aussagen zum/zur:

- **Subjektiven Erleben der konkreten Diagnosesituation samt institutioneller und sozialer Ausgestaltung**
Wann und wie wurde von der Erkrankung erfahren? Was waren die ersten Gedanken der Betroffenen? Waren Ehepartner:innen, Familie und/oder Freund:innen anwesend?
- **Einbettung der Diagnose in den Lebens(ver-)lauf der Interviewpartnerin**
In welcher Lebensphase kam es zur Diagnose? Wie waren die Lebensumstände vor Diagnosestellung? Welche konkrete Situation (zum Beispiel Beschwerden oder Routineuntersuchung) ging der Diagnosestellung voraus?
- **Erfahrungs- und Kenntnisstand zur Krebserkrankung**
War zuvor bereits jemand aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis an Krebs erkrankt? Über welches Wissen zur Erkrankung wurde vor der Diagnose verfügt?
- **Rolle der Krebserkrankung im bisherigen Alltag**
Wie macht sich die Erkrankung im Alltag auf körperlicher, psychischer, emotionaler, sozialer Ebene bemerkbar? Besteht das Bedürfnis, über den Krebs zu sprechen? Wenn ja, mit wem und mit wem vielleicht nicht und warum nicht? Gibt es Aktivitäten, bei denen die Erkrankung „vergessen“ wird, also in den Hintergrund rückt? Wenn ja, bei welchen? Welchen Aktivitäten wird seit der Diagnose nicht mehr nachgegangen und welchen Dingen fühlt man sich wieder gewachsen?

Die konzeptionelle Ausrichtung der Fragen auf drei Ebenen, nämlich das Erfassen einer (1) subjektiven Einschätzung des gegenwärtigen Zustands (zum Beispiel im Hinblick auf bestehende körperliche Einschränkungen oder Sprach- und Erinnerungsvermögen), eines (2) Rückgriffs auf vergangene Ereignisse (zum Beispiel die Krebsdiagnose) und einer (3) zukunftsorientierten Perspektive (zum Beispiel konkrete Pläne für die kurzfristige Zukunft, aber auch Wünsche und Vorstellungen auf langfristige Sicht) unterstützte das angestrebte Differenzierungsniveau. Darüber hinaus gab es eine Vielzahl von Fragen, die an den Schnittstellen zwischen den Themenblöcken ansetzen, wie zum Beispiel: „Haben Sie Ihren Kolleg:innen von der Diagnose erzählt? Wenn ja, wann und wie wurde die Nachricht aufgenommen? Wenn nein, warum nicht?“, „Welche Befürchtungen gab es?“, „Wie ist der Kontakt während der Behandlungszeit gewesen? Wie ist er während der Reha? Haben Ihre Kolleg:innen Sie hier besucht?“.

Begonnen wurde das erste Interview mit der Aufforderung „Erzählen Sie mir bitte: Wie sieht ein typischer Reha-Tag aus?“. Hier sollte eine inhaltlich breite Erzählung angeregt werden. Die Aufforderung ist offen, aber mit einem expliziten Bezug zur aktuellen Lebenssituation der Interviewpartnerinnen formuliert worden (vgl. Honer 2011; Flick 2010). Hier konnten die Brustkrebsbetroffenen aus dem Angebot der Reha-Aktivitäten berichten, was zum einen vielfältige Möglichkeiten für Rückfragen bot und zum anderen zeigte, welche Themen für die interviewten Frauen von subjektiver Relevanz waren. Die Rückfragen sind dabei situativ flexibel eingesetzt worden, um den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten. Diese Flexibilität ist als wichtig erachtet worden, um angemessen auf das individuelle Antwortverhalten der Interviewpartnerinnen eingehen zu können. Die Reihenfolge der einzelnen Leitfadenthemen richtete sich nach der inhaltlichen Strukturierung durch die Interviewpartnerinnen.

Die Krebserkrankung als sensibles Thema ist im Interviewverlauf insgesamt zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten angesprochen worden. Bei den meisten Interviewpartnerinnen ergab sich in etwa in der Mitte des Interviews – die Interviews hatten eine Dauer von je anderthalb bis dreieinhalb Stunden – die inhaltliche Thematisierung der Erkrankung. Auch der von den Interviewpartnerinnen angestrebte Strukturierungsgrad der gesamten Interviewsituation variierte von Person zu Person, aber auch von Interview zu Interview. Eine Interviewpartnerin fiel dadurch auf, dass sie in jedem der vier Interviews längere Redesequenzen mit einer Anmerkung wie „Ich rede so viel, Sie kommen ja gar nicht zum Fragen. Was möchten Sie noch wissen?“ unterbrach und mich zum Stellen weiterer Fragen aufforderte. Keine der anderen Interviewpartnerinnen verwies in den Gesprächen so explizit auf meine Rolle Interviewerin.

Der Ausdruck des Leitfadens war zudem im Zuge der ersten Erhebungswelle in seinem Umfang erheblich reduziert worden, um das Risiko von Störungen möglichst zu minimieren und damit eine angenehme Atmosphäre und die Teilnahmemotivation der Betroffenen für die weiteren Erhebungswellen aufrechtzuerhalten. Die drastische Reduzierung erforderte für die „permanente Vermittlung zwischen dem Interviewverlauf und dem Leitfaden“ (Flick 2010: 223) zunächst ein gesteigertes Maß kommunikativer Fähigkeiten. Ich stellte allerdings noch während der ersten Erhebungswelle eine Art Routinisierung dieser kommunikativen Flexibilität fest, die sich bis in die vierte Erhebungswelle fortsetzte und im Zuge des vertraulichen Umgangs mit den Interviewpartnerinnen wuchs. Die thematische Anpassung der Leitfäden in der zweiten, dritten und vierten Erhebungswelle geschah vor allem unter dem Gesichtspunkt der möglichen Veränderungen zur vergangenen Erhebungswelle. So ist der Einstieg in die Folgeinterviews individuell ausgestaltet und teilweise auch mit der jeweiligen Begrüßungssituation verknüpft worden. Eine möglichst alltägliche, angenehme Gesprächssituation zu schaffen, war in allen Erhebungswellen eines der wesentlichen Grundsätze. Durch die sich entwickelnde Vertrautheit wurde hier ein weicher Übergang

zwischen Begrüßung und Small-Talk sowie die Interviewsituation, die spätestens mit dem Einschalten des Diktiergeräts begann, leichter möglich. Das im ersten Interview breit angelegte Themenspektrum und die inhaltlichen Aktualisierungen in den Folgeinterviews boten zudem vielfältige Möglichkeiten, den Redefluss der Interviewpartnerinnen durch gewissermaßen immanente Bezüge zu fördern.

3.5 Mehrstufiges Auswertungsverfahren

Die grundlegende Intention bei der Auswertung der empirischen Daten war es, zunächst einen Überblick über das umfangreiche Material zu bekommen und in einem weiteren Schritt die subjektive Perspektive der Betroffenen im Hinblick auf die empirische Spezifik des beruflichen Rückkehrprozesses differenziert zu betrachten.

Zur Systematisierung des Erhebungsprozesses sind nach jedem der insgesamt 40 geführten Interviews grobe inhaltliche Transkripte und Feldnotizen geschrieben sowie Forschungstagebücher mit Notizen zur Methode und theoretischen Überlegungen gepflegt worden. Diese Notizen umfassten auch Anmerkungen zum (inhaltlichen) Interviewverlauf, zu auffälligen Themen oder Aussagen, zur Interviewatmosphäre und zum ersten persönlichen Kennenlernen direkt vor dem jeweils ersten Interview.⁷⁸ Das Anfertigen von Notizen im Forschungsprozess wird in verschiedenen qualitativen Ansätzen erwähnt, wie zum Beispiel das von Witzel (2000) vorgeschlagene Postskript oder die Memos der Grounded Theory (vgl. Strauss/Corbin 1996; Witzel 2000). Nach Beendigung der elfmonatigen Erhebungsphase mit dem bilanzierenden Abschlussgespräch im Januar bzw. März 2018 lag ein Datenmaterial von 40 Interviews mit einer Dauer von je anderthalb bis dreieinhalb Stunden vor.

Zunächst sind der Leitfaden und die darin enthaltenen Themenblöcke als eine Art deduktives Kategoriensystem für die groben inhaltlichen Transkripte und die umfangreichen Feldnotizen verwendet worden. Um das Audio-Material der Interviews anhand dieses Systems strukturieren und sequenziell den jeweiligen Themenfeldern zuordnen zu können, sind die groben Transkripte in intensiver Feinarbeit mit entsprechenden Zeitmarken versehen worden. Dieser Schritt war nötig, da die Interviews aufgrund des Anspruchs der alltagsnahen Gesprächsführung und der situativ flexiblen Thematisierung der verschiedenen Leitfaden-Fragen keinen einheitlichen Verlauf hatten. Für jedes der 40 Interviews ein Volltranskript anzufertigen, überstieg dabei die zur Verfügung stehenden

78 Das gegenseitige erstmalige Kennenlernen war insofern interessant, als dass die Interviewpartnerinnen von einem Bild auf dem Informationsflyer wussten, wie ich aussehe. Ich wusste hingegen nur die Namen der Betroffenen und wartete in der Eingangshalle der Rehabilitationsklinik darauf, von ihnen angesprochen zu werden.

Ressourcen. Die Orientierung an den Leitfaden-Themen war hier geeignet, um einen Überblick über die inhaltliche Basis über alle Fälle hinweg und zudem noch die zeitlichen Veränderungen im Verlauf des Längsschnitts zu bekommen. Als ein Fall wurden die vier Interviews einer Interviewpartnerin verstanden. Ein wesentliches Ziel dieses Schrittes war es also, das empirische Material, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2015; Kuckartz 2014), inhaltlich strukturierend zusammen zu fassen. Um nicht Gefahr zu laufen, lediglich „schon gewusste Konzepte“ (Strübing 2008: 20) auf die empirischen Daten zu übertragen, sind die Kategorien induktiv mittels der Kontrastierung der Aussagen innerhalb einer Kategorie bzw. die Beschreibung des typischen Falls der Kategorie (aus-)differenziert worden (vgl. Kelle/Kluge 2010: 59). Im Zuge der sequenziellen Zuordnung der groben Transkripte und Audio-Dateien zu den Themen des Leitfadens fand so also auch eine induktive Differenzierung der bis dahin sehr groben Kategorien statt. Angesichts des umfassenden Datenmaterials und der empirischen Vielfalt, die sich durch die zeitliche Komponente in besonderem Maße auffächerte, führte die zunehmende Ausdifferenzierung der Kategorien zeitweise zu einem „Chaos des Erlebens“ (Honer 2011: 45). Intensiviert wurde der Analyseprozess durch die Betonung der Idee des „Waving the Red Flag“ (Corbin/Strauss 2008: 80; Strauss/Corbin 1996: 70 f.), also das ständige Infragestellen von Selbstverständlichkeiten und einer Rückbesinnung auf das Erkenntnisinteresse.

Im Laufe der ersten drei Erhebungswellen entstand so ein Kategoriensystem von sechs Hauptkategorien und 19 Subkategorien. Die spezifischen Verbindungen, die u. a. zwischen den inhaltlichen Kategorien zur beruflichen Eingliederung und allgemeinen Rückkehr sowie zur subjektiven Relevanz der Erwerbstätigkeit und Unsichtbarkeit der Krebserkrankung bestanden, haben sich als für die weitere Analyse relevant erwiesen. Diese inhaltlichen Verbindungen sind konzeptionell zunächst ebenfalls über Kategorien abgebildet worden, die in Anlehnung an die Grounded Theory als „Kernkategorien“ (Strauss/Corbin 1996: 100 ff.) bezeichnet werden könnten. Diese Kernkategorien sind in der Kontrastierung mit dem dargestellten Forschungsstand sowie einer notwendigen, gezielten Erweiterung desselbigen inhaltlich ausdifferenziert worden.⁷⁹

Im Zuge dieses intensiven und mehrmonatigen Kodierungs- und Auswertungsprozesses konnte das Material für eine kontrastierend-verdichtende Feinanalyse auf 29 Teiltranskripte von acht Interviewpartnerinnen reduziert und gleichzeitig komprimiert werden. Denn angesichts der enormen Heterogenität⁸⁰

79 Zum inhaltlichen Verlauf siehe die theoretische Einbettung der empirischen Ergebnisse in Kapitel 6.

80 Diese Heterogenität, die u. a. auch auf biografische bzw. persönlichkeitsbezogene Merkmale hindeutet, trägt ein besonderes wissenschaftliche Potential in sich. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation war eine derartige Betrachtung nicht möglich, sodass biografisch-narrative Einzelfallanalysen einen interessanten Gegenstand für ein zukünftiges Forschungsprojekt darstellen.

im Hinblick auf den Verlauf und das subjektive Erleben der beruflichen Rückkehr wurde für den Zweck der vorliegenden Dissertation besonders die Frage nach dem Verbindenden, dem Gemeinsamen an das Material herangetragen. Die Grenze zwischen Kodierung und Analyse war hier also nicht trennscharf, wie es im Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse, an die das Ziel einer strukturierenden Inhaltsreduzierung mithilfe eines Kategoriensystems erinnert, üblich ist (vgl. Strübing 2008: 19). Aus der Anforderung eines offeneren, flexibleren Ansatzes erschien hier eine gewisse Anlehnung an die Grounded Theory als „the discovery of emerging patterns in data“ (Walsh et al 2015: 21) sinnvoll.

An verschiedenen Stellen des Forschungsprozesses war zudem der kollegiale Austausch, in den die diversen Auswertungsschritte kommunikativ getragen wurden, eine große Hilfe. Denn der Austausch half dabei, die Hinweise, die sich ab einem gewissen Punkt im Forschungsprozess dazu erkennen ließen, welche thematischen Aspekte für eine Feinanalyse infrage kommen würden, intersubjektiv einschätzen zu können. Flick (2010) hält das Innehalten, das Bilanzieren und den Austausch, zum Beispiel im Rahmen einer Interpretationsgemeinschaft, für wichtig, um nicht in eine Schleife des unendlichen Vergleichens und Kodierens zu kommen (vgl. Flick 2010: 401 f.).

Für die Feinanalyse des spezifisch Gemeinsamen (in Kontrastierung mit den Unterschieden) im Material ist primär die Methode des thematischen Kodierens angewendet worden. Thematisches Kodieren soll Flick (2010) zufolge als Prinzip für vergleichende Studien mit vorab festgelegten Gruppen angewendet werden (vgl. Flick 2010: 402). Und obwohl es in der vorliegenden Untersuchung nicht um einen Vergleich *zwischen* verschiedenen Gruppen ging, war die kontrastierende Fallanalyse für einen Vergleich *innerhalb* der Gruppe der Brustkrebserkrankten ebenso interessant, um Gemeinsamkeiten herausarbeiten und über die gleichzeitige Berücksichtigung markanter Unterschiede einen möglichst differenzierten Blick auf diese Gruppe erhalten zu können. Im ersten Schritt sind dafür Kurzbeschreibungen für jedes Interview angefertigt worden, die schließlich fallbezogen zusammengeführt worden sind (siehe dazu Anhang 2). Jede Kurzbeschreibung enthielt eine für das jeweilige Interview typische Aussage, einen kurzen thematischen Verlauf der einzelnen Interviews, eine knappe Darstellung der sozio-demografischen Daten der Interviewpartnerin und jeweils individuelle auffällige Themen, die im Interview angesprochen wurden und dieses in besonderer Weise kennzeichnete (vgl. Flick 2010: 403). Diese Kontrastierung war nötig, um die Fälle gezielt zu vergleichen und so das *Gemeinsame* herausarbeiten zu können. Dieser gestaffelte Auswertungsprozess dauerte, die Erhebungsphase als integralen Bestandteil der Auswertung eingerechnet, rund 22 Monate. Insgesamt zeichnet sich die methodische Anlage der Dissertation durch einen Methodenmix aus inhaltlich-reduzierenden und kontrastierend-verdichtenden Ansätzen aus, die flexibel auf das Erkenntnisinteresse abgestimmt worden sind. Im folgenden Kapitel wird ein spezifischer Überblick über das Sample gegeben.

4 Überblick über das Sample: Soziodemographie, Krebserkrankung und Erwerbstätigkeit

Das folgende Kapitel stellt die zehn interviewten Frauen des Samples vor. Zur Vorstellung werden soziodemografische Daten ebenso herangezogen wie Informationen rund um die Krebserkrankung (siehe dazu Tabelle 1) und die Erwerbstätigkeit (siehe dazu Tabelle 2) als zentrale thematische Klammern der vorliegenden Dissertation.

Im Fokus der inhaltlichen Beschreibungen stehen die Aspekte „Alter“, „Behandlungsart“, „Soziale Netzwerke“ und „Berufstätigkeit und berufliche Eingliederungsart“. Diese Punkte sind dafür geeignet, einen einführenden Überblick über die Lebenssituation der Betroffenen zum Zeitpunkt der Interviews zu vermitteln. Die in Kapitel 5 dargestellten Analyseergebnisse können vor diesem Hintergrund kontextualisiert betrachtet werden.

Tabelle 1: Soziodemografie und Krankheitsmerkmale des Samples⁸¹

Lebenssituation	Wohnsituation	Behandlungsart
verheiratet	mit Ehepartner	Total-OP
ledig/liiert, ein Kind	mit Partner	OP, Chemo, Bestrahlung
verheiratet, zwei Kinder	mit Ehepartner	OP, Chemo, Bestrahlung
verheiratet, ein Kind	mit Ehepartner	OP, Bestrahlung
verheiratet, zwei Kinder	mit Ehepartner	OP, Bestrahlung
geschieden, ein Kind	allein	OP, Chemo, Bestrahlung
verheiratet, ein Kind	mit Ehepartner	OP, Bestrahlung
verheiratet, zwei Kinder	mit Ehepartner und einem Kind, später ohne Kind	OP, Chemo, Bestrahlung
verheiratet, zwei Kinder	mit Ehepartner, später allein	OP, Bestrahlung
geschieden, drei Kinder	allein	OP, Bestrahlung

81 Zum Zwecke der Anonymisierung wird in dieser Tabelle darauf verzichtet, die Pseudonyme der Interviewpartnerinnen anzugeben.

Alter | Durchschnittlich sind die Frauen rund 50 Jahre alt, die Spannweite liegt insgesamt zwischen 33 und 60 Jahren. Die 33-jährige Interviewpartnerin ist mit einem Abstand von acht Jahren die jüngste Betroffene. Die sechs Betroffenen zwischen 50 und 60 Jahren decken einen Teil der Altersgruppe ab, die laut dem Robert-Koch-Institut rund 45 Prozent der Brustkrebs-Neuerkrankungen ausmachen (vgl. RKI 2016: 36). Die älteste Interviewpartnerin ist 60 Jahre alt. Durch die vier Betroffenen unter 50 Jahren kann auch ein tiefgehender Einblick in die Perspektive der jüngeren, erwerbstätigen Erkrankten gewonnen werden.

Behandlungsarten | Hinsichtlich der Behandlungsart ist das Sample vor allem durch die Unterscheidung in Bestrahlungs- und Chemo-Therapie geprägt. Das operative Entfernen des Tumors hat jede der interviewten Frauen vornehmen lassen. Fünf Betroffene haben sich einer Bestrahlungstherapie unterzogen. Bei vier der Frauen wies der Tumor spezifische Merkmale auf, die eine zusätzliche Chemo-Therapie erforderlich machten (vgl. dazu u. a. DKG/DKH/AWMF 2021; Söling 2006; Bauer 2006; Kraus-Tiefenbacher/Wenz 2006).

Einen Extremfall im Sample hinsichtlich der Behandlungsart stellt die Brustamputation einer Interviewpartnerin dar. Dies ist insofern besonders, als dass bei dieser Betroffenen ein nicht-invasives Karzinom, ein sogenanntes duktales Carcinoma in situ (DCIS), vorgelegen hat. Rein biomedizinisch gesehen könnte man sagen, dass bei dieser Interviewpartnerin keine unmittelbare Gefahr eines metastasierenden Tumors bestand (vgl. dazu RKI 2016: 122). Die Interviewpartnerin hat daher in Beratung mit ihrem Arzt die Entscheidung getroffen, sich die betroffene Brust abnehmen zu lassen, um eine mögliche Brustkrebserkrankung vorsorglich verhindern zu können (vgl. dazu Narod et al. 2015; Bodungen et al. 2016). Sie ist für die vorliegende Dissertation interessant, da sie mit der Amputation ihrer Brust eine sehr radikale Behandlung hat vornehmen lassen.

Jede der Interviewpartnerinnen spürt die Nachwirkungen der jeweiligen Therapien in den elf Monaten der wissenschaftlichen Begleitung durch die Forscherin. Sowohl die alleinige Bestrahlungstherapie als auch die Kombination aus Bestrahlung und Chemo hinterlassen körperliche, psychische, emotionale, kognitive und soziale Folgen. Der Ablauf der verschiedenen Behandlungsformen gestaltet sich im vorliegenden Sample recht unterschiedlich, was mit der Individualität des Krankheitsverlaufs zu tun hat. So berichten einige Betroffene davon, dass mehrere operative Eingriffe nötig gewesen sind, bis der Tumor vollständig entfernt werden konnte. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie in einem Zeitraum von wenigen Wochen insgesamt drei Mal operiert worden ist und vor der Bestrahlung daher eine gewisse Regenerationszeit angesetzt werden musste. Bei einer anderen Interviewpartnerin wird vor dem operativen Eingriff eine Chemo-Therapie angesetzt, in deren Zuge eine Metastase gefunden wird. Vor der Entfernung des Mammakarzinoms wird daher zunächst noch die Metastase herausgeschnitten.

Die Primärbehandlung dauert im Sample ungefähr zwischen fünf und elf Monaten, wobei auch über diesen Zeitraum hinaus mitunter Medikamente zur Nachbehandlung eingenommen werden müssen. Die Behandlungszeit ist dabei von verschiedenen Einschränkungen geprägt. Die interviewten Frauen, die eine Bestrahlung bekommen haben, berichten hauptsächlich über körperliche Beschwerden, wie Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Muskelschmerzen und die empfindliche, verbrannte Haut an der Brust. Diejenigen Frauen, die zusätzlich eine Chemo-Therapie erhalten haben, berichten verstärkt über kognitive Schwierigkeiten, wie Konzentrations- und Sprachstörungen sowie Vergesslichkeit. Angesichts der Einschränkungen und des Wegfalls der Erwerbstätigkeit erleben es die Frauen in dieser Zeit als hilfreich, ein gewisses Maß an Alltagsstrukturen aufrecht zu erhalten. Besonders Tätigkeiten, die sich die Betroffenen selbst einteilen können, wie Kochen, Aufräumen und Besorgungen erledigen, erfüllen hier diese spezifische Funktion.

Soziale Netzwerke Die Bedeutung des Austauschs mit vertrauten Personen wird von mehreren Interviewpartnerinnen als wichtige Form sozialer Unterstützung betont, wengleich in diesem Zuge immer wieder auch die Subjektivität der Krankheitserfahrung anklingt.⁸² Die Einbettung der Betroffenen in ihre sozialen Netzwerke fällt dabei sehr unterschiedlich aus.

Die meisten Interviewpartnerinnen sind verheiratet und leben gemeinsam mit ihrem (Ehe-)Partner in einem Haushalt. Der Partner ist für die meisten interviewten Frauen der wohl wichtigste Kontakt im sozialen Netzwerk. Die Kinder der Betroffenen sind, bis auf eine Ausnahme, volljährig und leben überwiegend in eigenen Haushalten. Der Sohn einer Interviewpartnerin zieht im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung durch die Forscherin aus dem gemeinsamen Haushalt aus.

Eine alleinlebende Interviewpartnerin berichtet davon, zu jedem Arzt-, Bestrahlungs- oder Chemo-Termin in Begleitung gegangen zu sein. Die Interviewpartnerin bezeichnet sich selbst als „sozial privilegiert“ (a_IP7), was in besonderer Weise die für sie hohe Qualität ihrer Kontakte ausdrückt. Ihr Netzwerk hat einen kleinen, familiären Kern und viele freundschaftliche sowie bekanntschaftliche Kontakte. Der enge Kontakt zu ihrer Familie, vor allem ihrem Kind und ihren Eltern, zeigt sich u. a. darin, dass die Interviews von Telefonanrufen ihrer Familienmitglieder unterbrochen werden, die sich nach dem Befinden der Interviewpartnerin erkundigen wollen.

Demgegenüber fällt eine Interviewpartnerin insofern auf, als dass sie auf Fragen zu ihrem sozialen Umfeld entweder ausweichend antwortet oder die Beantwortung explizit verweigert. Ungewöhnlich ist dabei auch, dass sie, im Gegensatz

82 Siehe dazu zum Beispiel in der Ergebnisdarstellung das Kapitel 5.1.3 zum Krebsbefund als soziale Irritation.

zu den anderen Interviewpartnerinnen, den Krebsbefund nicht sofort mit ihrem Mann und ihren Kindern teilt, sondern einige Tage für sich behält. Ihre wenigen Anmerkungen und ihre Reaktionen auf die anfänglichen Fragen nach ihrer Familie deuten auf angespannte Beziehungen innerhalb der Familie der Betroffenen hin. Im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung zieht die Betroffene darüber hinaus in eine eigene Wohnung.

Berufstätigkeit und berufliche Eingliederung | Die Erwerbstätigkeiten der Interviewpartnerinnen sind breit gefächert. Auch hinsichtlich der schulischen Bildungsabschlüsse ist das Sample heterogen: jeweils zwei Interviewpartnerinnen haben einen Hauptschulabschluss, die mittlere Reife und Hochschulreife. Drei Interviewpartnerinnen haben die Fachhochschulreife erworben. Diese Interviewpartnerinnen verfügen zudem über eine abgeschlossene Ausbildung. Eine Interviewpartnerin hat einen Hochschulabschluss. Zwei der interviewten Frauen üben zum Zeitpunkt der Interviews eine Tätigkeit aus, die nicht ihrem Ausbildungsberuf entspricht. Die Berufsbereiche der ausgeübten Tätigkeiten im Sample sind folgende: „Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung“, „Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“, „Verkehr, Logistik, Schutz und Sicherheit“, „Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht und Verwaltung“ sowie „Kaufmännische Dienstleistungen, Warenhandel, Vertrieb. Hotel und Tourismus“ (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011: 17).⁸³ Auch der zeitliche Arbeitsumfang bzw. die Arbeitszeitmodelle variieren vorwiegend zwischen Vollzeit- und Teilzeitstellen. Eine Interviewpartnerin übt eine Dreiviertelstelle mit 30 Wochenarbeitsstunden aus.

Die Frauen sind zwischen 7 und 15 Monaten arbeitsunfähig. Acht der zehn Interviewpartnerinnen kehren im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (StW) an ihren Arbeitsplatz zurück. Der offiziell festgelegte Zeitrahmen dieser Eingliederungen liegt im Sample zwischen vier und sechs Wochen, in denen die Arbeitszeit wochenweise gesteigert wird. Der subjektive Stellenwert der Erwerbsarbeit deckt ein breites Spektrum ab: Sie bedeutet den Interviewpartnerinnen u. a. finanzielle Unabhängigkeit vom Partner, materielle Existenzsicherung, Alltagsstrukturierung sowie eine Aufgabe zu haben, sozialer Austausch, Freude und die Möglichkeit, die persönliche Berufung auszuüben.⁸⁴ Die Dauer der Betriebszugehörigkeit variiert zwischen zwei und mehr als 30 Jahren, was ein vielschichtiges Bild der Rahmenbedingungen für die berufliche Rückkehr

83 Zum Zweck der Anonymisierung werden die Berufsbereiche nicht weiter differenziert.

84 Der subjektive Stellenwert der Erwerbsarbeit und die individuellen Erwerbsbiografien werden als wichtige Aspekte hinsichtlich des Verlaufs der beruflichen Rückkehr erachtet. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation und ihres Erkenntnisinteresses können die (erwerbs-)biografischen Besonderheiten der Interviewpartnerinnen zwar aufgegriffen, aber nicht vertiefend berücksichtigt werden. Eine detailliertere Betrachtung der Erwerbsbiografien könnte also für weitere wissenschaftliche Auseinandersetzungen ertragreich sein.

Tabelle 2: Überblick über die Erwerbstätigkeiten im Sample

Arbeitsbelastung	Arbeitsumfang	Art der betrieblichen Rückkehr
vorwiegend sitzend	100 Prozent	sofort
vorwiegend sitzend	50 Prozent	sofort
vorwiegend sitzend	50 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
vorwiegend sitzend	100 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
vorwiegend körperlich aktiv	50 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
vorwiegend körperlich aktiv	75 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
vorwiegend körperlich aktiv	50 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
vorwiegend körperlich aktiv	100 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
teils sitzend, teils körperlich aktiv	100 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung
teils sitzend, teils körperlich aktiv	50 Prozent	stufenweise Wiedereingliederung

zeichnet. Größtenteils wird der Kontakt zu den Kolleg:innen als freundschaftlich beschrieben. So findet immer wieder ein Austausch über private Themen statt und es werden auch nach Feierabend gemeinsame Unternehmungen geplant.

Von den beiden Frauen, die in vollem Umfang ihrer bisherigen Stelle zurückkehren, arbeitet jeweils eine in Teilzeit und eine in Vollzeit. Obwohl sie mit ihren sitzenden Tätigkeiten eine ähnliche Hauptbelastungsquelle haben, unterscheiden sich die beiden Betroffenen hinsichtlich des Stellenumfangs, der sozialen Einbettung in das Kollegium und der subjektiven Bewertung der ausgeübten Tätigkeiten. Die eine Interviewpartnerin geht ihrer Teilzeitstelle nicht aus primär finanziellen Gründen nach, sondern aus Freude an den hier anfallenden Aufgaben. Sie arbeitet in ihrem Ausbildungsberuf, in dem sie vor allem koordinierende und kommunikative Anforderungen zu erfüllen hat. Seit einiger Zeit fühlt sich allerdings unterfordert und erledigt zusätzlich die Aufgaben ihrer Kolleg:innen. Ihre finanzielle Unabhängigkeit und die generelle Unterforderung formen den pragmatischen Blick der Interviewpartnerin auf die Frage des Gelingens der beruflichen Rückkehr. Denn sollte es zu Schwierigkeiten kommen, zieht sie mitunter eine Kündigung in Erwägung.

Demgegenüber ausgeprägter ist die Motivation der finanziellen Absicherung bei der anderen Interviewpartnerin. Auch sie arbeitet in ihrem Ausbildungsberuf und zudem noch seit mehr als 25 Jahren im selben Betrieb; allerdings in Vollzeit. Die Sorge darum, in Zukunft nicht mehr die volle Arbeitsleistung erbringen zu

können und gekündigt zu werden, ist für die Betroffene sehr präsent; wenngleich sich aus ihren Beschreibungen kaum ein tatsächliches Risiko ableiten lässt (vgl. dazu auch Britschgi 2011: 77 f.).

Das Sample ist somit trotz der miteinander geteilten Diagnose „Brustkrebs“ in seiner Binnenstruktur durchaus heterogen, sodass für die Analyse breit gefächertes empirisches Material zur Verfügung stand.

5 Ergebnisse

Während der elf Monate, die die Interviewpartnerinnen auf ihrem Weg zurück in das Arbeitsleben begleitet worden sind, hat sich eine enorme Vielfältigkeit in den Bewältigungsstrategien gezeigt. Dabei ist insbesondere sichtbar geworden, in welcher Weise sich die strukturellen und sozialen Bedingungen auf den subjektiven Umgang der Frauen mit der Erkrankung im Alltag auswirken.

Mit Blick auf die Fülle der empirischen Hinweise stellt sich die Frage, wie die erhobenen Daten angemessen präsentiert werden können. Das vorliegende Kapitel soll die Ergebnisse möglichst überschaubar darstellen. Gleichzeitig soll aber auch den Sichtweisen der interviewten Frauen Rechnung getragen werden. Aus diesem Grund werden die Analysen durch Interviewauszüge belegt und zugleich illustriert. Die betroffenen Frauen kommen auf diese Weise selbst zu Wort.

Um den Einstieg in die Auswertung zu erleichtern, soll hier ein markantes Ergebnis vorangestellt werden: Für die betroffenen Frauen geht es um die Suche nach Normalität. Die Krebsdiagnose hat die zuvor gelebte Normalität erschüttert und die Interviewpartnerinnen sind danach vor die Herausforderung gestellt, wieder einen normalen Alltag herzustellen. Doch wie kann das gelingen? Und inwiefern unterscheidet sich diese Normalität von der „alten“ Normalität? Wie wird mit diesen Unterschieden im Alltag – vor allem im leistungsgeprägten Arbeitsalltag – umgegangen? Und welche Bedeutung haben hierfür das soziale Umfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen, wie sie durch die Erwerbsarbeit und das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung gegeben sind?

Um diese Fragen zu beantworten, folgt das vorliegende Kapitel dem Erfahrungsverlauf der Frauen: der Bruch der Normalität durch die Diagnose, der Simulation von Normalität während der Rehabilitation, dem Bemühen um Normalität innerhalb der beruflichen Rückkehr und dem Modellieren von Normalität im zeitlichen Verlauf von einigen Monaten nach Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung. Entlang dieser Phasen will die vorliegende Arbeit aufzeigen, dass, vor allem aber auch wie und warum sich das Normalitätserleben der Frauen verändert – und was die Suche nach Normalität den Betroffenen abverlangt. Dabei soll zugleich sichtbar werden, welche körperlichen sowie psychosozialen Aspekte die Normalitätssuche prägen, und welcher Einfluss den strukturellen sowie sozialen Bedingungen beizumessen ist.

Für die Leserschaft ist es auf den ersten Blick womöglich kaum überraschend, dass sich die Normalität der Betroffenen nach einer Krebserkrankung verändert. Doch für die Gesellschaft und damit für die Soziologie ist die wesentliche Frage zu klären, wie die subjektiven Verarbeitungsprozesse innerhalb der strukturellen Rahmenbedingungen verlaufen und welche Bedeutung das soziale Umfeld

hierfür hat. Zu dieser Frage soll das vorliegende Kapitel anhand des erhobenen Interviewmaterials Aufschluss geben.

5.1 Phase 1| Bruch der Normalität: Untersuchung, Diagnose und Behandlung

Die Krebsdiagnose markiert eine Zäsur. Die bisherigen Selbstverständlichkeiten und Routinen werden zerbrochen, Die Frauen erleben eine alle Lebensbereiche umfassende Verunsicherung und berichten von großer Angst. Wird man „es schaffen“? Wie wird sich das Leben durch die Diagnose verändern? Welche Behandlungen und Behandlungsfolgen wird es geben? Wie wird sich der Körper äußerlich verändern? Und wie lange wird man an der Arbeit fehlen? Bereits Gerdes (1986) resümiert, dass die Krebsdiagnose die Betroffenen aus der Normalität ihres bisherigen Alltags „herausstürzen“ (vgl. Gerdes 1986) lässt. Was dies aber genau bedeutet und inwiefern sich hier ein Bruch der Normalität vollzieht, sollen die folgenden Abschnitte zeigen.

5.1.1 Der Verdacht, krank zu sein

„Als ich bergauf gelaufen bin, hatte ich plötzlich das Gefühl, mein Herz würde mir aus der Brust springen.“

In der Retrospektive der Frauen finden sich Hinweise auf einen Verdacht, eine während der üblichen Untersuchungen erlebte Ahnung, dass etwas nicht in Ordnung sein könnte. Anlass für die medizinischen Untersuchungen sind zum Beispiel die zweijährlichen Mammografie-Termine, die sechs der zehn Interviewpartnerinnen aufgrund ihres Alters (ab 50 Jahren)⁸⁵ in Anspruch nehmen, oder gynäkologische Routineuntersuchungen. Teilweise verdichten sich die Anzeichen aber auch bei einer Nachsorgeuntersuchung aufgrund einer in der Vergangenheit bereits behandelten onkologischen Erkrankung oder eines zur medizinischen Abklärung von Beschwerden vereinbarten ärztlichen Termins. Die Untersuchungsabläufe unterscheiden sich dabei etwas. So beinhaltet eine gynäkologische Untersuchung eine Anamnese samt Tastuntersuchung, während es bei der Mammografie gezielt um die Früherkennung von Brustkrebs mittels bildgebender Verfahren geht.⁸⁶

85 Siehe dazu Tabelle 1.

86 Auf spezifische Unterschiede im Untersuchungsablauf und der Befund-Kommunikation dieser verschiedenen Untersuchungsarten soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Zum Ablauf von Untersuchungen gibt beispielsweise der Deutsche Krebsinformationsdienst und die Deutsche Krebshilfe differenzierte Informationen an die Hand.

Die interviewten Frauen eint, dass bei ihnen eine *Auffälligkeit in der Brust* gefunden wird, die einer weiteren *medizinischen Überprüfung* bedarf. Das nun einsetzende medizinische Verfahren ist mehrstufig und kann sich über einen Zeitraum von mehreren Wochen erstrecken, da i. d. R. eine Biopsie des Tumors⁸⁷ erfolgt. Hierfür wird eine Gewebeprobe entnommen, deren Analyse dazu dient, die Beschaffenheit der Zellansammlung zu bestimmen. Damit soll eine klare Aussage darüber getroffen werden, welche Merkmale der Tumor aufweist und wie, falls nötig, die Behandlung gestaltet werden sollte.

Das Warten auf das Ergebnis der medizinischen Prüfung erleben die interviewten Frauen als belastend. Bereits der nun plötzlich intensive und regelmäßige Kontakt mit dem medizinischen Sektor löst Unbehagen aus. Hierin drückt sich auf subjektiver Ebene eine spezifische Unsicherheit gegenüber dem Medizinsystems aus, da eine gesunde Person üblicherweise deutlich weniger Kontakt zum Gesundheitswesen hat als eine kranke Person.⁸⁸ Obwohl in dieser Situation noch kein Krebsbefund besteht, wird die Gewebeveränderung von den interviewten Frauen nur bedingt als harmlose Abweichung von einem biologischen Normalzustand wahrgenommen. Sie erleben ihre *Gesundheit* als zu Schaden gekommen, als *nicht mehr intakt*. Dabei gibt es durchaus Abweichungen, die zum „Auf und Ab des menschlichen Lebens gehören“ (Franke 2012: 32) und somit keinen Krankheitswert haben. Im Fall der Gewebeveränderung schwingt allerdings unmittelbar das *potenziell Pathologische* mit das „Schreckensgespenst Krebs“ (a_IP3).⁸⁹ Es deutet sich hier schon an, welche Erschütterung es auszulösen im Stande wäre. Doch an diesem Punkt wiegt die Hoffnung darauf, dass es

87 Der Begriff „Tumor“ wird im alltäglichen Sprachgebrauch meist als Synonym für „Krebs“ verwendet. In der medizinischen Verwendung sagt der Begriff allein allerdings nichts darüber aus, inwiefern die Gewebeansammlung gut- oder bösartig ist (vgl. zum Beispiel RKI 2016: 22).

88 Mit Luhmann (2005) lässt sich dieses Unbehagen anhand der „perversen Vertauschung der Werte“ (Luhmann 2005: 180) des Medizinsystems begrifflich machen. Denn im Unterschied zu anderen Funktionssystemen ist im Hinblick auf die Codierung des Medizinsystems in „krank“ und „gesund“ gerade die Krankheit der positive Wert; also der Wert, der die Anschlussfähigkeit des Funktionssystems vermittelt. Anders gesagt: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv [...] Die Gesundheit gibt nichts zu tun“ (Luhmann 2005: 179). Auch Kickbusch (2006) verweist auf diese Widersprüchlichkeit, wenn sie sagt, dass Medien die u. a. finanziellen und personellen Aufwendungen des Medizinsystems als Ausgaben für die Gesundheit bezeichnen, es sich dabei aber eher um Ausgaben für Krankheit handelt (vgl. Kickbusch 2006: 31). Für eine weitere Auseinandersetzung mit dieser Thematik siehe u. a. Stollberg (2001) und Gerlinger (2006).

89 Die Kennzeichnung mit *a* gibt eine Information dazu, dass es sich bei dem Ausschnitt um eine Zitation aus dem ersten Interview der insgesamt vier Erhebungswellen handelt. Sie werden von *a* bis *d* beziffert. Die Auslassungen und Ergänzungen, die die eckigen Klammern in den Interviewzitationen anzeigen, sind immer von der Autorin der Dissertation vorgenommen worden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im Folgenden auf diese Angabe verzichtet.

sich bei dem unklaren Befund um eine gutartige und problemlos zu behandelnde Zellenansammlung handelt, die latente Unsicherheit noch auf.

5.1.2 Der Schock der Diagnose

„Sterben. Das war mein erster Gedanke.“

Die interviewten Frauen erinnern sich sehr genau an den Moment der Diagnose. Zu **drastisch** ist der Schock, den der Befund „Brustkrebs“ auslöst. Trotz des medizinischen und technischen Fortschritts⁹⁰ und scheinbar abgekoppelt vom realen Mortalitätsrisiko drückt sich in der Heftigkeit des Diagnoseschocks der Schlagschatten der menschlichen Endlichkeit aus. „Das erste, was mir in den Sinn kam, war: Sterben. Das war mein erster Gedanke. Und da habe ich dann auch ein bisschen geheult, das gebe ich gerne zu“ (a_IP7, 76:29). Der Diagnoseschock trifft die Frauen trotz der vorangegangenen Untersuchungen und der hiermit verbundenen latenten *Unsicherheit* unvorbereitet.

„So eine Diagnose kommt ja von heute auf morgen, die kriegt man ja nicht mit Ankündigung von so einer langen Zeit, dass man sich darauf vorbereiten kann. (..) Und dann ist halt nichts mehr so wie vorher, ne? (...) [...] Das zieht einem den Boden unter den Füßen weg“ (a_IP6, 27:48).

Der Brustkrebsbefund *zerbricht die Selbstverständlichkeit(en) des alltäglichen Lebens* und, dies haben bereits andere Forschungen festgestellt, erschüttert die zuvor gelebten Routinen (vgl. dazu Gerdes 1986). In kürzester Zeit verlieren die Betroffenen hier an emotionaler und sozialpsychologischer Stabilität. „Der plötzliche Umschlag von einer sicher geglaubten Gesundheit in eine diagnostizierte Krankheit [...] konfrontiert die erkrankten Menschen mit der Ungewissheit und Unvorhersehbarkeit menschlichen Lebens“ (Keil 2013: 131). Plötzlich beherrschen Fragen und Themen das alltägliche Leben, die für die meisten Betroffenen bisher meist ausgeblendet waren.⁹¹

90 Dies ist zum einen an der zunehmenden Früherkennung auch von Vorstufen einer Krebserkrankung erkennbar, aber zum anderen auch an der sinkenden Mortalitätsrate. Siehe dazu den Abschnitt 2.1 zur Entwicklung der Krebs-Inzidenz.

91 Einige wenige Berührungspunkte gibt es bei denjenigen Interviewpartnerinnen, deren Erwerbstätigkeit nahe am oder im medizinischen Bereich liegt, die in der Vergangenheit schon einmal eine onkologische Erkrankung hatten und/oder in deren soziales Umfeld es bereits Krebserkrankungen gegeben hat.

„Das Leben ist begrenzt. Man weiß nicht, was es zu Ende ist. Es kann auch plötzlich alles ganz anders sein. Dinge kommen von außen, auf die du keinen Einfluss hast. [...] Es ist der eine Moment da, da ist alles noch so wie's immer ist und im nächsten Moment musst du dir überlegen, wo du dich jetzt operieren lässt“ (b_IP3, 94:19).

Frau IP3 und Frau IP9 bekommen bereits zum zweiten Mal einen onkologischen Befund mitgeteilt, doch dieser „Erfahrungsvorsprung“ bietet keinen Schutz:

„Ja, du bist in dem Moment schon (...) irgendwie schockiert, ne? Wenn dir jemand sagt, es ist wieder was da und es gibt im Grunde nur noch die Möglichkeit zu sagen, Brust ab. Im ersten Moment denkst du halt so: Wow, okay, jetzt wird's ernst“ (a_IP9, 83:42).

Frau IP9 berichtet aber auch davon, es als ärgerlich empfunden zu haben, dass die Behandlung des ersten DCIS offenbar nicht gefruchtet hat. Dabei hatte sie sich medizinisch gut beraten gefühlt und daran geglaubt, dass die OP, bei der das betroffene Gewebe plus einem Sicherheitsrand großflächig entfernt worden war, sowie die zusätzliche Bestrahlung der Brust ausreichend sein würden. Bei einer Kontrollmammografie war nun wieder ein „Sternenhimmel“ an kleinen Kalkablagerungen in der Brust entdeckt worden. Frau IP9 bespricht die Diagnose noch am selben Tag mit ihrer Familie. Erneut vertraut sie bei ihrer Entscheidung, sich die Brust abnehmen zu lassen, nicht zuletzt aber auch auf die medizinische Einschätzung ihres Arztes.

Der Tumor macht von ein auf den anderen Moment eine *eigene Zeitstruktur* erforderlich, die von zu planenden Behandlungsschritten geprägt ist. Das bedeutet auch, dass die bis dahin gelebten Routinen nicht ohne Weiteres wieder hergestellt werden können. Die durch die Krebsdiagnose ausgelösten Erschütterungen sind, wie auch Keil (2013) identifiziert, „nicht punktuell lokalisierbar, sondern stellen sich als eine komplexe Welt dar. Nicht ein Organ erkrankt, sondern der ganze Mensch ist in die Krise einbezogen“ (Keil 2013: 135). Dies treibt die Betroffenen, zumindest temporär, in einen Zustand emotionaler Orientierungs- und Perspektivlosigkeit. Die Frauen fragen nicht nur „Wann werde ich wieder arbeiten können?“ und „Welche Einschränkungen werde ich haben?“, sondern auch: „Wird es jemals wieder so sein wie vor der Diagnose?“

Schon während der Diagnose bildet sich somit als *Referenzpunkt des Handelns und Denkens die bisherige Alltagsgestaltung* heraus, also das Leben mit Familie und Freund:innen, die Erwerbstätigkeit und die verschiedenen Freizeitaktivitäten. Die Frauen entwerfen damit, so lässt sich resümieren, einen Maßstab für die Bewertung für die weiteren Phasen des Krankheitsverlaufs, aber auch für die daran anschließende Situation.

„Mit Diagnosestellung hatte ich schlagartig keine Verträge mehr mit meinem Körper. (..) Dann hab' ich (..) gar nichts mehr gemacht. Außer, dass ich da noch mit dem Hund mich beschäftigt habe und gegangen bin. Aber ansonsten war da für mich erst mal Feierabend“ (a_IP7, 33:00).

Die Diagnose verunsichert die Frauen in ihrem Vertrauen in das eigene Körpergefühl, da der Krebs bisher kaum Beschwerden oder gar Schmerzen verursacht hatte. Die Heimtücke, die dem Krebs zugesprochen wird (vgl. dazu Sontag 1996), zeigt hier also ihre Auswirkung darin, dass das *gestörte Vertrauen zum Körper* über eine emotionale Distanzierung zu bewältigen versucht wird. Die Selbstfürsorge wird reduziert. Hobbies, insbesondere körperbezogene Aktivitäten wie Yoga oder Bauchtanzen, werden nach der Diagnose eingestellt. Einige Interviewpartnerinnen verfallen in depressive Stimmungen.

Der Schock lässt selbst diejenigen, die sich selbst als „positiven Menschen“, als „Stehaufmännchen“ beschreiben, in einen mitunter lethargischen Zustand verfallen. Depressive Verstimmungen als Unterform einer affektiven Störung sind laut Vehling et al. (2012) nach einer Krebsdiagnose nicht unüblich und müssen oftmals auch behandelt werden.

5.1.3 Der Krebsbefund als soziale Irritation

„Das ist jetzt ein Drama, der Krebs.“

Während der belastenden Diagnosephase sind Familie und Freund:innen für die Frauen eine wichtige Ressource. Die *soziale Unterstützung von vertrauten Menschen* fängt die Betroffenen emotional auf und hilft dabei, den Befund zu verarbeiten. Dazu reicht manchmal eine Umarmung als tröstende Geste, manchmal genügt allein die Anwesenheit einer nahestehenden Person und das im gemeinsamen Schweigen geteilte Wissen um die Angst, die der Befund auf beiden Seiten auslöst.

Das soziale Netzwerk trägt aber durchaus mehrere Facetten in sich: Es ist auf der einen Seite unterstützend und kraftpendend. Auf der anderen Seite verlangt es den Betroffenen auch eine Menge persönlicher Kompetenzen ab, die Schockdiagnose an nahestehende Menschen weiter zu geben: „Die [Diagnose] haut einen natürlich erst mal um, ne. Das war schon (..) das war schon sehr extrem“ (a_IP6, 14:34). Als *Assoziation mit Themen wie Tod, Sterben und Leid* wird die Krebserkrankung nach wie vor tabuisiert. Diese Tabuisierung drückt sich hier in einer *sozialen Irritation* des sozialen Umfelds aus. Dabei könnte der offene Austausch über geteilte Ängste und Befürchtungen dabei helfen, einer Stigmatisierung proaktiv zu begegnen. Doch zu massiv scheinen die Ängste des Umfelds zu sein: vor dem Risiko, in naher Zukunft einen geliebten Menschen an den Krebs

zu verlieren, aber auch vor der eigenen Sterblichkeit, die durch die Erkrankung der vertrauten Person nun näher an die eigene Wirklichkeit heranrückt, wie es auch Gerdes (1986) beschreibt.

„Und ich finde es dann halt, ich fand eigentlich die Leute ehrlicher, die gesagt haben: Ich weiß jetzt nicht, wie ich mit dir umgehen soll. (...) Ich kann nicht zu dir kommen, ich (...) weiß nicht wie du aussiehst jetzt. Ich sage: Na genauso wie vor zwei Tagen, wo ich die Diagnose gekriegt habe“ (d_IP5, 53:27).

Der Tumor ist zu dieser Zeit für das soziale Umfeld äußerlich nicht sichtbar und an die Mitteilung der Diagnose ist darüber hinaus die rasche Behandlung der Erkrankung geknüpft. Dennoch verunsichert er die Familien und Freund:innen der Betroffenen sehr.

„Manche haben auch direkt gefragt einfach oder gesagt: Ich weiß jetzt nicht, wie ich damit umgehen soll. Wo ich dann gesagt habe: Wie wäre es mit ganz normal? Kannst mich mal abholen und wir können mal lachen (lachend) irgendwie“ (a_IP5, 97:37).

Diese sozialen Irritationen erleben die Frauen als sehr belastend. Denn das soziale Umfeld ist im ohnehin erschütterten Alltag ein *wesentlicher Normalitätsanker*. Die Kontakte aufrechtzuerhalten bedeutet hier das Hervorheben der (nach wie vor?) bestehenden Gemeinsamkeiten gegenüber den nun krankheitsbedingten Unterschieden. Die zunächst auf subjektiver Ebene ausgelöste Erschütterung zieht nun auch auf sozialer Ebene ihre Kreise. Im Verhalten der Anderen spiegelt sich der Bruch der bisherigen Normalität und die krankheitsbedingte Andersartigkeit der Betroffenen ständig wider.

Die folgenden Beispiele von Frau IP9 und Frau IP5 zeigen verschiedene Facetten der sozialen Irritation. Sie reichen von der *Vermeidung persönlichen Kontakts* bis hin zu *vermehrter Fürsorglichkeit*.

Frau IP9 erlebt die Wirkmächtigkeit der Assoziationen von Krebs und Tod daran, dass ihre Eltern die Sorge um ihre einzige Tochter in einer Art gesteigerter Fürsorge kanalisieren.

„Die haben das überkompensiert, die waren so im Überfürsorgemodus, ne? Wir haben halt erst vor zwei Jahren ein Haus gekauft und dann so: Ja, der Papa macht euch dann noch das und an der Terrasse muss ja auch noch gestrichen werden. Und dann machen wir das noch und nee, das Geld, das brauchst du uns nicht geben, das bezahlen wir schon. Ne? Die waren dann so ein bisschen\ Die haben mich dann so ein bisschen betüddelt. Sagen wir es mal so“ (a_IP9, 61:24).

Auch für die Eltern von Frau IP5 ist der Krebs-Befund ihrer Tochter ein „Drama“ (a_IP5), was für die Betroffene wiederum selbst nur schwer auszuhalten ist:

„Das verstehen die, glaube ich, auch bis heute nicht so richtig. Das ist jetzt ein Drama, der Krebs. Und ich habe mich dann eigentlich auch teilweise zurückgezogen, weil ich die mitleidvollen Blicke nicht ertragen konnte, mir dann einfach gesagt habe: Hey, pass mal auf, jetzt bleiben wir [ihr Mann und sie] mal ein bisschen für mich und ich muss jetzt da durch. Kannst mich anrufen, aber reg mich nicht auf und heul nicht, sage ich. Das kann ich nicht vertragen, das (lachend) geht nicht. [...] Sage ich: Ihr macht mich alle wahnsinnig hier.

I: Und was haben die gemacht, was Sie wahnsinnig gemacht hat?

IP5: Ja, ständig geheult: Ja, aber was ist denn, wenn? Ich sage: Ich will nicht darüber nachdenken, was ist, wenn. Will ich nicht. Sage ich: Das ist jetzt erst mal weg. Gut, (unv.) akzeptiert das doch einfach. Aber das/ ja, gut, das ist dann vielleicht auch eine Generation von meinen Eltern, wo das so/ Da ist Krebs gleich Tod, [...] Das war halt immer so, es ist Krebs gleich Tod. [...] Ich weiß, dass meine Eltern Leute kennen, die an Brustkrebs gestorben sind, das weiß ich. Aber ich will es nicht hören. Ich will das einfach wegschieben“ (a_IP5, 47:12).

Auf das ständige Weinen, die mitleidvollen Blicke und das wiederholte Hinweisen des Sterberisikos bei Brustkrebs reagiert Frau IP5 mit sozialer Distanzierung von ihren Eltern. Da sich der Kontakt zu ihnen auch unabhängig von der Erkrankung schwierig gestaltet, bricht die Interviewpartnerin sogar kurzzeitig den Kontakt komplett ab. Der Kontaktabbruch scheint hier eine wichtige Strategie zu sein, um sich in dieser kräftezehrenden Zeit vor weiteren Belastungen zu schützen.

„Ich kann nicht, habe ich dann irgendwann gesagt. Und: Ich kann mich nicht noch belasten, dass ich euch tröste. Ich muss selber stark bleiben einfach, sonst packe ich das ja auch nicht“ (a_IP5, 49:00).

Im Rückblick bezeichnet Frau IP5 diese Einstellung als „gesunden Egoismus“ (a_IP5, 26:54). Ihr Mann ist in dieser Zeit der wichtigste Ansprechpartner für Frau IP5, denn mit ihm gibt es den Raum für einen Dialog für persönliche und gemeinsame Ängste. Zum Selbstschutz werden in dieser Zeit die Qualität bestehender sozialer Kontakte abgewogen.

Letztendlich wird ist hier also der *ambigue Kontakt zum sozialen Umfeld* deutlich. Denn diese mal mehr, mal weniger ausgeprägten Irritationen des Umfelds erfordern von den Erkrankten ständig eine Reaktion, die wiederum eine Reflexion dieser neuen, krankheitsbezogenen Wirklichkeit voraussetzt. Die Betroffenen erleben nun, wie sie immer wieder als erkrankte Personen adressiert werden. Eine Situation, die von den Frauen eine Anpassung bzw. Gewöhnung erfordert. Und letztendlich bleibt paradoxerweise trotz der sozialen Unterstützung die

Erkenntnis: „Man muss diesen Weg ja erst mal selber gehen“ (a_IP6). Das soziale Umfeld trägt hier also einerseits ein enormes Unterstützungs- und Stabilisierungspotential in sich; vermag die ohnehin belastende Situation für die Betroffenen aber auch zu verschärfen. Die gesellschaftliche Tabuisierung von Themen wie Sterben und Leid sowie die hartnäckige Assoziation von Krebserkrankungen mit eben jenen Tabuthemen spiegelt sich hier in der Irritation des sozialen Umfelds wider.

Aus der Diagnose resultiert darüber hinaus eine *Arbeitsunfähigkeit*. Für die Interviewpartnerinnen ergibt sich so unmittelbar die Notwendigkeit, den Arbeitgeber über den vermutlich mehrmonatigen, aber grundsätzlich erstmal kaum einschätzbaren Ausfall zu informieren. Mehrere Betroffene berichten davon, neben der Personalabteilung als zuständigen betrieblichen Bereich auch den direkten Vorgesetzten sowie die Kolleg:innen über den Befund aufzuklären. Insgesamt zeigt sich hier ein hohes Pflichtgefühl, das die Betroffenen gegenüber ihren Vorgesetzten und den Kolleg:innen empfinden. So sollen die Arbeitsabläufe durch die bevorstehende krankheitsbedingte Abwesenheit möglichst wenig gestört werden. Offiziell besteht bezüglich der Diagnose insofern ein besonderer (Daten-) Schutz, als dass die Betroffenen dem beruflichen Umfeld keine Auskunft darüber geben müssten. Inoffiziell allerdings läuft diese Regelung den oft freundschaftlichen Beziehungen der Interviewpartnerinnen zu Vorgesetzten und Kolleg:innen zuwider. Diese mitunter engen Beziehungen waren zuvor im Arbeitsalltag üblicherweise positiv bewertet worden. Die Betroffenen stehen hier also vor der Aufgabe, die Rahmenbedingungen sowie die Art und Weise dieser weitreichenden Krankheitsmitteilung zu reflektieren und aktiv zu gestalten.

Der Fall von Frau IP1 zeigt in besonderem Maße die Zerrissenheit und Belastung, die für die Betroffenen im beruflichen Kontext mit der Diagnose einhergehen können. Die 59-Jährige findet auf die Frage, wie sie ihrem beruflichen Netzwerk eine derart emotions- und angstbesetzte Diagnose mitteilen soll, keine rechte Antwort. Sie arbeitet seit mehr als 25 Jahren in demselben Betrieb und schätzt den professionellen, nicht zu persönlichen Rahmen ihrer beruflichen Kontakte. „Nicht zu nah, aber auch nicht zu fern“ (a_IP1), sei es. Die 59-Jährige hatte in den ersten Tagen nach der Diagnoseverkündung weder mit ihrer Familie noch mit ihren Arbeitskolleg:innen über die Krebserkrankung gesprochen. „Ich habe das ein paar Tage nur mit mir geschleppt. Wusste ich gar nicht, was ich jetzt machen soll, wie ich mich verhalten soll“ (b_IP1, 2. Teil, 36:03). Mit ihrem Schweigen im beruflichen Kontext hatte sie vermeiden wollen, von ihrem Umfeld mit einem „anderen“, mitleidigen Blick angeschaut zu werden. Doch ihr Pflichtgefühl gegenüber ihrer Vorgesetzten (als Stellvertreterin des Betriebs) bewegt die Interviewpartnerin schließlich dazu, sich der Chefin an einem ruhigen Freitagnachmittag, als das Büro nicht mehr zu stark besetzt ist, anzuvertrauen:

„Ja, dann habe ich gesagt, was ich habe\ Dass ich wirklich lange fehle oder ob ich überhaupt komme, weiß ich auch nicht, ne? Also, das wusste sie schon. (...) Dass etwas unternommen werden muss, dass das nicht nur eine Krankheit, wie nach zwei Wochen Erkältung oder sowas, kommt sie wieder. Das, nee das habe ich schon gesagt. Auch, wenn man das nicht muss“ (a_IP1, 1. Teil, 76:30).

Langfristig ein Geheimnis aus der Diagnose zu machen, „hätte keinem etwas gebracht“ (b_IP1); wobei aus ihren Erzählungen hervorgeht, dass Frau IP1 hier vor allem ihren Arbeitgeber meint. Ausschließlich ihrer Vorgesetzten teilt die 59-Jährige mit, dass die Krankheitsdauer, die auf der ersten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) steht, vermutlich nur ein Bruchteil der gesamten AU-Dauer sein wird und zu diesem Zeitpunkt zudem nicht abzusehen ist, wie lange sie tatsächlich ausfallen wird.

5.1.4 Das Fremdheitsgefühl gegenüber dem eigenen Körper

„Ich habe mich die ganze Zeit gut gefühlt.“

Die unmittelbare Betroffenheit der interviewten Frauen zwingt sie trotz ihrer Ängste zu einer genaueren Auseinandersetzung mit der Krankheit. Im Rückblick reichen die subjektiven Beurteilungen des Krebses von „Schuss vor den Bug“ (IP7), „Wachrütteln“ (IP8), „*ungebetener Gast*“ (IP1) oder „Schreckgespenst, das einen dazu zwingt, sich mit der Sterblichkeit auseinanderzusetzen“ (IP3) über „Chance auf ein neues Leben“ (IP11) und „Neustart, um Potentiale besser zu nutzen“ (IP8).

So positiv die Bezeichnungen als „Neustart“, „Chance“ und „Wachrütteln“ auch anklingen lassen: Die Interviewpartnerinnen teilen das Erleben einer *enormen Bedrohlichkeit* der Krebsdiagnose. Diese Bedrohlichkeit spiegelt sich u. a. darin wider, was Frau IP1 mit der Bezeichnung des Krebses als „ungebetener Gast“ ausdrückt. Es ist das unheimliche Gefühl der „*Fremde im eigenen Körper*“, welches durch die unbemerkte, größtenteils beschwerdefreie Entstehung des Krebses ausgelöst wird.⁹² Ohne um Einverständnis zu bitten, sei er in den Körper eingedrungen, sagt Frau IP1. Der Blick auf die Krebserkrankung und den Tumor als „festen Platz“ der Erkrankung im Körper ist dabei klar: Ihr/ihm wird ein *hinterlistiger, täuschender, heimtückischer Charakter* zugesprochen, wie auch Sonntag es beschreibt (vgl. Sonntag 1996). Demgegenüber zwar untergeordnet klingt mitunter aber auch an, dass sich die interviewten Frauen in gewisser Weise von ihrem Körper „getäuscht“ fühlen. Denn nur selten sind im Voraus Beschwerden oder gar Schmerzen aufgetreten.

92 Das Fremdheitsgefühl, das die Frauen im Zuge der Diagnose gegenüber ihrem Körper empfinden, kommt auch zu späteren Zeitpunkten immer wieder zum Tragen, siehe dazu Abschnitt 5.2.3, Abschnitt 5.4.4 und Abschnitt 5.4.5.

Der Körper hat demnach kein „Alarmsignal“ für potenziell ausbrechende Erkrankungen gegeben. Der Gedanke daran, dass die körperliche Unversehrtheit vor der Diagnose rückblickend betrachtet ein Trugschluss gewesen ist, setzt das Vertrauen in das eigene Körpergefühl erheblich herab.

Welche Erschütterung mit dieser Erkenntnis einhergeht, zeigt das Beispiel von Frau IP3, die zum zweiten Mal innerhalb von acht Jahren an Brustkrebs erkrankt. Sie empfindet angesichts der zweiten Diagnose ein befremdliches Gefühl, weil sie „völlig ahnungslos“ zum MRT gegangen sei. Aufgrund ihres Status als Risikopatientin wird ihr diese Maßnahme im zweijährlichen Turnus verordnet.

„Und da hat mir da der Arzt gesagt: Ja, tut mir leid, Frau (Name), wir haben da etwas in der anderen Brust gefunden. Und das habe ich überhaupt nicht erwartet, das war total der Schock. Also, das war unerwartet für mich, weil es waren acht Jahre dazwischen und ich habe einfach nicht damit gerechnet. Ist ja auch nicht so, dass man irgendwie ein Vorzeichen dafür hat, sich schlecht oder so. Ich hab' mich gut gefühlt, ne?“ (a_IP3, 32:28)

Sie berichtet, dass der Schock „dieses Mal auch wieder sehr groß war. Der war wahrscheinlich nicht kleiner als beim letzten Mal. Das war wirklich so: Ach, du Scheiße. Nochmal“ (b_IP3, 80:11). Die Fassungslosigkeit von Frau IP3 hat ihren Ursprung nicht allein in der erneuten Erkrankung, sondern auch in dem Umstand, dass sie sich gut gefühlt hat. Während der Tumor zum zweiten Mal in ihr heranwächst, fühlt sie sich gut. Sie hat keinerlei Anzeichen für die erneute Erkrankung bemerkt. Die hier zugrunde liegende Annahme, dass man es spüren müsse, wenn sich ein bösartiger Tumor in der Brust bildet, führt dazu, dass die Interviewpartnerinnen ihren Körper nun sehr genau beobachten. Auch bisher als harmlos eingestufte Körpervorgänge und „Zipperlein“ werden registriert und medizinisch abgeklärt.

„Also, ich gerate jetzt nicht in Panik, wenn die Brust mal zwickt (...). Das habe ich alles abgeklärt und da können mir die Ärzte hier in der Reha auch nichts anderes sagen als meine Gynäkologin oder die behandelnden Ärzte in [dem behandelnden Brustzentrum], als dass das eine ganze Zeit lang eben noch so sein kann“ (a_IP4, 106:07).

So wie Frau IP4 klären auch die anderen interviewten Frauen jegliches Unwohlsein mit ihren Ärzten ab, um eine Metastasierung oder ein Rezidiv auszuschließen, ja vermeiden zu können. Die durch den Befund ausgelöste *Verunsicherung* führt dazu, dass die Frauen immer wieder eine Art Korrektiv für ihre subjektive Wahrnehmung benötigen. Dabei vertrauen sie auf die medizinische Beurteilung ihrer Ärzte.⁹³

93 In der Reha ist die Thematik des Korrektivs für diese gesteigerte Selbstbeobachtung von besonderer Bedeutung, siehe dazu Kapitel 5.2.3.

5.1.5 Die Suche nach Sinn in der Krankheit

„Warum habe ausgerechnet ich das bekommen?“

Das Konglomerat an Erschütterung, Schock, Fremdheitsgefühl und sozialer Irritation treibt die Suche der Betroffenen nach der Krebsursache in besonderem Maße voran. Es werden Symptome, Beschwerden oder Belastungen aus der Zeit vor der Diagnose mit dem Wissen um den bevorstehenden Krebsbefund in spezifischer Weise neu bewertet.

So berichtet etwa Frau IP5, dass der Tumor einen Durchmesser von vier Zentimetern hatte, was in etwa der Größe eines Tischtennisballs entspricht.

„Er war schon so groß, ich hätte ihn unter der Dusche beim Einseifen merken müssen. Beim Abtasten, was man ja machen sollte in meinem Alter“ (a_IP5, 31:06).

Den Knoten, der sich später als bösartiger Tumor herausstellt, habe sie also bereits vor der Diagnose bemerken können. Unausgesprochen steht hiermit auch ein „müssen“ im Raum.

Frau IP7 beschreibt, dass ihr Hund rund ein Jahr vor der Diagnose damit begann, in Richtung der betroffenen Brust zu schnüffeln. Dieses Verhalten hatte die Interviewpartnerin damals sehr genervt. Zeitgleich war es öfter vorgekommen, dass sie sich bei den Spaziergängen hatte übergeben müssen. Frau IP7 hatte sich den plötzlichen Brechreiz zu dieser Zeit nicht erklären können. Rückblickend bewertet sie das Verhalten des Tieres neu: „Sie hat es gewusst“ (a_IP7, 95:20).

In beiden Fallbeispielen deutet sich eine Art selbstkritische Reflexion an, die vor allem im Kontext der „Warum?“-Frage vorgenommen wird. Neben dem „Warum?“ kommt auch ein „Warum ich?“ und schließlich ein „Was habe ich falsch gemacht?“ auf. Diese Fragen rühren daher, den Krebs begreifen zu wollen, so lässt sich resümieren. Diese Fragen lassen sich angesichts der erfahrenen Erschütterung als Versuch verstehen, ein Gefühl von Handlungsmächtigkeit, Selbstwirksamkeit, Kontrolle wiederzuerlangen.⁹⁴ Jede der interviewten Frauen spricht darüber, sich mit dieser Warum-Thematik auseinandergesetzt zu haben.

Die individuellen Antworten, zu denen die Frauen kommen, ergeben ein breit gefächertes Spektrum von *biologischen Veranlagungen über Ernährungs- und Sportverhalten* bis hin zu *persönlichen Wesenszügen*. Dass die Interviewpartnerinnen ihren Fokus bei der Suche nach der Krankheitsursache aber verstärkt auf Bereiche legen, die sie aktiv gestalten zu können glauben, ist in Anbetracht des modernen Ideals einer/s eigenverantwortlich handelnden Patient:in, treffender als „Co-Produzent von Gesundheit“ (vgl. Badura 1994: 24) zu bezeichnen, kaum

⁹⁴ Siehe dazu im Forschungsstand die Erläuterungen zu dem Hintergrund des Konzepts der Krebspersönlichkeit im Abschnitt 2.3.3.

überraschend. So resümiert ein Großteil der interviewten Frauen: „Da habe ich wohl nicht gut genug auf mich gepasst“ (a_IP11). Darin schwingt eine enorme Eigenverantwortung mit, die die betroffenen Frauen bei sich selbst sehen. Vor dem Hintergrund von nach wie vor ungeklärten Fragen zur Ätiologie der Krebserkrankungen erzeugt diese Eigenverantwortung eine paradoxe Situation.

Die Frage, in welchem Moment sie inwiefern hätten noch besser auf sich aufpassen müssen, wird von den Interviewpartnerinnen in erster Linie damit beantwortet, in der Vergangenheit zu oft über die eigenen körperlichen, psychosozialen Grenzen gegangen zu sein. „Also, es waren schon so Phasen in meinem Leben, die waren schon so, dass ich das Gefühl habe, da habe ich mich ganz schön ausgewungen“ (b_IP3; 91:12). Frau IP7 verweist in diesem Zusammenhang auf das eigene „innere“ Wissen um diese Grenzüberschreitungen, womit implizit wiederum auch die Eigenverantwortung herausgestellt wird. Die 52-Jährige reflektiert in diesem Zusammenhang ihr jahrelang sehr hohes Arbeitspensum:

„Man weiß schon tief im Inneren, das etwas schief läuft, aber man tut nichts dagegen. Ein Schnupfen [als Warnung] hätte es auch getan, aber dann hätte ich mein Leben nicht so überdacht“ (a_IP7, 110:04).

Frau IP6 geht hier noch einen Schritt weiter. In einem Selbsthilfebuch findet sie die Angabe, dass der Krebs aufgrund einer tiefen Verletzung, die zu Groll und Selbsthass geführt hat, entstanden sei. Dieses Hamsterrad zu verlassen, gelinge, indem Vergangenes liebevoll losgelassen und Selbstliebe praktiziert würde.

Dabei lässt sich angesichts der zahlreichen Risikofaktoren für die Entstehung von Krebs nicht abschließend klären, warum der „unerwünschte Gast“ ausgerechnet Frau IP1 besucht; oder was Frau IP3 dieses Mal „verbrochen“ hat; oder aus welchem Grund ausgerechnet Frau IP7 diese „Warnung“ erhält; oder welchen Ausgangspunkt die „Chance auf ein neues Leben“ gerade für Frau IP11 haben soll. Gemeinsam ist den betroffenen Frauen hierbei, dass sie – im Unterschied zu ihrem sozialen Umfeld – ihr bisheriges Leben vor dem Hintergrund der potenziell tödlichen Krankheit durchaus kritisch überprüfen. Sie hinterfragen bisherige Interessen, Ziele und bisherige Prioritäten sehr genau mit dem Ziel, *in Zukunft besser auf sich aufzupassen* und so eine erneute Erkrankung möglichst zu vermeiden⁹⁵.

Hier zeichnet sich auch ab, inwiefern der Krebs als „Schuss vor den Bug“ (a_IP7) und „Chance auf Neustart“ (a_IP11) eine appellierende Wirkung entfaltet. Dass es sich bei dem Krebs der interviewten Frauen um Tumore in behandelbaren Stadien und nicht um eine Palliativsituation handelt, wird als „*Glück im*

95 Inwiefern es nicht nur bei einer kritischen Überprüfung des Wertesystems bleibt, sondern auch zu einer konkreten Veränderung des lebenswirklichen Alltags, wird im weiteren Verlauf der Dissertation, u. a. konkret in Kapitel 5.4.5 thematisiert.

„Unglück“ gesehen. Man ist mit einem „blauen Auge“ (a_IP5) davongekommen. Der Gedanke „Es hätte auch schlimmer sein können“ verstärkt den Vorsatz, von nun an nichts mehr aufschieben zu wollen. Insgesamt fällt auf, dass der Diagnose im Rückblick dabei beinahe eine Art transzendentaler Sinn verliehen wird.

„Man lebt jetzt schon bewusster. Und einfach anders. Und also ja der Alltag schleicht sich ja wieder ein, aber man sieht, man sieht viel mehr Dinge. Die man vorher nicht so gesehen hat, ne. Weil in der Natur, an den Menschen, (..)ja man wird schon bisschen feinfühlicher für vieles“ (a_IP6, 28:40).

Zum Ausdruck kommt dabei eine spezifische Veränderung in der Lebensperspektive, von der jede der zehn interviewten Frauen berichtet. Eine solche Art von Sinnstiftung ist nicht unüblich, wie auch ein Beitrag von Taubert/Förster (2005) zeigt. Aus der Forschung von Mehnert et al. (2007), Seltrecht (2006) und Detka (2011) geht zudem hervor, dass sich dieser Mechanismus als hilfreich für die Krankheitsbewältigung erweist.⁹⁶

5.1.6 Die Ankunft in der Krankenrolle

„In einem Moment ist alles noch so wie's immer ist und im nächsten Moment musst du dir überlegen, wo du dich jetzt operieren lässt.“

Nach der Diagnose bleibt den Frauen wenig Zeit, um sich auf die bevorstehende Operation vorzubereiten und die vorangegangenen Geschehnisse zu verarbeiten. So liegen oft nur wenige Tage zwischen Diagnoseverkündung und OP-Termin, was von den Interviewpartnerinnen allerdings eher positiv bewertet wird.

„Dann hatte ich am Dienstag die Untersuchung und habe für Mittwoch gleich einen OP-Termin bekommen. Da hatte ich gar keine Zeit, weiter drüber nachzudenken. [...] Aber das fand ich, jetzt so im Nachhinein, als die so nach einem OP-Termin guckte und sagte: Wir haben morgen noch was frei. Da meinte ich: Aber ich wollte nochmal nach Hause. Ich muss ja noch meine Tasche packen. Da sagt sie: Ja, ja, können Sie. Dann kommen Sie morgen um sieben wieder. (...) Okay. Da hab' ich ja gar *keine Zeit zum Nachdenken* gehabt (lacht auf). Lläuft alles“ (a_IP2, 18:23).

⁹⁶ Inwiefern sich hierin auch das psychosoziale Angebot der Reha-Klinik widerspiegelt, kann aufgrund der methodischen Anlage der Dissertation nicht klar gesagt werden. Insofern setzt sich dieser inhaltliche Punkt im nächsten Kapitel, v. a. in Abschnitt 5.2.6 fort.

Dass „alles läuft“, sehen die Erkrankten als einen Beleg für den routinierten Umgang des medizinischen Systems in der Behandlung von Brustkrebs. Dem medizinischen System wird Vertrauen entgegengebracht und die notwendige medizinisch-kurative Kompetenz zugesprochen. In dieser Phase ist das Verhalten der Interviewpartnerinnen von einer besonderen Compliance, also *Therapietreue*, gekennzeichnet, wie sie beispielsweise Hoefert (2011) beschreibt.

Die Frauen, die aufgrund einer der OP vorangestellten Chemo-Therapie teilweise mehrere Wochen auf die Operation warten müssen, berichten davon, wie schwer diese Zeit zu ertragen ist. Unweigerlich tauchen Fragen auf, wie: Wird die Chemo-Therapie erfolgreich sein und den Tumor verkleinern können? Wie schnell kann ein Tumor wachsen? Und wie groß ist das Risiko, dass er in dieser Wartezeit metastasiert? Hier wird das Fremdheitsgefühl befeuert, das die Diagnose als offizielles Zeugnis des bis dahin unbemerkten Tumorstadiums ursprünglich auslöst. Zu wissen, dass der Tumor als „ungebetener Gast“ (a_IP1) unter Umständen nicht sofort entfernt werden kann, sondern noch für einige Wochen im Körper bleibt, ist ein belastender Gedanke.

„Aber ich hab’ die Hälfte [des Gesprächs, in dem es um den Therapieplan geht] schon gar nicht mehr gehört. Mein Mann hat mir es dann erzählt. Ich hatte nur einen Gedanken: Eigentlich am liebsten jetzt raus. Ich wollte eigentlich gleich operiert werden. Ich wäre gleich in den OP gegangen, so ungefähr. Ich wollte das raus haben, weg haben“ (a_IP8, 53: 38).

Abgesehen davon, dass der Tumor als Keimzelle der Erkrankung gesehen wird, haben die Erkrankten in dieser Phase keinerlei Möglichkeiten, aktiv zur Eindämmung der potenziellen Gefahr des Tumors beizutragen. Das Warten erfordert also eine Passivität, die für die interviewten Frauen nur schwer auszuhalten ist. Die Operationen selbst laufen größtenteils ohne Komplikationen ab. Die Operation markiert einen wichtigen Meilenstein im Krankheitsverlauf. Denn damit kann das nächste Behandlungsstadium eingeläutet werden und die Rehabilitation sowie der Abschluss der institutionellen Krankheitsphase rücken sukzessive näher.

Doch die hier suggerierte Klarheit trägt mitunter. Denn es kommt vor, dass erst nach dem operativen Eingriff eingeschätzt werden kann, ob eine Bestrahlungstherapie ausreichend sein wird oder ob die Notwendigkeit einer zusätzlichen Chemo-Therapie besteht. Trotz Behandlungsplan und institutioneller Routine in der Therapie von Brustkrebs zeigen sich hier gewisse *Unplanbarkeiten*, die auch vom medizinischen Personal situativ flexible Entscheidungen erfordern und den Eindruck vom Krebs als unberechenbare Krankheit verstärken.

Während der Krankenstatus der Frauen in dieser Zeit auf struktureller Ebene eindeutig ist, stellen sich für die Betroffenen mitunter bereits kurz nach der

Operation Fragen zum weiteren Umgang mit der Bezeichnung als „Krebskranke“. Frau IP1 berichtet beispielsweise davon, schon nach ihrer Operation entsprechende Widersprüchlichkeiten bemerkt zu haben. So wird die Interviewpartnerin in Gesprächen mit ihrer Familie immer wieder darauf hingewiesen, dass sie keinen Krebs mehr „hat“, sondern „hatte“. Ohne den Tumor gibt es demnach auch keine Krebserkrankung mehr, so lässt sich hier resümieren. Trotz der langfristigen Folgen der Krebserkrankung scheint das Verständnis einer Akuterkrankung zugrunde zu gelegt werden, bei der Erkrankte zügig nach Behandlung wieder als „gesund“ gelten. Widersprüchliche Tendenzen, die auch Hellberg-Naegele (2019) in der Zuordnung der Krebserkrankung sieht. Im Interview erwähnt sich Frau IP1 immer wieder selbst, wenn sie grammatikalisch im Präsens über die Krebserkrankung spricht. Sicherlich lässt sich darin auch der Versuch sehen, den körperlichen und psychischen Zustand, zumindest sprachlich, näher an „Gesundheit“ heranzurücken und sich damit von der mystifizierten Krebserkrankung (vgl. Sontag 1996) zu distanzieren. Paradoxe Weise glückt dieser Versuch aber kaum – und kann auch kaum gelingen, wie die weiteren Ausführungen von Frau IP1 selbst verdeutlichen:

„Ich denke, so ganz die Alte wird man nie, weil das sitzt im Kopf (...). Und sobald man, denke ich immer\ Man versucht sich abzulenken, was auch nicht immer gelingt. Oder manchmal vergisst man das auch, weil man mit anderen Sachen beschäftigt ist oder sowas. Aber trotzdem, das sitzt und das wird man auch nicht los“ (a_IP1, Teil 1; 46:48).

Die Erkrankung ist also auch nach der Entfernung des Tumors im (körperlichen, emotionalen, kognitiven) Gedächtnis gespeichert. Ob und inwiefern diese Krankheitserfahrung im Zeitverlauf verblassen wird, das kann den Interviewpartnerinnen aber auch die medizinische Profession nicht eindeutig sagen.

„Am Anfang hab' ich auch alles gegoogelt. [...] Ich hab' dann auch Antworten gefunden. Die hatten mir die Ärzte genauso gesagt. Aber was das für mich direkt bedeutet (...), das hab' ich dort nicht gefunden. Das habe ich bis heute noch nicht gefunden“ (a_IP8, 72: 58).

Typische Krankheitsverläufe, die sich hier maximal anführen lassen, bieten also nicht die präzise, eindeutige Information, die sich die Betroffenen wünschen (vgl. dazu auch Bury 2009: 87). Denn es lässt sich kaum prognostizieren, welche Nebenwirkungen beispielsweise die Therapien im Einzelfall haben werden. Trotz des institutionellen Behandlungsplans ist in dieser Krankheitsphase also weder für die Betroffenen noch für das medizinische Personal vollends absehbar, wie Krankheit und Behandlung voranschreiten werden.

5.1.7 Die Entbehrungen der Behandlungszeit

„Da geht es darum, dass man irgendwie durch den Tag kommt.“

Die Behandlungszeit ist vermehrt von körperlichen und kognitiven Einschränkungen geprägt. Dass ihr Aktivitätsniveau wegen der *Leistungseinbußen* so stark eingeschränkt sein würde, damit hatten die interviewten Frauen nicht gerechnet.

„Also, es gibt diesen Wunsch, es soll einfach vorbei sein und man will wieder irgendwie natürlich auf der Aktivseite unterwegs sein. Also, mein Leben war da schon sehr eingeschränkt. Da geht's da drum, dass man irgendwie so durch den Tag kommt“ (a_IP3, 15:35).

Zunehmend spüren die Interviewpartnerinnen auch, dass die Auswirkungen der Therapie nicht nur die Brustregion, sondern den ganzen Körper betreffen. Für die Frauen wird mehr und mehr erfahrbar, in welchem Maße der Tumor handlungs- und richtungsweisend ist, obwohl er nach der Operation physisch/organisch nicht mehr vorhanden ist. Denn für einen nicht abzuschätzenden Zeitraum prägt er dennoch das Alltagsleben der Frauen in beträchtlicher Weise.

Die Therapieform macht im vorliegenden Sample insofern einen Unterschied, dass die Interviewpartnerinnen mit Bestrahlungstherapie hauptsächlich über körperliche Beschwerden und Einschränkungen, wie *Kraftlosigkeit*, *Müdigkeit*, *Muskelschmerzen* und die durch die Bestrahlung „verbrannte“ Haut berichten. Die Frauen, die zusätzlich eine Chemo bekommen haben, berichten auch verstärkt über kognitive Beschwerden, also *begrenzte Auffassungsfähigkeit*, *Konzentrationsschwierigkeiten*, *Vergesslichkeit* und „emotionale Versteinerung“ (IP11). Nichtsdestotrotz hinterlassen insgesamt beide Therapieformen körperliche, kognitive, psychische und soziale Spuren.

So kann sich auch die Bestrahlungstherapie immens auf das Aktivitätsniveau und die Lebensqualität der Betroffenen auswirken, wie der Fall von Frau IP5 zeigt. Für sie ist Bewegung und der tägliche Spaziergang mit ihrem Hund sowohl körperlich als auch psychisch sehr wichtig. Sie wurde im Vorfeld der Bestrahlung über ein erhöhtes Ruhebedürfnis aufgeklärt, aber die Interviewpartnerin berichtet, sie habe mit maximal zwei, drei Stunden Mittagsschlaf gerechnet.

„Die haben dann gesagt: Ja, müssen sich dann ausruhen. Da habe ich dann gesagt: Na ja, gut, mache ich morgens ein bisschen, was so nötig ist. Mache ich zu Hause rum, dann gehe ich da hin und wenn ich dann so zwei, drei Stunden schlafe, dann ist dann halt so. Aber nachmittags stehe ich dann wieder auf und dann kann ich ja mit ihm [Hund] raus und kann dann wieder loslegen wieder. So hatte ich mir das (fängt an zu lachen) eigentlich dann vorgestellt. Gut, so war es dann nicht“ (a_IP5, 15:30).

Auch, wenn sie auflacht, als sie von ihren Erwartungen vor Beginn der Bestrahlung berichtet, merkt man ihr an, wie sehr ihr die *erzwungene, körperliche Inaktivität* psychisch zugesetzt hat. Sich nicht bewegen zu können, bedeutet hier eine enorme Einschränkung in der Lebensqualität, was auch eine *psychische Belastung* darstellt. Im Folgenden beschreibt sie eine Situation, die für sie sehr prägend gewesen ist. Relativ früh in der Bestrahlungstherapie bekommt sie die Diskrepanz zwischen der erwarteten und tatsächlichen Leistungsfähigkeit zu spüren:

Das kam ziemlich schnell, wo ich dann unflexibel war, kein Auto mehr fahren konnte, wo ich dann halt wirklich nur noch von einer Bank zur anderen, wenn ich mit ihm aus bin. Zu Glanzzeiten habe ich dann vielleicht mal drei-, vierhundert Meter geschafft am Stück, dann haben die Beine wehgetan, dann musste ich dann wieder sitzen. [...] Und da habe ich das dann schon gemerkt, dass ich wieder psychisch dann runtergehe. Aber das geht mittlerweile. Umso mehr ich mich bewegen kann, umso besser wird das auch wieder. [...] Ich habe auch nicht mit gerechnet, dass ich so dermaßen Muskel- und Knochenschmerzen kriege, dass ich dann auch teilweise nicht laufen konnte. Ich war einmal mit meinem Mann an [Aussichtsort], das war ganz am Anfang von der Bestrahlung (stöhnt). Da steht dann ‚Rundweg zweieinhalb Kilometer‘. Ja, da ist ein Café, eine Bank, das schaff ich. Können wir machen. Nach der Hälfte sind mir die Beine weggegangen. Dann habe ich eine Stunde für einen Kilometer gebraucht, bis ich dann endlich am Auto war. Und das war für mich dann schon so ein Dämpfer, weil ich immer (unv.) gedacht habe: Na, damit hast du jetzt nicht gerechnet, dass es so kommt“ (a_IP5, 16:12).

Sie, die vor der Diagnose jeden Tag stundenlang mit ihrem Hund durch den Wald „gerast“ (a_IP5) ist, schafft es nun nicht mehr, eine Strecke von zweieinhalb Kilometern zurück zu legen. Und das, obwohl sie nur eine Bestrahlungstherapie bekommt und sich diese Situation bereits am Anfang der Therapiezeit ereignet. Eine Zeit, in der die Interviewpartnerin nicht mit derart drastischen Nebenwirkungen gerechnet hatte.

Auch Frau IP3, die allerdings eine Chemo-Therapie macht, hat mit körperlichen Einschränkungen zu kämpfen. Hier kommt zur fehlenden Kraft noch eine Nervenstörung, eine sogenannte Polyneuropathie, hinzu, die sich bei Chemo-Patient:innen einstellen kann. Dabei werden Fingerkuppen und Fußsohlen taub und/oder fangen an zu kribbeln. Das führt bei Frau IP3 dazu, dass sie zeitweise kaum laufen kann, weil sie kein Gefühl in den Fußsohlen und somit keinen sicheren Stand hat.

„Ich hatte manchmal gar kein Gefühl mehr unter den Fußsohlen. Da wusste ich gar nicht: Stehe ich jetzt richtig hier? Das musste ich dann ausgleichen, indem ich mich eher festhalte. Und, also, mir mehr Sicherheit von außen irgendwie zu verschaffen, ne? Und das, äh, daran musste ich mich erst mal gewöhnen, dass das so ist. Aber das ist

dann so, das hat sich dann so gesteigert. Das ging dann mehrere Tage, wo das, da war das irgendwie schlimmer und dann wurde das wieder besser. [...] Das [die Behandlung] ist schon ein echter Schlauch“ (a_IP3, 68:30).

Im Zuge der Behandlung solch alltägliche Bewegungsabläufe nicht mehr richtig absolvieren zu können, wenn man zuvor keine Probleme mit Kraft und/oder Ausdauer hatte, untergräbt erneut das körperliche Selbstvertrauen und unterstreicht damit die immensen Veränderungen, die seit dem Tag der Diagnosestellung eingetreten sind.

In dieser Zeit gibt es darüber hinaus *wenig Möglichkeiten der Zerstreuung* und Ablenkung. Unternehmungen, die außerhalb des Wohnraums stattfinden, können nur begrenzt wahrgenommen werden. Doch auch die Beschäftigung innerhalb der eigenen vier Wände gestaltet sich aufgrund von Konzentrationschwierigkeiten und Müdigkeit schwierig. Von der unfreiwilligen Inaktivität bzw. Passivität können sich die Frauen also kaum ablenken. Zu stark sind die kognitiven Beeinträchtigungen in Form von eingeschränkten Konzentrations- und Auffassungsfähigkeiten.

Die folgende Illustration zeigt das Ausmaß der Belastungen, die quasi unmittelbar mit der (Chemo-)Behandlung einhergehen kann. So bekommt Frau IP11 eines Tages einen Brief von ihrer Krankenkasse, den sie auch nach wiederholtem Lesen der einzelnen Passagen kognitiv nicht begreift. Allerdings nimmt sie sehr wohl die Situation an sich, das heißt, ihr Nicht-Können wahr.

„Die ersten Chemos sind so schlimm, ich konnte, wenn jetzt ein Schreiben kam von der Krankenkasse, das habe ich mir dreimal durchgelesen und ich habe nicht kapiert, was die von mir wollten. Ich habe dann gesagt für meinen Mann: Tu mir einen Gefallen, lies du dir das durch, ich verstehe das nicht. Also, ich konnte auch kein Buch lesen oder Zeitung. Mal so einen kleinen Absatz hat man gelesen, dann hatte ich das Gefühl schon, ich habe es verstanden, aber merken konnte ich es mir auch nicht (lacht). Aber größere Sachen jetzt zum Lesen oder was Wichtiges war, wie so Schriftstücke, das hat man gar nicht verstanden, vom Inhalt her. Da konnte man sich nicht drauf konzentrieren, also, so ging es mir halt. Das habe ich nicht gerafft, auf Deutsch gesagt. Das war auch schlimm“ (a_IP11, 66:07).

Mit den nun spürbaren Einschränkungen geht auch die Notwendigkeit einher, die Hilfe anderer Menschen zu ersuchen und sich damit die eigene Bedürftigkeit einzugestehen. So, wie Frau IP11 beim Lesen des Briefs auf die Hilfe ihres Mannes angewiesen ist, so wird in dieser belastenden Phase das soziale Netzwerk in besonderem Maße als grundlegend essentielle Ressource der Hilfe relevant. Dass ein Großteil der Erkrankten zunächst Schwierigkeiten hat, die *Hilfsbedürftigkeit* und die Einschränkungen anzunehmen, ist dabei nicht überraschend. Zuvor sind die Interviewpartnerinnen erwerbstätig gewesen, haben den Familienalltag

mitgestaltet, sind als Mütter Erziehungsaufgaben nachgekommen und haben ihre Freizeit mit sportlichen, musikalischen und ehrenamtlichen Aktivitäten verplant. „Passivität“, „Abhängigkeit“ und „Krankheit“ sind darüber hinaus gesellschaftlich negativ konnotierte Begriffe. Für das Selbstbild der Frauen ist es dabei beinahe unerheblich, dass ihre temporäre Passivität nicht mit Faulheit und einem Nicht-Wollen gleichzusetzen ist, sondern einem körperlichen, psychischen, kognitiven Nicht-Können entspringt.⁹⁷

Um den Einschränkungen und dem Gefühl von Unselbstständigkeit, ja Bedürftigkeit entgegen zu wirken, hilft es den Frauen, ihrem Alltag eine Struktur zu verleihen. In einer gewissen Regelmäßigkeit stellen sie immer wieder kleinere Anforderungen an sich selbst. Häufig entsprechen diese Anforderungen den Aufgaben, die die interviewten Frauen auch vor der Erkrankung erledigt haben. Dazu gehören vor allem häusliche Pflichten, wie Wäschewaschen, Putzen, Einkaufen, Kochen, also Aufgaben, die die erkrankten Frauen selbstständig planen und zeitlich gut einteilen können.

„Also, ich (...) fand dann, dass alles, was ich gemacht habe, war schon eine ziemlich große Tat. Also, vor Weihnachten habe ich dann an irgendwen ein Päckchen schicken wollen und hab das Päckchen eingepackt. Und als ich das eingepackt hatte, hab' ich so gedacht: So, und jetzt hast du für heute eine riesen Heldentat vollbracht. (lacht). Jede Kleinigkeit war da so ein \ Das, was ich jetzt schon, Gott sei Dank, so nebenbei mache, irgendwas in die Waschmaschine oder räume mal irgendwas von A nach B, das war da irgendwie so ein riesen Berg, ne? (a_IP3, 69:55).

Selbst kleinere Aufgaben erscheinen übergroß und kaum zu meistern. Gelingen sie doch, fühlen sich die Interviewpartnerinnen „wie eine Heldin“ (a_IP3). Der jeweilige Tagesablauf richtet sich dabei stark danach, ob es ein Behandlungstag ist oder nicht. Hier lassen sich durchaus Unterschiede zwischen Bestrahlung und Chemo-Therapie feststellen, da die Bestrahlung täglich erfolgt während der Chemo-Zyklus eine größere, zeitliche Pause zwischen den einzelnen Sitzungen vorsieht.

Für einen Großteil der Interviewpartnerinnen spielt das Kochen in dieser Zeit eine wichtige Rolle. Frau IP3 beschreibt es folgendermaßen:

„Das fand ich immer total wichtig. [...] Also das ist dann mein Part. Das hat eigentlich auch immer geklappt. Und dann war ich auch ein bisschen stolz, dass ich das geschafft hab', dass ich das so aufrechterhalten konnte. Also so ein Minimum an Tagesstruktur

97 Hieran knüpfen sich vielfältige Diskurse an. Interessant sind in diesem Zusammenhang u. a. das Phänomen des Präsentismus (vgl. Kobyca/Voswinkel 2008) und die Kontroverse rund um das Leistungsprinzip bzw. die soziale Anerkennung „unsichtbarer“ Leistungen im Erwerbskontext (vgl. Voswinkel 2010; Dröge et al. 2008).

und Aufgaben und so. Weil so ganz ‚Mir geht’s schlecht, ich weiß nicht was ich machen soll‘, das ist schrecklich. Also, das hilft auch nicht. Also, mir jedenfalls nicht. Ich braucht dann so ein, irgendeinen Plan“ (a_IP3, 17:48).

Sie weiß dabei sehr genau um die Auswirkungen ihres Chemo-Zyklus’ und plant die großen Lebensmittel-Einkäufe entsprechend ihres Behandlungsplans.

„Direkt nach den Chemos bin ich immer ganz groß einkaufen gefahren. Am nächsten Tag. Weil da ging’s nämlich immer noch so mit mir. Da hab’ ich ganz groß, ganz viel eingekauft (lacht). Essen. Weil ich wusste, in den nächsten Wochen wird das anstrengender, ne? Und, äh, was hab’ ich da gemacht? Ich hab’ dann irgendwas gemacht. Ich hab’ dann (.) gekocht. Hab’ Wäsche gewaschen. Ich bin da so ein richtiges Hausmütterchen geworden (lacht)“ (a_IP3, 69:27).

Diese Frau kann während dieser belastenden Zeit also die „Hausmütterchen-Rolle“ (a_IP3, 69:25) einnehmen. Eine Rolle, in der sie sich möglicherweise eher erleben möchte als in der Rolle der krebskranken Chemo-Patientin. Denn andere Rollen, wie die der Arbeitnehmerin, Hobbymusikerin oder Wanderin, fallen in dieser Zeit weg. Die Behandlungszeit konfrontiert die Betroffenen insgesamt in besonderem Maße mit ihrer menschlichen Verletzlich- und Bedürftigkeit sowie der Abhängigkeit vom sozialen Umfeld.

Nicht zuletzt kommt auch unweigerlich immer wieder ein weiterer, schwieriger Gedanke auf: der eigene Tod. Seit der Diagnosestellung ist die *eigene Sterblichkeit* mal mehr, mal weniger präsent. Doch die Entbehrungen der Behandlungszeit führen den Frauen diese schwere Thematik noch einmal besonders vor Augen, so lässt sich annehmen.

„Was in der Zeit überhaupt nicht ist, ist sowas wie unbeschwert sein. Das, also, lachen, also, so Humor, also so ein bisschen einen schwarzen Humor und sowas das konnte, also das ging immer. Aber so wirklich mal so leicht sein, das war da nicht. Das ging da nicht. [...] Das ist dann weg. Das ist einfach alles so schwer. Das war alles schwer (...) ja. (...) Also (...) Über die Endlichkeit des Lebens und das Sterben nachzudenken, das ist, liegt einem dann auch näher“ (a_IP3, 73:35).

Leichtsein, Lachen, Ausgelassenheit stehen hier also Krankheit, Tod und Sterben gegenüber. Darin lässt sich mit Franke (2012) eine Analogie zum verbreiteten, dichotomen Verständnis von Krankheit und Gesundheit erkennen (vgl. Franke 2012: 99 ff.). Frau IP11 berichtet, sie habe das Krankenhaus nach dem Termin zum Setzen des Ports, einem dauerhaften Katheter zur Erleichterung der regelmäßigen Chemo-Infusionen, schon als „*gebrochene Frau*“ verlassen. Als sie schließlich die erste Chemo-Sitzung beendet, enthüllen sich die Nebenwirkungen der Medikamente, wie auch im Fall der Bestrahlungstherapie bei Frau IP5, sehr schnell:

„Das war wie ein Schlag vor den Kopf. Ich hatte keine Emotionen mehr, ich saß wie versteinert da. Das war für mich schlimm, weil ich eigentlich ein positiver Mensch bin und immer gelacht habe eigentlich auch. Ich konnte nicht mehr lachen. War einfach nicht drin, von den Emotionen her. Das war im Kopf alles durcheinander, ich wusste nicht mehr\ Ich habe dann gedacht: Mensch, du musst kochen, komm mach sowas. Ich habe drei Schränke aufgemacht bis ich mein Salz gefunden hatte in der Küche. Das war eine schlimme Erfahrung. (..) Das nicht mehr Herr über seine Sinne sein. Das fand ich am allerschlimmsten“ (a_IP11, 63:09).

Auch die psychosoziale Ebene ist also neben dem Körper und der Kognition von massiven Einschränkungen betroffen. Es wirkt, als vergifte die Chemo nicht nur die Krebszellen, sondern betäube auch emotionale, psychosoziale, kognitive Fähigkeiten der betroffenen Frauen.

5.1.8 Die Rechtfertigungslast des Krankenstatus

„Du bist ja dauernd überall nur am Nachweisen: Ja, du bist immer noch krank.“

Das *Fehlen der Erwerbstätigkeit* bzw. Arbeitsfähigkeit ist gesellschaftlich unmittelbar an den Krankenstatus gekoppelt. Für die Frauen geht hiermit eine enorme Belastung in Form von *bürokratischen und organisatorischen Aufgaben* einher.

So muss beispielsweise die Bescheinigung einer nach wie vor bestehenden Arbeitsunfähigkeit in regelmäßigen Abständen neu eingeholt werden. Dafür ist jedes Mal ein Arztgespräch samt vorheriger Terminabsprache nötig. Diese Bescheinigungen müssen wiederum fristgerecht an diverse sozialrechtliche Akteure verschickt werden, was für die Frauen einen immensen Koordinierungsaufwand bedeutet, da sie mit den entsprechenden Akteuren in ständigem Austausch stehen (müssen). Die Interviewpartnerinnen erleben diese Verantwortung dafür, die Krankheitsphase lückenlos zu dokumentieren, um Anspruch auf finanzielle Ersatzleistungen geltend machen zu können, als belastenden *Rechtfertigungsmodus*, ja als „*Psychoterror*“ (a_IP9):

„Die Kasse will wissen: Bist du wirklich krank? Deine Zusatzkrankenversicherung will wissen: Sind Sie wirklich noch krank? Der MDK steigt dir auf das Dach: Wie krank sind Sie denn? Die Chefin steigt dir auf das Dach: Ja, wie lange bist du denn jetzt noch krank? Du bist ja dauernd überall nur am Nachweisen, du fährst ja ständig zum Arzt und lässt dir irgendwelche Formulare ausfüllen, die du dann irgendwohin schicken musst. Damit dir auch jeder glaubt: Ja, du bist immer noch krank“ (a_IP9, 38:02).

Für die Betroffenen sind dabei die Strukturen des Gesundheitssystems, die hinter den bürokratischen Anforderungen stehen, kaum nachvollziehbar.

„Als Normalbürger denkst du einfach, ich bin ja jetzt nicht mit einer Erkältung krank, wo man sagt, das kann ja jetzt übernächste Woche schon wieder vorbei sein, sondern man denkt ja dann immer, wenn ich jetzt seit [10 Monaten] krank bin und meine Kasse das ja weiß, dann kann es ja jetzt nicht so schlimm sein, wenn eine Krankmeldung mal irgendwo einen Tag zu spät ankam. Nein, nein. Wenn das dann zu spät ankam, kommt Post von denen zurück, ja, das kam ja zu spät und dann können wir Ihnen für den Zeitraum von dann bis dann können wir Ihnen leider kein Krankengeld zahlen, weil die Krankmeldung ist zu spät bei uns eingegangen [...] Und dann hockst du ständig nur beim Arzt und lässt irgendwas ausfüllen und musst selber den Überblick behalten, dass der das richtig ausfüllt. Weil das ist dann auch wieder, da muss das Kreuzchen da sein, sonst kriegst du das Geld nicht und hin und her. Und der [Arzt] ist ja auch selbst manchmal im Überforderungsmodus, ich meine, ich weiß ja auch nicht, wie viele Frauen der da am Tag sitzen hat, aber da musst du echt dahinter sein. Da musst du echt auf Zack sein. Und ich finde schon, dass einen das in gewisser Weise belastet. Also, das hat mich mehr gestresst als alles andere eigentlich. Weil ich immer im Hinterkopf hatte, du musst da dranbleiben, sonst, ja/Am Ende ist es ja so, es geht immer um das liebe Geld. Aber du brauchst es halt auch. Ich kann jetzt nicht sagen: Och, wenn Sie mir jetzt einen Monat nichts zahlen, wir kommen über die Runden, kein Problem“ (b_IP9, 24:42).

Die finanziellen Leistungen erhalten die Betroffenen – im Unterschied zu ihrem sozialen Umfeld – hier also nicht für das Erbringen einer Arbeitsleistung. Dabei erleben die Interviewpartnerinnen hier eine *existenzielle Abhängigkeit*, die untrennbar mit ihrem Krankenstatus verbunden ist. Auch minimal verspätete Auszahlungen erzeugen für die Betroffenen existenziell bedrohliche Situationen. Denn auch während der Krankheitszeit bleiben gewisse finanziellen Verpflichtungen, wie beispielsweise Miete für Wohnräume, Strom und Heizung, bestehen. Hier spitzt sich auf subjektiver Ebene die *Anormalität des Krankenstatus* und demgegenüber die Normativität der (zumindest formell bescheinigten) Gesundheit als Arbeitsfähigkeit zu, auf die auch Heckl et al. (1998) in ihrem Beitrag zur beruflichen Rückkehr von Krebserkrankten hinweisen (vgl. Heckl et al. 1998).

Das Wegfallen der alltagsstrukturierenden und sozial-integrativen Funktion der Erwerbsarbeit verstärkt diese Belastungen des Krankenstatus. Denn es fehlen die persönlichen Gespräche mit Kolleg:innen, die gemeinsamen Mittags- oder kurzen Raucherpausen. Und es fehlt in dieser Zeit auch die inhaltliche Auseinandersetzung mit (Arbeits-)Themen. Während das soziale Umfeld seinen Erwerbstätigkeiten unverändert weiter nachgeht, handelt es sich bei den vereinzelt Aktivitäten der Betroffenen vor allem um Erledigungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung. Der persönliche Kontakt zu Kolleg:innen und Vorgesetzten wird teilweise durch elektronische Kanäle ersetzt, teilweise finden auch Besuche und kurze, gemeinsame Unternehmungen statt. Dennoch ist die Diskrepanz

spürbar, dass das soziale Umfeld regulär seiner Erwerbstätigkeit nachgeht und die Betroffenen nicht:

„Ja, weil man wird ja auch teilweise einsam, wenn man ständig zuhause sitzt, weil alle anderen müssen auch arbeiten. (unv.) Können nicht jeden (lachend) Tag nachmittags mal eine Stunde auf einen Kaffee vorbeikommen oder was, ne? Und dann ist es halt schöner, wenn dann wirklich Leute/ also wäre es für mich dann, dass Leute sagen: Hier das geht nicht, ich kann nicht.

I: Dass Sie dann wissen, woran Sie sind?

IP5: Genau, genau. Damit brauche ich nicht zu rechnen, ansonsten würde ja dann auch irgendwann die Wut kommen, dass man sagt: Hey, lassen mich hier alle alleine sitzen, (lachend) so ungefähr da, ne? Und das finde ich dann halt wichtiger, dass man dann wirklich offen und ehrlich entweder nachfragt und genau sagt: Ich weiß nicht, wie ich mit dir umgehen soll. Oder halt wirklich direkt sagt: Hier, ich kann es nicht. Punkt. Ich melde mich irgendwann mal, wenn du aus dem Größten raus bist. Aber dann ist es ehrlich“ (a_IP5, 100:38).

Das soziale Umfeld gewinnt hier also nicht nur in Fragen der Erhaltung einer Versorgungsstruktur, wie zum Beispiel Versorgung mit Lebensmitteln, Unterstützung im Haushalt, Organisation von Arztterminen, an Bedeutung. Der soziale Austausch mit Familie, Freund:innen und Arbeitskolleg:innen soll auch das Gefühl von Zugehörigkeit aufrechterhalten bzw. in dieser von immensen Beschneidungen geprägten Lebensphase fördern.

5.1.9 Das belastende Sichtbarwerden der Krankheit

„Da wird man schon so ein bisschen komisch angeguckt.“

Eine Besonderheit im fortschreitenden Behandlungsverlauf ist die *zunehmende äußerliche Sichtbarkeit* der Erkrankung. Dieser Aspekt kommt zu den bereits spürbaren körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen hinzu. Die Krankheit, die zuvor auch für die Betroffenen selbst nicht „erkennbar“ gewesen ist, sondern einer professionellen Diagnostik bedurfte, *verselbstständigt sich* nun. Sukzessive wird sie für Außenstehende sichtbar. Ist es bis zu diesem Zeitpunkt die Entscheidung der erkrankten Frauen gewesen, welchen Personen sie von ihrer Diagnose erzählen, so *verkleinert sich hier der Handlungsspielraum*, ohne, dass die Frauen etwas dagegen tun können.

„Schwierig wurde es dann halt mit Beginn der Chemo, als die Haare ausfielen. Dann habe ich ja Mützen und Tücher getragen, das war so ein Moment für mich \ Ja, der war schwierig, weil ab da ist die Krankheit sichtbar geworden. Nicht nur für mich, sondern auch für wildfremde Menschen. Ne? Dann wird man schon so ein bisschen komisch angeguckt und manche Menschen wechseln dann auch so ein bisschen (...), wenn die das so sehen. Aber so mein direktes Umfeld, die haben (...) immer super (.) zu mir gestanden und tun es bis heute auch noch“ (a_IP7, 80:34).

Wenngleich die Sichtbarkeit der Erkrankung für Chemo-Patientinnen aufgrund ausfallender Haare eine besondere Belastung mit sich bringt, so zeigt das vorliegende Material, dass auch Bestrahlungspatientinnen für die äußere Umwelt sichtbare Auffälligkeiten, wie zum Beispiel körperliche Leistungseinbrüche während Spaziergängen, aufweisen. Frau IP5 beschreibt beispielsweise, dass sie nur wenige Meter Fußweg am Stück zurücklegen kann und so immer wieder Pausen einlegen, sich sogar hinsetzen muss. Im späteren Behandlungsverlauf hat sie in Folge der Medikation mit Hitzewallungen zu kämpfen. Im Winter muss sie daher während eines Spaziergangs Jacke und Pullover ausziehen und läuft lediglich mit T-Shirt bekleidet durch den schneebedeckten Ort. Zweifelsohne entspricht dieses Verhalten nicht unbedingt den verbreiteten Vorstellungen von Behandlungsfolgen des Krebses, die eher auf die optischen Besonderheiten durch eine Chemo-Therapie abzielen. Außenstehende würden hier womöglich nicht sofort eine Krebserkrankung vermuten. Und dennoch kann die Auffälligkeit dieser Verhaltensweisen dazu führen, dass sich die Betroffenen einer gewissen Form von (Selbst-)Stigmatisierung⁹⁸ ausgesetzt sehen: „Die Leute gucken mich dann bisschen blöd an, wenn man durch den Schnee läuft (lacht) im T-Shirt“ (d_IP5, 34:48).

Neben der zunehmenden Sichtbarkeit zeichnen sich die Erkrankung und ihre Behandlungsfolgen auch über ein *gesteigertes Ruhebedürfnis der Betroffenen* aus. Das Bedürfnis nach sozialem Austausch – insbesondere mit fremden Menschen – scheint abzunehmen. Die Aufmerksamkeit der Interviewpartnerinnen richtet sich eher „nach innen“. Und so bewegen sich zuvor alltägliche Aufgaben, wie im Beispiel von Frau IP6 mit den Kindern Hausaufgaben zu machen, auf einem schmalen Grat zwischen „fordernd“ und „überfordernd“.

„In der Mitte [der Bestrahlung], da hatte ich ein Tief. Da hatte ich wirklich ein Tief, weil ich einfach auch nicht konnte. Körperlich, ne? Da habe ich so meine Einschränkungen gemerkt. Was ich eben sagte, ne, mit den Beinen, dass die ganz schwer werden, mit Arme werden schwer. Ich war müde, ich bin von der Bestrahlung gekommen,

98 Siehe dazu den Abschnitt 2.3.4 zur Stigmatisierung.

habe mich mittags immer ein bisschen hingelegt (..) und (..) bin aber trotzdem, ja wir haben ein normales, ich habe ja die ganze Zeit praktisch alles normal weiter gemacht zu Hause. Essen gekocht, Hausaufgaben mit [Name] haben wir gemacht. Dann waren noch Feiern zwischendurch, mal einen Kuchen gebacken. Also einfach das normale Leben bei mir das ging ja weiter, ne“ (a_IP6, 20:59).

Selbst der Versuch, lediglich eine „Minimalversion“ des zuvor normalen Alltags aufrechtzuerhalten, wird zwischenzeitlich zum Kraftakt. Die Krux dabei ist: Während die Frauen einerseits in einer stärkeren Abhängigkeit zu ihrem sozialen Umfeld stehen, geht andererseits das Bedürfnis nach direktem sozialen Kontakt zurück. Austausch findet in einem überschaubaren Rahmen statt und eine intensivere Thematisierung der Erkrankung erfolgt vor allem in einem medizinischen Kontext.

Nur allzu deutlich spüren die Frauen in dieser Zeit, wie „anders“ sie sind, also, wie sehr die Diagnose sie in besonderer Weise markiert. Der Gedanke an die Zukunft ist in dieser Zeit von einer enormen Unsicherheit geprägt:

„Also, da kann man dann nur noch auf Sicht planen. Da kann man nur noch, also, ich denke jetzt gar nicht mehr so weit, sondern einfach nur noch so (.) kurz. [...] Also, wie geht das eigentlich mal weiter mit deinem Leben oder was ist jetzt noch wichtig? So. Und das wird natürlich, wenn man mit so einer Erkrankung unterwegs ist, ist das natürlich\ (..) Aber [...] darüber nachzudenken, dass man irgendwann mal stirbt, das finde ich auch angemessen. Weil es ja so ist. (...) [...] Das ist ja auch so, also, dann [mit der Erkrankung] wird das ja auch nochmal klarer. Also, will ich meinen Tag nutzen oder will ich ihn genießen? Das ist eben alles auch endlich. Und ich, ich bin damit wahrscheinlich extremer konfrontiert, als jemand der gesund ist und immer gesund war. Aber das finde ich jetzt nicht das Schlechte oder so“ (a_IP3, 68:30).

Trotz der institutionell verankerten Behandlungsmaßnahmen, die den Betroffenen Sicherheit in der medizinischen und subjektiven Bewältigung der Erkrankung vermitteln, ist diese Diagnose- und Behandlungsphase also von enormen Belastungen, Einschränkungen und Unsicherheiten gekennzeichnet. Mit Blick auf die noch folgenden Abschnitte der Ergebnisdarstellung ist allerdings bemerkenswert, dass diese Zeit auch eine spezifische Gemeinsamkeit auf subjektiver, sozialer und institutioneller Ebene zu haben scheint: Die Interviewpartnerinnen sind hier (vergleichsweise) eindeutig „krank“.

5.2 Phase 2| Simulation von Normalität: Reha

Die Rehabilitation markiert in gewisser Weise den institutionellen Abschluss der Krankheitsphase. Nachdem die Erkrankung monatelang eine eigene Alltags- und

Zeitstruktur erforderlich gemacht hat, sollen die Frauen nun über ein breit gefächertes Mobilisierungsangebot aktiviert und zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung bzw. ihren Folgen befähigt werden. Die interviewten Frauen wollen eine Vorstellung davon entwickeln, welche Einschränkungen sie noch haben und wie sie damit umgehen sollen. Welche Einschränkungen sind dabei normal? Welche sind alarmierend? Wie ist es um die Leistungsfähigkeit bestellt? Reicht die Energie, um bald wieder zu arbeiten? Inwiefern sich dabei von einer simulierten Normalität sprechen lässt und welche Besonderheiten daraus für die Betroffenen erwachsen, wird in den folgenden Abschnitten dargestellt.

5.2.1 Die Besonderheiten der Rehabilitation

„Hier führst du ja ein komplett anderes Leben.“

Die medizinische Rehabilitation steht insgesamt im Zeichen einer umfassenden Mobilisierung. Das Reha-Programm ist darauf ausgerichtet, die bestehenden Einschränkungen der Betroffenen so umfassend wie möglich zu erfassen sowie zu kompensieren. Dazu ist das Reha-Programm interdisziplinär aufgebaut⁹⁹, was Brüggemann et al. als wesentlichen Pfeiler von Rehabilitation begreifen (vgl. Brüggemann et al. 2011: 402 f.). Kursangebote u. a. aus Ergotherapie, Psychotherapie, Sportwissenschaften und Ernährungswissenschaften sowie Termine in der Gynäkologie haben das übergeordnete Ziel, die Interviewpartnerinnen *körperlich, psychisch, kognitiv, sozial und beruflich zu stärken*.

Die Reha wird von den interviewten Frauen überwiegend stationär absolviert.¹⁰⁰ Der Aufenthalt dauert drei bis vier Wochen; ein Zeitraum, der im Vergleich zur monatelangen Behandlungszeit auffallend kurz ist. Dem „Leitbild des allzeit leistungsfähigen und -bereiten und aktiv um seine Gesundheit sorgenden Bürgers“ (Kardorff 2011: 310) entsprechend soll die Rehabilitationsmaßnahme allerdings nur als Anstoß einer umfassenden Aktivierung dienen, die von den Betroffenen zuhause selbstständig und eigenverantwortlich fortgesetzt werden muss (vgl. BAR 2008: 25). Für den mehrwöchigen Aufenthalt verlassen die interviewten Frauen ihre gewohnte, räumliche und soziale Umgebung und treten in eine Sphäre ein, die auf den Umgang mit onkologischen Erkrankungen spezialisiert ist (vgl. dazu Kardorff 2011).

99 Siehe dazu die verschiedenen Dimensionen und Disziplinen, die ein Reha-Programm umfasst, in Kapitel 2.2.2.

100 Es gibt die Möglichkeit, die Rehabilitation ambulant durchzuführen, wenn gewisse Voraussetzungen, wie die Nähe des Wohnorts zum Ort der Reha-Klinik, gegeben sind. Eine stationäre Rehabilitation ist jedoch nach wie vor die verbreitetste Art. Siehe dazu auch Forschungsstand den Abschnitt 2.2.2.

Dabei tritt die *Diskrepanz zwischen Alltagswelt und Reha-Welt* schnell zutage. Als das erste Interview nach 10 bis 15 Tagen Aufenthalt in der onkologischen Rehaklinik stattfindet, berichten die Interviewpartnerinnen: „Hier führst du ja so ein komplett anderes Leben. Finde ich. Also, das ist so *mit zuhause echt gar nicht vergleichbar*“ (a_IP9, 8:02). Vor diesem Hintergrund versuchen die Betroffenen schon während der Reha eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie sie (als Laie) das in der Reha erlernte (Experten-)Wissen in ihre eigene Lebenswelt werden übertragen können. Eine Problematik, die auch Kardorff in Zusammenhang mit Rehabilitation sieht (vgl. Kardorff 2011: 308). „Es ist dann halt nochmal die Frage: Wie integriert man es dann in den Alltag, wenn man wieder zuhause ist?“ (a_IP9,4:19). Zumal das vermittelte Wissen „sehr fachbezogen, sehr medizinisch“ (a_IP9, 73:38) sei.

Die interviewten Frauen ahnen, dass es ohne den *klar abgesteckten, professionellen Rahmen* der Reha eine Herausforderung werden könnte, das Reha-Wissen in der alltäglichen Umgebung in Eigenregie anzuwenden.

„Ich denke, im Alltag wird das dann nicht mehr so/ weil jetzt in Reha nimmt ja auch jeder Rücksicht, ja? Da bin ich ja auch wirklich nur mit mir beschäftigt irgendwo und das soll ja dann auch so sein. Ich habe ja auch dann gar keine Zeit, irgendwo tagsüber mich um irgendwas anderes zu kümmern, ich bin ja hier. (lacht) Geht ja dann nicht. [...] Und das wird nicht so bleiben. Nur ich muss halt an mir arbeiten, dass ich dann wirklich zuhause sage: So, ich will helfen, aber das machen wir mal heute Abend oder in einer Stunde oder sonst was, weil ich nehme mir jetzt erst mal die Zeit für mich, weil ich schon den ganzen Vormittag voll hatte, oder weiß ich was, ne? Deswegen hoffe ich, dass das so ein bisschen bleibt (lacht)“ (a_IP5, 27:50).

Und so ist die Rehabilitation eine Simulation von Normalität, die in einem spezifischen „Schutzraum“ stattfindet (vgl. dazu u. a. Kardorff/Schönberger 2013), der neben seiner schützenden Funktion auch problematisch sein kann. Denn er wird dabei gerade über die Diskrepanz zur Alltagswelt der Betroffenen definiert, was wiederum den Aspekt der Übertragung und Übertragbarkeit des Reha-Wissens zu einer drängenden Frage macht. Auch Amelang (2014) spricht in einem ähnlichen Zusammenhang, nämlich hinsichtlich der Rehabilitation von Menschen mit einem Organtransplantat, von einer Simulation von Alltag (vgl. Amelang 2014: 82–107).

5.2.2 Die Entbindung von alltäglichen Pflichten als Schutzmaßnahme

„Ich bin ich ja nur mal für mich.“

Die Frauen erleben beim Eintritt in die Rehabilitation eine *Entbindung von gewissen Strukturierungs- und Organisationsanforderungen*, denen sie sich im alltäglichen Umfeld nicht entziehen können/wollen.

Der Reha-Aufenthalt folgt einer *spezifischen Taktung*, die ein wenig an die einer *durchschnittlichen Arbeitswoche* erinnert: Von Montag bis Freitag besuchen die Frauen ab dem frühen Morgen verschiedene Kurse und arbeiten hier ihren Tagesplan ab. In der Mittagszeit gibt es eine Pause, in der die Betroffenen meistens im Speisesaal der Klinik eine Mahlzeit einnehmen. Es kommt aber auch vor, dass die Interviewpartnerinnen diese freie Zeit nutzen, um nach dem anstrengenden Sportprogramm am Vormittag zu duschen und nur eine Kleinigkeit auf dem Weg zum Nachmittagsangebot der Reha essen. Das offizielle Programm endet meist am späten Nachmittag, wobei gelegentlich gewisse Entspannungsangebote am Abend angesetzt sind. Die enorme Betonung der Mobilisierungs- und Aktivierungskomponente der Rehabilitation wird in der Beschreibung von Frau IP2 sichtbar, die den Alltag insgesamt als „gut vollgepackt, also [...] stressig, aber positiver Stress“ (a_IP2, 2:26) bezeichnet. Die nach wie vor weit verbreitete Vorstellung, eine Reha sei wie eine Kur oder gar wie ein Urlaub, in dem es vor allem um Entspannung und Freizeit geht, trifft demnach nicht zu – durchaus auch zum Erstaunen der Interviewpartnerinnen.

Durch die sich wiederholende Tagesstruktur von Kursen, Mahlzeiten und Phasen der selbstbestimmten Beschäftigung kommt bei den betroffenen Frauen schnell ein Gefühl von Routine auf. Der Grad an institutioneller Strukturierung nimmt in der Reha-Zeit im Vergleich zur vorherigen Phase immens zu. So unterlag zwar auch die Behandlung einer strukturellen Planung von u. a. Bestrahlungs- und Chemo-Terminen, doch in der Reha geben *detaillierte Tagespläne* vor, wann aufgestanden werden sollte, wann das Frühstück stattfindet, wann gewalkt, gemalt und im Rapsbad „gewühlt“ (a_IP3) wird. Feingliedrig im 60-bis 90-Minuten-Takt ist der Tag in einzelne Einheiten aufgedröselte, die wiederum mit den verschiedenen Kursen aus dem Reha-Spektrum ausgefüllt sind.

Trotz einer grundsätzlichen Freiwilligkeit der Teilnahme an diesen Kursen, denn „es ist ja kein Muss hier“ (a_IP1), scheint eine gewisse Verbindlichkeit zu wirken. Denn das durchaus fordernde Programm wird von den interviewten Frauen gewissenhaft befolgt.

„Deswegen sage ich: Ich mache alles, was die mir hier alles auf meinen Zettel und versuche auch nicht irgendwie ‚Ach, das mache ich nicht‘ oder so. [...] Weil ich denke, das ist auch irgendwie so Prüfung für mich, ob ich das durchhalte, den Ablauf des Tages, ne? Ob ich dann abends schon total kaputt bin oder schon, eh, nach dem Mittag oder vor dem Abendessen denke ich mir, also mehr schaffe ich nicht, oder sowas. Aber ich zwinge mich auch nicht. [...] Weil mir wird auch immer wieder gesagt, nur so weit wie es geht“ (a_IP1, 1. Teil, 43:03).

Diese große Akzeptanz ist mit dem Wunsch der Frauen verbunden, „wieder belastbarer“ (a_IP6, 06:39) zu werden. Nach den erlebten Beeinträchtigungen soll nun ausgelotet werden, wie es um die eigene Leistungsfähigkeit bestellt ist.

„Ich bin einfach erst mal total froh, dass diese akute Phase und auch diese anstrengenden Behandlungen vorbei sind. Die Reha ist für mich so aufbauend. Also, ich habe Lust wieder was zu machen, ne? Und das ist richtig gut“ (a_IP3, 15:48).

Und tatsächlich kontrastiert die Rehabilitation mit ihren klar abgesteckten zeitlichen, inhaltlichen und räumlichen Rahmenbedingungen die vorangegangene Zeit der Erschütterung, Unvorhersehbarkeit und wachsenden Einschränkungen.

Doch den Betroffenen wird in der Reha-Klinik nicht nur eine Tagesstruktur an die Hand gegeben. Die Interviewpartnerinnen werden auch von anderen Pflichten entbunden, die sie zuhause – wenn auch mitunter fragmentarisch – erfüllt haben. Diese *Pflichtentbindung* erinnert dabei an das Konzept der „Krankenrolle“ von Parsons (1958) und lässt sich als ein wesentliches Merkmal des Rehabilitationsaufenthalts verstehen. Dabei *entfallen selbst Alltäglichkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Wäschewaschen*. Auch der persönliche Kontakt mit dem/der Partner:in, den Kindern, Freunden und Bekannten kommt hier ein Stück weit zum Erliegen. Die meisten Interviewpartnerinnen können diesem reduzierten Kontakt allerdings nicht nur etwas Positives abgewinnen, sondern lehnen Besuche von Familie und Freund:innen vielmehr entweder selbst ab oder reduzieren sie auf vereinzelt, wenige Aufenthalte. Die Rehabilitation entfaltet hier ihre schützende Funktion (vgl. dazu Kardorff/Schönberger 2013):

„Und in meinem Fall, also, es gibt ja viele hier, die kriegen fast jeden Tag Besuch, und ich hab' halt gesagt, ich will das gar nicht. Weil ich will hier nicht Entertainment-Programm für meinen Besuch abspulen, ich bin ja hier in Reha für mich. Und nicht dafür, dass alle sagen: Och, nach [Ort] wollte ich auch schon immer mal, da komm ich mal vorbei, da gehen wir mal einen Kaffee trinken, ne? Da hab' ich so keine Lust drauf. Also, so jetzt am Wochenende kommt mein Mann nochmal, aber so (..) wenn es nicht um die Wäsche ging, bräuchte er auch nicht nochmal kommen, finde ich. Ich find das gerade mal gut, mich nur auf mich zu konzentrieren, ehrlich gesagt“ (a_IP9, 8:36).

Der Fall von Frau IP9 illustriert dies in besonderer Weise. Denn mit ihrem Mann verbindet sie nicht nur eine mehrjährige Beziehungsgeschichte. Sie teilen darüber hinaus die Erfahrung einer Krebserkrankung. Doch trotz dieser auch im Interview spürbaren Nähe zu ihrem Mann, möchte Frau IP9 während der Reha-Zeit keine Besuche:

„Zuhause bist du ja auch immer so ein bisschen (..), wie soll ich das jetzt sagen? Ich meine, natürlich kannst du machen, was du willst. Es ist ja nicht so, als dass du eingesperrt wärst oder Rechenschaft abgeben musst, aber irgendwie ist es schon ein bisschen so. Wenn ich hier halt meine, jetzt mache ich halt das und das oder mache das und das halt eben nicht, dann kommt halt auch keiner und fragt: Ja, warum? [...] Ja,

so ne das Klassische, ne? Wir müssten noch hier hin und wir müssten noch da hin und das müssen wir auch noch abholen. Das hast du halt hier alles nicht. Ne? Hier hast du deinen Plan und das sind deine festen Termine und wenn dazwischen Freizeit ist, dann kannst du dir halt überlegen, ob du nochmal in die Muckibude gehst oder gehst du nochmal eine Runde laufen oder machst du es halt nicht. Isst du ein Eis. Ne? (lacht auf) Das find ich halt schon ganz gut“ (a_IP9, 9:10).

Auch von *sozialen Verpflichtungen entbunden* zu sein, wird von den meisten interviewten Frauen positiv bewertet.

Im Kontakt zum medizinischen Personal der Klinik scheint eine solche Verpflichtung interessanterweise nicht zu liegen. Es lässt sich annehmen, dass dieser Kontakt von einer Professionalität im Umgang mit dem „Schreckensgespenst Krebs“ (a_IP3) geprägt ist, die es den Interviewpartnerinnen ermöglicht, von der sonst empfundenen Notwendigkeit des Tröstens zurücktreten zu können.¹⁰¹

5.2.3 Die professionelle Expertise als Anleitung zur wohlwollenden Selbstbeobachtung

„Zuhause hätte ich mich das nie allein getraut.“

Dem medizinischen Personal wird in der Rehabilitation aufgrund seiner Position eine Fachkompetenz zugesprochen, was sich aufseiten der Interviewpartnerinnen als ein *vertrauensvolles Herantasten* an die verschiedenen Anforderungen in den Reha-Kursen ausdrückt. Vor dem Hintergrund der Fremdheit, welche die betroffenen Frauen im Zuge der unerwarteten Diagnose gegenüber ihrem Körper empfinden, wird der *hohe Stellenwert der professionellen Anleitung* vor allem in den Sportkursen erkennbar.¹⁰²

„Vor allem die Bewegung oder sowas. [...] Wenn wir irgendwelche Übungen machen, dann sagen die auch immer, denken Sie dran, nicht mit Gewalt. [...] Und dann sagt er dann, können wir weiter machen? Schaffen Sie das? Wollen Sie auch eine Pause oder längere Pause? Es wird immer wieder nachgefragt. Also, das wird jetzt nicht gesagt, wir starten und da ist Ziel und egal, ne? Bitte. Das nicht. Also, wir sind Patienten, das ist kein Urlaub und\ Also deswegen, das muss so sein. Und es muss auf Menschen Rücksicht genommen werden [...] Weil das sagen die auch. Das ist kein Muss hier, keiner wird\ niemand zwingt, du musst das machen“ (a_IP1, 1. Teil, 43:48).

101 Siehe dazu Abschnitt 5.1.3.

102 Der Aspekt wird hier anhand der körperlichen Leistungsgrenzen und der sportlichen Mobilisierung veranschaulicht. Doch auch auf kognitiver, psychischer und sozialer Ebene gibt es Grenzen, die im Rahmen der Reha „bearbeitet“ werden, wie die weiteren Abschnitte von Kapitel 5.2 zeigen. Zur Fremdheit gegenüber des Körpers siehe Abschnitt 5.1.4.

Trotz einer gewissen Standardisierung in den Reha-Plänen fühlen sich die Interviewpartnerinnen mit ihren individuellen Ausgangssituationen in den Kursen gut aufgehoben.

„Die Bewegung [ist] auf jeden Fall [gut], obwohl es manchmal echt anstrengend ist und man sich vielleicht dann lieber mal auf so eine Bank setzen würde, ne? (lacht) Aber Bewegung ist super. Die Therapeuten sind auch echt nett und ja, hier ist alles [...] gut“ (a_IP6, 8:22).

Zu wissen, dass der/die Trainer:in in der Nähe ist, um im Fall einer unsauberen Bewegungsausführung einzugreifen, erzeugt ein Sicherheitsgefühl. Der/die Trainer:in minimiert bzw. verhindert hier aber nicht nur die Gefahr einer übersteigerten Belastung, sondern leitet auch eine *neue Form der Selbstbeobachtung* an. Bei welchen Bewegungen die Betroffenen eine solche Art von Anleitung benötigen, kann trotz der Gemeinsamkeit der Diagnose „Brustkrebs“ durchaus individuell ausfallen.

Mit einem/einer Trainer:in spricht Frau IP9 über einige ihrer Bedenken und ist erstaunt, welche Bewegungen sie körperlich durchaus ausführen darf und auf welche Belastungen sie eher verzichten sollte.

„Zuhause hätte ich mich nie allein getraut zu sagen, komm, ich probiere mal sowas wie Bankpresse. Weil ich immer dachte: Darf ich das überhaupt, mit meinem Brustmuskel? Keine Ahnung. [...] In der Reha denkst du: Ja, gut, die würden mir das ja nicht verordnen, wenn man das nicht dürfte“ (b_IP9, 47:40).

Auch die anderen interviewten Frauen haben Bedenken dazu, welche Armbewegungen sie ausführen dürfen und wie bestimmte Beschwerden rund um das Narbengewebe der Brust einzuordnen sind. Im professionellen Setting angeleitet sollen die Betroffenen lernen, ihren Körper und seine Vorgänge differenziert wahrzunehmen.

In den Kursen findet interaktiv eine *(Neu-)Justierung des Belastungs- und Schmerzempfindens* der Frauen statt. Eine Bewegung, die sich erst einmal nach „zu viel“ anfühlt, wird genau überprüft und neu bewertet. Die fachliche Expertise wirkt dabei als Korrektiv der gestörten Selbstwahrnehmung.¹⁰³ In diesem Zusammenhang kommt es durchaus vor, dass ein für die Interviewpartnerinnen alarmierendes Ziehen in der Brustgegend von dem Reha-Personal angesichts des operativen Eingriffs und des nach wie vor heilenden Gewebes als „normal“ eingestuft wird. Diese professionell angeleitete Art der Selbstbeobachtung hat dabei wenig mit dem übersteigerten Bedürfnis nach Kontrolle zu tun, wie es im Zuge

103 Siehe dazu Abschnitt 5.1.4 zum Fremdheitsgefühl, das die Diagnose verursacht.

der Angst vor Metastasen oder einem Rezidiv häufig den Anschein macht.¹⁰⁴ Vielmehr findet eine wohlwollende Form der Selbstbeobachtung statt.

Zudem werden Beschwerden und Einschränkungen nicht (mehr) als „gegeben“ und als angesichts der Krankheitsphase unveränderlicher Zustand verstanden. Der Blick der Interviewpartnerinnen wird vielmehr gezielt darauf gelenkt, wie die Leistungseinbußen kompensiert, die Einschränkungen minimiert und die Grenzen der Belastbarkeit verschoben werden können. Der Austausch, der hier zwischen den Betroffenen und dem Personal der Reha-Klinik stattfindet, dient der Veränderung der Einschätzung des subjektiven Leistungsvermögens der Frauen.

5.2.4 Der Krebs als Gemeinsamkeit der Rehabilitand:innen

„Hier hat keiner eine Phase, die wir nicht auch schon gehabt hätten.“

Ab dem ersten Reha-Tag ist jede der Frauen Teil einer beständigen, kleinen sozialen Gruppe. Denn sie bekommen für die gesamte Dauer des Aufenthalts einen festen Tisch im Speisesaal sowie *feste Tischnachbarn* zugewiesen. Diese *Kleingruppen* teilen allerdings nicht nur die Mahlzeiten miteinander, sondern auch die krisenhafte Erfahrung einer Krebsdiagnose.

Der Krebs, der im alltäglichen Umfeld der Betroffenen zu einer sozialen Irritation geführt hat¹⁰⁵, entfaltet in dieser besonderen Umgebung eine integrative Funktion. Die Krankheit hat hier paradoxerweise also eher ein *verbindendes und weniger ein distanzierendes oder irritierendes Moment*. Dadurch wird den interviewten Frauen vor Augen geführt, inwiefern sich die soziale Situation in der Reha-Klinik von der in ihrer alltäglichen Lebenswelt unterscheidet. Hieraus ergibt sich allerdings eine Schwierigkeit: Die körperliche, emotionale Nähe zum Partner, zur Familie und zu engen Freund:innen sind zweifellos größer als die zu den neuen Bekanntschaften. Und doch besteht aber gerade über die Erkrankung eine spezifische Verbundenheit, die enorm zur sozialen Normalisierung des Krebses beiträgt. Denn die Wortfindungsschwierigkeiten, die immer noch sehr kurzen Haare, die Kurzatmigkeit und die Angst vor einer Rückkehr des Krebses sind krankheits- und behandlungsbedingte Nachwirkungen, die jeder der Rehabilitand:innen kennt.

Wenngleich die Interviewpartnerinnen unterschiedlich kontaktfreudig sind und teilweise einige Tage zur Eingewöhnung in diese Reha-Welt benötigen,

104 Das zeigt der Ausspruch von Frau IP4, dass sie sich keinerlei Sorgen um ein Ziehen oder Zwicken in der Brust mache. Diese Sorglosigkeit liegt aber nicht in einem Vertrauen in ihre Selbstwahrnehmung begründet, sondern darin, dass sie zuvor jegliche Beschwerden hat medizinisch abklären lassen. Siehe dazu das Zitat im Abschnitt 5.1.4.

105 Siehe dazu Abschnitt 5.1.3.

wird der Austausch mit anderen Rehabilitand:innen überwiegend positiv bewertet. Während der Reha-Zeit sind die Beziehungen zwischen den Rehabilitand:innen allerdings von einem *diffusen Mischverhältnis von Vertrautheit und Flüchtigkeit* geprägt. Während man morgens in derselben Walking-Gruppe läuft, mittags zusammen im Speisesaal sitzt und abends, nach Ende des offiziellen Reha-Programms, den Abend noch bei einem Saft-Cocktail auf der Dachterrasse abschließt, ergeben sich durchaus *vertraute, quasi-freundschaftliche Momente*, in denen persönliche Themen vertieft werden. Fasziniert berichtet Frau IP4 von den mitunter intensiven Gesprächen mit ihren Mitrehabilitand:innen:

„Da kommen dann teilweise auch sehr private und intime Sachen raus. Also, ich finde das immer wieder erstaunlich. Das ist ja jetzt die vierte Reha, die ich mache. Also, nicht wegen der Brusterkrankung, sondern auch wegen anderer Sachen. Aber ich finde es immer erstaunlich, dass man (..) eigentlich fremden Menschen (..) solche Sachen anvertraut. Aber da muss die Chemie stimmen, das muss irgendwie passen. Ich würde das jetzt nicht irgendwem erzählen. Also, jemanden, der das so abwinkt. Ich erzähle das auch nicht jedem, aber was sich so über diese Tischgemeinschaft hinaus aufgebaut hat, das ist schon (...) ziemlich intim, obwohl ich das noch nicht als Freundschaft bezeichnen würde. [...] Also, eigentlich müsste es Freundschaft sein, wenn man sich solche intimen Sachen erzählt, aber ich würde es noch nicht als Freundschaft bezeichnen, das ist (..) eigentlich konträr, irgendwie, keine Ahnung, passt nicht zusammen“ (a_IP4, 9:51).

Trotz einer gewissen Vertrautheit zögert Frau IP4 dennoch, die Personen als „Freunde“ zu bezeichnen. Anzunehmen ist, dass die Dauer des Kontakts in dieser Phase für diese Bezeichnung (noch) nicht ausreicht – wenngleich die Mehrheit der Frauen Handynummern austauschen (vgl. dazu zum Beispiel Brandt et al. 2016). Nicht abzusehen ist dabei allerdings, wie sich der Kontakt nach dem Ende der gemeinsamen, maximal vierwöchigen Rehabilitationszeit gestalten wird.

Doch für den Moment kann es durchaus erleichternd sein, vergleichsweise unproblematisch über sensible Themen, wie zum Beispiel die Angst vor einer Wiedererkrankung oder dem eigenen Tod, zu sprechen.

„Und ich finde es immer so erstaunlich, dass man, weil hier alle im gleichen Boot sitzen und keiner etwas zu verbergen oder zu verheimlichen hat, du kannst halt\ Hatten wir letzte Woche: Da sitzt eine in der Raucherecke und kriegt auf einmal einen Heulkampf und sagt: Ich weiß grad gar nicht, warum. Und wir denken uns: Ja, dann lass halt raus. Erzähl's uns. Wir drücken dich mal. Alles gut. Du kannst hier mit den Leuten anders reden als mit den Leuten zuhause. Weil die alle wissen, wie es ist. Dann ist halt schon nochmal ein Vorteil, find ich. Zuhause die sind halt, bei denen, bei denen es schlimm ist, die sind überfordert, die kommen an ihre Grenzen, ganz oft. Die wissen halt nicht, wie sie es zu nehmen haben. Und hier hat keiner nicht eine Phase, die wir

nicht auch gehabt hätten. Und das kann man vielleicht auch besser nachvollziehen und öffnet sich dann auch besser“ (a_IP9, 59:58).

Die *Unausweichlichkeit der Krankheit als Gesprächsthema* hat aber auch belastende Züge. Denn die emotionale Aufladung dieses Themas kann dabei stören, endlich „einen Deckel drauf zu setzen“ (a_IP5, 54:10). Vor allem dann, wenn es nicht gelingt, nach dem „normalen Abklopfen“ (a_IP4) andere, ergänzende Gesprächsthemen zu finden und man so sukzessive tiefer in die jeweils individuellen Krankheitsgeschichten der Anderen eintaucht. Plötzlich besteht dann unter Umständen doch das Risiko einer überfordernden emotionalen Betroffenheit, vor der sich Frau IP11 innerlich mit einem besonderen Rat zu schützen versucht. Ein Satz, den sie sich auch nach der Reha-Zeit immer wieder in Erinnerung rufen wird:

„Mitleid umwandeln in Mitgefühl. Nicht, dass man selber mitleidet, sondern man hat Mitgefühl dafür, aber man muss halt aufpassen, dass man nicht selber dann mitleidet“ (a_IP11, 76:16).

Die Betroffenen bewegen sich im interpersonalen Kontakt mit den anderen Rehabilitand:innen durch die emotional aufgeladene *Gemeinsamkeit der Krebserkrankung* auf einem schmalen Grat zwischen bereicherndem Austausch und einer sozialen Überforderung.

5.2.5 Die körperliche Mobilisierung als Selbstwirksamkeitsschub

„Man hat das Gefühl, man hat etwas geschafft.“

Der körperlichen Mobilisierung wird in der konzeptionellen Gestaltung der Rehabilitation eine große Bedeutung beigemessen. Teilweise sind am Tag mehrere Sporteinheiten vorgesehen, was für die Frauen eine *drastische Steigerung ihrer bisherigen sportiven Aktivitäten* bedeutet. Dass bereits vor dem Frühstück erste Sporteinheiten angesetzt werden, entspricht nicht der gewohnten Alltagsstruktur zuhause. Ein großer Teil der körperlichen Auslastung fand dort eher in Form von alltäglicheren Tätigkeiten, wie Gartenarbeit, Reinigungsarbeit im Haus oder Besorgungen außer Haus, statt. Neben Erwerbsarbeit, Familie und Freund:innen hatte der Sport so kaum einen so hohen Stellenwert wie nun in der Reha. Trotzdem deckt diese Sportzentrierung die Wünsche der Interviewpartnerinnen ab.

„Was ich richtig gut finde und wo ich richtig (...) heiß drauf war, sag ich mal, war, mich wieder körperlich zu kräftigen und auszupeinern. Also, das Aqua-Gymnastik finde ich gut. Nordic Walking finde ich gut. Also, all sowas, wo ich mal wieder so eine körperliche Herausforderung [habe]“ (a_IP3, 6:25).

Der Sport wird hier positiv erlebt und wirkt sowohl mobilisierend als auch motivierend. Die physische Anstrengung gibt den interviewten Frauen die Möglichkeit (zurück), ihren Körper wieder in einer aktiven, kompetenten, ja leistungsfähigen Art zu erleben. Das hier zurückkehrende Gefühl von Selbstwirksamkeit stellt ein *Gegengewicht zu dem bedrückenden Gefühl der Einschränkungen* aus der Behandlungszeit dar. Körperlich wieder „etwas zu schaffen“ (a_IP8) hinterlässt bei den interviewten Frauen einen nachhaltigen Eindruck:

„Und ich merke jetzt einfach halt so, dass man so ein bisschen (..) noch mehr Lebensfreude bekommt, weil man sich wieder viel besser bewegen kann. Ne? Man kann sich wieder deutlich besser bücken (lacht). Kriegt eher Luft, wenn etwas ist, wieder. Also, das ist einfach so das Allgemeine. Und wenn man dann losläuft und unterhält sich mit den Leuten, das tut einfach gut“ (a_IP7, 34:35).

Über die sportlichen Aktivitäten ermitteln die Frauen zum einen ihren körperlichen Ist-Zustand: „Ich kann das tun, was ich kann“ (a_IP3, 61:05). Zum anderen spüren sie von Sporteinheit zu Sporteinheit die gemachten Fortschritte: beim morgendlichen Walken wird eine weitere Strecke ohne Pause zurückgelegt, beim Krafttraining werden für Übungen schwerere Gewichte verwendet und bei der Hockergymnastik lässt sich der Arm stärker/höher anheben.

Die Verbesserungen der physischen Fähigkeiten stehen im starken Kontrast zur vorangegangenen Zeit, die von wachsenden Einschränkungen, einem schrumpfenden Bewegungsradius und der steigenden Abhängigkeit vom sozialen Umfeld gekennzeichnet war.¹⁰⁶ Die bestehenden Einschränkungen nun aktiv und körperlich spürbar zu bearbeiten und ein Stück weit „umkehren“ zu können, stärkt das zuvor erschütterte Gefühl von Selbstwirksamkeit, wie auch Wilde-Gröber in ihrer Forschungsarbeit feststellt (vgl. Wilde-Gröber 2005: 77). Doch das intensive Sportprogramm verlangt den Betroffenen auch ein besonderes Maß an Willensstärke und Beharrlichkeit ab:

„Ich bin schon viel belastbarer. Ich habe heute Morgen zum Beispiel beim Laufen, durch diese Bestrahlung habe ich halt immer schlecht Luft gekriegt zum Ende hin. [...] Ich konnte nicht mehr. Ich konnte wirklich nicht mehr [...] Und (..) aber ich bin halt jemand, der eigentlich immer wieder aufsteht und der sich dann auch immer wieder so ein bisschen\ Aber da ging es wirklich nicht. Und dann ist mein Körper auch runtergefahren. [...] Heute Morgen, durch die Wärme zum Beispiel, da habe ich öfters keine Luft gekriegt. Also, es war schon schwer. Aber man gibt ja nicht auf und man geht trotzdem weiter und das tat auch gut und hinterher war es natürlich toll [...] (...) Wenn ich mich jetzt in Selbstmitleid setze und nun, ja, alles gut sein lasse, dann wird es ja auch nicht besser. Also, ich muss schon auch aufstehen und muss ein bisschen was

106 Siehe dazu Kapitel 5.1.7.

tun dafür. Und Sport macht ja auch belastbarer und das ich einfach meine Ausdauer auch wiederkriege, das ist so wichtig“ (a_IP6, 06:04).

Dabei wirkt es, als stünde die physische Verausgabung stellvertretend für den *Kampf aus der lähmenden Schwere* der vergangenen Monate zurück in ein aktives Leben, für das in der Reha der Grundstein gelegt werden soll.

Mit dem Anspruch an sich selbst, den Frau IP6 in der oben angeführten Interviewpassage formuliert, entspricht sie zudem der idealtypischen Vorstellung des/der aktiven, eigenverantwortlichen, disziplinierten Rehabilitand:in (vgl. zum Beispiel Kardorff 2011). Die sich hier ableitende Eigenverantwortung laufe als „beständiger Subtext bei allen Rehabilitationsbemühungen mit“ (Kardorff 2011: 310).¹⁰⁷ Diese Form der Eigenverantwortung kann mitunter schwierige Züge annehmen, wenn die Frauen vor allem sich selbst in der Pflicht sehen, Einschränkungen einer Erkrankung abzumildern, die von zahlreichen Risikofaktoren abhängt und ätiologisch bisher nicht vollständig aufgeklärt werden konnte. Eine Erkrankung, von der auch die medizinische Profession nicht vorhersehen kann, wie sich die körperlichen Einschränkungen und die Möglichkeiten, Kraft, Ausdauer und schlussendlich spezifische Kompetenzen wiederzuerlangen, im Einzelfall entwickeln werden.

5.2.6 Die Krankheitsbewältigung über psychosoziale Reflexion

„Man sieht die Dinge auch mal aus einem anderen Blickwinkel.“

Zur Steigerung der psychischen und emotionalen Belastbarkeit der Frauen gibt es psycho-edukative Veranstaltungen, wie Vorträge über die Erkrankung, ihre Folgen und Bewältigungsmöglichkeiten, sowie eine *psychosoziale Begleitung*. Darunter fallen Kurse zum Thema Achtsamkeit, aber auch *einzel- und gruppentherapeutische Gespräche* mit einem/einer Psycholog:in. Die Achtsamkeitskurse, wie auch der BodyScan¹⁰⁸, bedienen sich, den Berichten der Interviewpartnerinnen zufolge, Elementen aus der Meditation.

Das Hauptaugenmerk liegt darauf, dass die Teilnehmer:innen *ihre Körperempfindungen und Gedanken besser wahr(zu)nehmen* lernen. Besonders in Verbindung

107 Bei dieser Thematik rund um die Mobilisierung und Förderung der Eigenverantwortung ergeben sich einige inhaltliche Schnittmengen zur subjektiven Vorstellung der Krebsentstehung in Abschnitt 5.1.5 und zur Frage der Normativität der Krebsätiologie. Wenngleich diese Überschneidungen spannend zu betrachten wären, können sie im Rahmen der vorliegenden Dissertation nicht tiefergehend behandelt werden.

108 Beim BodyScan (engl. to scan – abtasten, überfliegen) wird nach und nach in jedes Körperteil hinein gespürt, um die nicht-wertende Wahrnehmung zu schulen und zur Entspannung beizutragen.

mit der Frage nach der Krebsursache und der Verantwortung, die die Betroffenen bei sich selbst sehen, indem sie „nicht gut genug auf sich aufgepasst haben“ (a_IP11), wirken diese Angebote aufklärend. Frau IP6 resümiert in diesem Zusammenhang ein Gespräch mit dem Psychologen der Rehabilitationsklinik:

„Ich war vorher auch in diesem, in diesem Alltagstrott halt immer so drin, ne. Immer gearbeitet, die Kinder und der Mann und dann Haus und so diese ganze Arbeit, die man so hat. Und da ist man so in diesem Kreislauf drin. Und ich habe jetzt sogar, also durch diese Krankheit, bin ich ja jetzt aus diesem Kreislauf raus. Komplett raus. (...) Und für mich hatte die Arbeit früher immer einen ziemlich hohen Stellenwert. Das ist nicht mehr so. [...] Das ist eigentlich jetzt bei dem Psychologen\ Wir hatten ein Gespräch (...) und früher war die Arbeit für mich immer super wichtig [...] Und dabei ist vielleicht auch zu Hause das ein oder andere zu kurz gekommen. Weil man viel Zeit in die Arbeit investiert hat.

I: Haben sie da irgendwas im Sinn gerade? Also, was Sie meinen mit zu kurz gekommen?

IP6: Puh, vielleicht ich selber. Ich selber“ (a_IP6, 33:00).

Ähnlich lauten auch die Schlussfolgerungen der anderen Interviewpartnerinnen.

Die psychosoziale und therapeutisch *angeleitete Krankheitsbewältigung* ist eng an drei wesentliche Aspekte gekoppelt: die besonderen Rahmenbedingungen der Rehabilitation¹⁰⁹, die Entbindung von alltäglichen Pflichten¹¹⁰ und die subjektive Suche nach dem Krankheitssinn.¹¹¹ Denn fernab der gewohnten Umgebung kommen die Frauen im rehabilitativen „Schutzraum“ in die Situation, sich mit den Krankheitsereignissen der vergangenen Monate auseinanderzusetzen (vgl. dazu Kardorff/Schönberger 2013). Zuvor hatten neben dem sich „stetig drehenden Rad“ (a_IP6, 76:40) aus Kinderbetreuung, Beziehungsarbeit und anderen Pflichten auch die Behandlungen eine spezifische zeitliche Struktur vorgegeben.

„Ich habe die Krankheit in der Zeit nicht verarbeitet, (...) weil ich ja immer weiter also mein normales Leben gehabt habe. Jetzt ist die Frage, ja, war das gut oder war das nicht gut, ne? [...] Jetzt hier, da ich es jetzt durchnehme, und durch ein Gespräch\ Ich bin jetzt hier auch bei einem Psychologen, habe ich Termine, und da ist das rausgekommen, ne? Dass ich jetzt einfach erst so richtig, *das wird mir jetzt alles erst so*

109 Siehe Abschnitt 5.2.1.

110 Siehe Abschnitt 5.2.2.

111 Siehe Abschnitt 5.1.5.

bewusst, ich habe ja schon viel mit mir zu tun gehabt, und auch viel mit mir selber so ausgemacht. Aber jetzt kann ich hier viel verarbeiten“ (a_IP6, 23:36).

In der Reha-Umgebung wird also ein umfassender Reflexionsprozess angestoßen. So fragt sich Frau IP6 beispielsweise, ob die bisherige Einbindung in ihr alltägliches Leben die Krankheitsbewältigung gefördert oder eher behindert hat. Und hiermit berührt sie den Kern eines auch wissenschaftlich geführten Diskurses rund um die konzeptionelle Gestaltung von Rehabilitation und Nachsorge.

Die Antwort auf diese Frage ist komplex, denn ein gewisses Maß an Alltäglichkeit hat den interviewten Frauen in der schwierigen Behandlungszeit durchaus Orientierung gegeben: Mit den Kindern Hausaufgaben zu erledigen, der Tochter zum Geburtstag eine Feier auszurichten und ein Mal am Tag gemeinsam eine selbstgekochte Mahlzeit einzunehmen hat als Stellvertreter von Normalität fungiert. Diese Stellvertreter wiederum haben zur emotionalen Stabilität der Interviewpartnerinnen beigetragen.¹¹² Und doch hat dieses Aufrechterhalten einer „Minimalversion“ von Normalität möglicherweise auch eine behutsame, tiefgründige Auseinandersetzung mit der Krebsdiagnose behindert. Denn:

„Man ist ja wirklich mit sich selber alleine. Vorher, nach der Krankheit, als sie ausgebrochen war oder als ich operiert wurde, da war ja, ich hatte [...] auf der einen Seite meine Krankheit, auf der anderen Seite meinen\ mein Leben, meinen Alltag“ (d_IP6, 68:18).

Mithilfe der psychosozialen Begleitung wird der Blick der interviewten Frauen hier gezielt auf das innere Erleben und die subjektiven Bewertungsmuster gelenkt.

Während diese Fokussierung auf innere Prozesse in der vorangegangenen Phase eher als Selbstschutz vor einer (sozialen) Überforderung diente, kommt während der Reha dabei die *gezielte Förderung von Eigenaktivität* zur Geltung. Die Entbindung von sämtlichen Pflichten und die spezifischen räumlichen, zeitlichen, inhaltlichen und sozialen Gegebenheiten der Rehabilitation wirken sich für den Großteil der interviewten Frauen unterstützend auf deren Bewältigungsarbeit aus:

„Das tut auch gut oder dann sieht man die Dinge wieder aus einem anderen Blickwinkel. Was man so zu Hause für sich ja nicht macht. Da kommen ja nicht so Gespräche dann auf oder die sind immer mehr in die gleiche Richtung gelenkt, stimmt's? Wenn man mit dem Partner redet. Die Meinungen bleiben ja immer gleich, das wird nie so von anderer Seite vielleicht betrachtet, gell? Das macht man nicht, man ist ja in den Jahren, hat man so seine selben Meinungen immer irgendwie, ne? Und das tut hier

112 Siehe dazu in Abschnitt 5.1.7.

auch gut. Deswegen war das für mich eigentlich auch wichtig, dass ich das mache. [...] Eine andere Sichtweise zu kriegen, auf die ganze Sache. Aufs Leben auch und überhaupt, ja. Und das findest du halt dann hier, wenn du wirklich mal auch dich ein Stück weit von der Familie auch mal abgrenzt. (...) Ne? (...) Das heißt jetzt nicht, dass man sich\ (lacht) Aber das ist halt, ja, du bist mal die vier Wochen jetzt hier für dich“ (a_IP11, 78:02).

Die Reha verschafft den Frauen „neue Impulse“ (a_IP11, 60:42) für den zukünftigen Umgang mit Einschränkungen, Einbußen und Beschwerden einerseits, aber auch für eine insgesamt bewusste, gesunde Lebensführung andererseits.

Um diesen besonderen, rehabilitativen „Schutzraum“ so lang wie möglich nutzen zu können (vgl. dazu Kardorff/Schönberger 2013), beantragt fast jede der zehn Interviewpartnerinnen die Verlängerung der Reha auf vier Wochen.

5.2.7 Die Unsicherheiten zur beruflichen Rückkehr

„Man hat schon Respekt davor, wenn man wieder ins Arbeitsleben geht.“

Während der Rehabilitation tritt mit der Erwerbsarbeit einer der zentralsten Normalitätsfaktoren, als welchen u. a. Mehnert (2011a), Mehnert (2014) und Peteet (2000) sie betrachten, nach langer Abwesenheit wieder ins Blickfeld der Frauen. Für die Interviewpartnerinnen bedeutet die Erwerbstätigkeit u. a. finanzielle Unabhängigkeit und materielle Existenzsicherung, sozialer Austausch sowie eine konstruktive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Arbeitsinhalten. Die Koordination einer stufenweisen Wiedereingliederung (StW) als Integrationsmaßnahme fällt in den Bereich des Sozialdiensts der Reha-Klinik. Dort wird der konkrete Eingliederungsplan samt Anfangs- und Enddatum festgelegt, mit den zuständigen Ärzt:innen vor Ort abgestimmt und im telefonischen Gespräch mit dem Arbeitgeber der Betroffenen abgeklärt.¹¹³ Meist lassen sich die äußeren

113 Aus dem Experteninterview mit dem Sozialdienst der Reha-Klinik (siehe Abschnitt 3.3) geht hervor, dass diese vereinbarten Eingliederungspläne in der Regel eine stufenweise Aufstockung der Arbeitszeit in einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen umfassen. Dafür wird auch die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen aus zwei Perspektiven begutachtet. Es geht zum einen um die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und die Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt. Sind entweder die Betroffenen und/oder der Arbeitgeber mit dem von der Reha-Klinik vorgeschlagenen Eingliederungsplan nicht einverstanden, wird der Betrieb in die Verantwortung genommen, seiner Fürsorgepflicht nachzugehen und auf andere Maßnahmen innerhalb des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zurück zu greifen. Siehe dazu auch Abschnitt 2.2.2 und Abschnitt 2.2.3.

Bedingungen für die berufliche Rückkehr der Interviewpartnerinnen recht unkompliziert über die zentrale Koordination durch den Sozialdienst abklären.

Davon unabhängig können sich allerdings spannungsreiche Momente in der direkten Kommunikation zwischen den Erkrankten und ihren Arbeitgebern ergeben, wie der Fall von Frau IP9 zeigt. Der Wiedereingliederungsplan dieser Interviewpartnerin sieht eine Eingliederungszeit von vier Wochen vor, sodass sich die Arbeitszeit wöchentlich um zwei Stunden steigert. Die Vorgesetzte der Betroffenen zeigt sich informell allerdings nicht damit einverstanden, dass sich die Eingliederung über mehrere Wochen erstreckt. Sie versucht, die Interviewpartnerin über emotionalen Druck dazu zu bringen, schneller wieder in Vollzeit einzusteigen.

„Und dann war die Reaktion: Schön von dir zu hören. Ja, ich habe mit einer Reha, mit einer Wiedereingliederung gerechnet, aber nicht, dass sie so spät anfängt und auch nicht, dass die nur zwei Stunden in der ersten Woche geht und die [Name einer Kollegin] [...] die bräuchte auch mal dringend Urlaub, der hätte ich es gegönnt, aber gut, ich muss es ja hinnehmen. Und wenn ich sowas schon lese, denke ich (...) \ Danke für das Gespräch, ich habe mir das nicht ausgesucht, wir können gerne tauschen“ (a_IP9, 28:32).

Ihrem ersten Arbeitstag schaut Frau IP9 daher mit Nervosität entgegen. „Ich weiß, ich muss da jetzt hin, ich muss da durch. Aber ich habe eigentlich ein ganz ungutes Gefühl“ (a_IP9, 28:57). „Wortkarg“ und „kein Zuckerschlecken“ (a_IP9) wird es wohl werden. Wie weitreichend die Wirkung dieser spannungsreichen Situation sein kann, wird darin sichtbar, dass diese Interviewpartnerin trotz der Bewertung ihrer Erwerbstätigkeit als „Berufung“ (b_IP9) in dieser Phase auch einen Arbeitsplatzwechsel in Betracht zieht, sobald die StW abgeschlossen ist. Diese Unsicherheiten führen insgesamt dazu, dass die Betroffene auch bei dem Gedanken an das bevorstehende Ende der Rehabilitation von einer gewissen Anspannung berichtet:

„Also, bei mir schlägt sich das schon körperlich relativ schnell nieder, mir geht das auf den Magen. Ich kann dann nicht essen. Und kann nicht richtig schlafen. Eigentlich all die Sachen, die ich jetzt vorher auch schon hatte, bevor ich hierhergekommen bin und die jetzt gut waren. Wo ich dann schon ein bisschen Angst davor habe, wenn ich wieder zuhause bin, weil dann kommt ja dieser Tag X“ (a_IP9, 38:21).

Trotz der zentralen Funktionen¹¹⁴, die die Erwerbsarbeit für die Frauen erfüllt, scheint nur ein kleiner Teil des Samples keinerlei Bedenken bezüglich der beruflichen Rückkehr zu haben. Die explizite Vorfriede von Frau IP4 sticht dabei

114 Siehe dazu Abschnitt 5.3.2.

hervor, wenn sie sagt: „Der Gedanke an die Arbeit hat mich durch die Krankheit getragen“ (a_IP4). Der Großteil der Interviewpartnerinnen berichtet hingegen von einer Verunsicherung bei dem Gedanken an den bevorstehenden ersten Arbeitstag.

Neben der Sorge um mögliche *Veränderungen des eigenen Aufgabenbereichs* kommen auch Befürchtungen dazu, wie die Kolleg:innen nach so langer Abwesenheit reagieren werden und ob die eigene Leistungsfähigkeit (jemals wieder) für die beruflichen Aufgaben ausreichen wird.

„Das einzige was ist, man hat halt Angst. Oder, was heißt Angst, auch nicht, so Respekt wieder davor, wenn man ins Arbeitsleben geht. (atmet aus) Schaff ich das wieder alles so? Bin ich überhaupt soweit? Dass ich das, dass mir das, dass ich das aushalte wieder so? (...) Und halt auch, was ich mir auch Angst vor habe ist wieder in den alten Trott zu kommen, wie das vorher war. Obwohl ich jetzt schon über ein Jahr krank bin, ne? Aber man hatte ja so ein Trott und da ist man ja, das ist ja ein richtiger Schnitt gemacht worden, einfach ein Cut“ (a_IP11, 31:03).

Auch Frau IP1, die im Unterschied zum Großteil der Interviewpartnerinnen ohne StW an die Arbeit zurückkehrt, ist diese Sorge in extremer Form zu erkennen. Sie berichtet von Bauchschmerzen und einem bangen Gefühl, wenn sie an ihren ersten Arbeitstag denkt. Nach sieben Monaten Krankheitszeit befürchtet sie trotz mobilisierender Rehabilitation,

„dass meine Tagesenergie nicht den ganzen Tag reicht, also, für die acht Stunden. Man ist auch erschöpft, erschöpft. Da kann ich mich schlecht sagen, also heute gehe ich jetzt nach Hause und ich lege mich hin oder sowas. Das, ne? (..) Das nicht. Aber der Körper ist geschwächt. Der ist nicht so\ Und das Alter noch dazu“ (a_IP1, 39:44).

Schon ein mehrwöchiger Urlaub erzeugt bei den Frauen am ersten Arbeitstag ein gewisses Fremdheitsgefühl. Angesichts der mehrmonatigen Abwesenheit und krankheitsbedingten Einschränkungen potenziert sich die Unsicherheit vor allem im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit.

Eins der Instrumente, das für die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit eingesetzt wird, ist die Belastungserprobung.¹¹⁵ Bei einer Belastungserprobung wird die

115 Die Belastungserprobung ist eins der Angebote aus dem Maßnahmenspektrum der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Die verschiedenen Angebote stehen abgestuft zur Verfügung und sind teilweise an die vorherige Feststellung bestimmter Bedarfe, zum Beispiel besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL), gebunden. Für weitere Informationen dazu siehe das Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der Deutschen Rentenversicherung (vgl. dazu DRV 2019).

jeweilige Erwerbstätigkeit der Betroffenen nachgestellt. So wird in einer vierstündigen Simulation einen Eindruck davon gewonnen, welche Anforderungen für die Betroffenen erfüllbar sind und welche Aufgaben (noch) nicht vollständig umgesetzt werden können.

Das Ergebnis der Belastungserprobung gibt wichtige Anhaltspunkte für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und die Entscheidung über die Rückkehr-Modalitäten, also mit oder ohne stufenweise Wiedereingliederung.¹¹⁶ Das Fazit der zwei Interviewpartnerinnen, die von dieser simulierten Arbeitssituation berichten, fällt ähnlich aus: sehr anstrengend.

„Die Ergotherapeutin sagte noch zu mir: Morgen werde ich Sie dann fragen, wie es Ihnen am Abend ergangen ist. Und das hat sie dann gemacht. Und ich wusste schon, ich fahre jetzt nach Hause und da esse ich noch was und dann mache ich gar nichts mehr. Mehr ist heut nicht mehr. (lacht). Und so war's auch. Und heute Morgen bin ich auch, also, (...) ich bin grad noch ein bisschen schwer im Gang, also es war schon irgendwie, also es hing noch ein bisschen nach. Als ich hier war, war's dann okay, aber (...) es war schon auch anstrengend“ (a_IP3, 13:33).

Frau IP3 ist dabei ein besonderer Fall, weil sie aufgrund einer bereits überstandenen Krebserkrankung von vor acht Jahren um die Dauerhaftigkeit der Leistungseinschränkungen weiß. Sie kann die im Zuge der Belastungserprobung erlebte Anstrengung gut in ihre bisherigen Erfahrungen einbetten. Rund zwölf Monate hatte es bei der ersten Brustkrebserkrankung gedauert, bis sich ihre Leistungsfähigkeit wieder an das Level von vor der Erkrankung angenähert hatte.

Dass der Reha-Aufenthalt von wenigen Wochen die Einbußen von einigen Monaten aufwiegen können würde, das habe sie von Anfang an nicht erwartet.

„Und jetzt dauert es wahrscheinlich noch länger, ich bin ja auch ein paar Jahre älter geworden, ne? Aber das ist dann eben so“ (a_IP3, 15:37).

Sie geht zu diesem Zeitpunkt auch nicht davon aus, dass die vier Wochen, die mit dem Sozialdienst vereinbart worden sind, ausreichen werden. Denn als „Profi in Sachen Krebs“ (a_IP3) kann sich die Interviewpartnerin gut an die Erschöpfung ihrer sofortigen beruflichen Rückkehr nach der ersten Brustkrebserkrankung erinnern:

116 Ein weiteres, denkbare Szenario ist, dass die Arbeitsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass andere Maßnahmen ergriffen werden müssen, zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder ein Antrag auf (teilweise) Erwerbsminderung. Angesichts des Forschungsinteresses der vorliegenden Dissertation sind solche Fälle allerdings nicht erfasst worden.

„Damals, als ich schon einmal krank war, hatte ich da gerade, nicht gerade erst, aber (...) dreiviertel Jahr vorher angefangen dort zu arbeiten [...] Und das war, das fand ich, da fand ich das echt, diesen ersten Tag (stöhnt) und da hab' ich auch keine stundenweise wieder Eingliederung gemacht, sondern da war ich ‚Nö, ich fang einfach wieder an‘ und das war falsch. Das war einfach auch so, dann ist mal da, also, wie gesund. Und da hab' ich mich auch mit überfordert. Das war nicht gut, das mache ich aber dieses Mal nicht so. Weil wenn man da ist und als gesund da ist, dann wird man auch so angesprochen und gesehen, ne? [...] Ich hab' [beim ersten Mal] zum Beispiel mit einem langen Arbeitstag angefangen und ich hab' eigentlich nach der Hälfte, also mittags, hatte ich eigentlich das Gefühl, jetzt kannst du nach Hause gehen. Du kannst nicht mehr. Das ist total anstrengend und du bist total erschöpft aber (...) ja, das war auch, glaub ich, ich wollte auch, dass es irgendwie funktionieren soll. Da habe ich mich über-, also überfordert und auch über-, also, das nicht richtig eingeschätzt. [...] Ich hab' gedacht, das geht. Und das weiß ich jetzt, dass das so nicht geht“ (a_IP3, 24:22).

Dieses Mal soll die Rückkehr weniger belastend ablaufen. Und nach zehn Monaten Arbeitsunfähigkeit sieht die Interviewpartnerin dem Beginn der Erwerbsarbeit positiv entgegen. Ihre Wiedereingliederungsvorstellungen hat Frau IP3 bereits frühzeitig, schon vor der Rehabilitation, mit ihrem Vorgesetzten besprochen und fühlt sich keinem Erwartungsdruck ausgesetzt; weder von Seiten ihres Chefs noch von Seiten der Kolleg:innen.

„Die haben mir signalisiert. Mach so langsam, wie du, wie du willst, also, oder wie du kannst. Und stundenweise Wiedereingliederung finden die gut. Natürlich ist das auch für den Arbeitgeber ganz gut, dann muss er mir nichts bezahlen. Und hat nicht sozusagen die Last mit dem Arbeitnehmer, der dann vielleicht noch nicht so richtig kann am Anfang, sondern es ist ja noch unter, also ich bin noch weiter arbeitsunfähig in der Zeit. Aber die haben signalisiert: Guck mal wie du das, in welchem Tempo du das, da ist nicht so ein Druck, ich muss jetzt irgendwie nach (unv.) wirklich wieder da ist und die sind da einfach (...) das ist alles, da habe ich, da habe ich, da gibt's nichts, dass ich denke, die erwarten da irgendetwas von mir“ (a_IP3, 28:07).

Frau IP7, die die Brustkrebsdiagnose zum ersten Mal bekommen hat, ist die Resignation angesichts des Ergebnisses ihrer Belastungserprobung hingegen deutlich anzumerken. „Scheiße, habe ich gedacht. Ich habe wirklich gedacht, ich hätte mehr Durchhaltevermögen. Aber ich neige auch zur Selbstüberschätzung“ (a_IP7, 47:02) versucht sie angesichts ihrer eigenen enttäuschten Erwartungen zu scherzen. Als „Stehaufmännchen“ (a_IP7, 47:00) so sagt sie, falle es ihr schwer zu akzeptieren, wenn sie Tätigkeiten, die vorher einmal selbstverständlich gewesen sind, nicht alleine schaffe und auf Hilfe angewiesen sei. In dieser spezifisch erwerbsbezogenen Testsituation erneut aufgezeigt zu bekommen, welche *Lücken*

nach wie vor *im Leistungsvermögen* bestehen, erinnert die Interviewpartnerin an ihre körperliche und soziale Abhängigkeit während der Behandlungszeit.

Die Problematik einer simulierten Normalität kommt für die Frauen hier insbesondere in der Frage nach ihrer „tatsächlichen“ Arbeitsfähigkeit zum Tragen. Denn auch die positiven Aspekte der umfassenden Mobilisierung können die grundsätzliche Unvorhersehbarkeit des weiteren Krankheits- bzw. Genesungsverlaufs sowie die Ungewissheit darüber, wie sich die Arbeitsfähigkeit entwickeln wird, kaum aufwiegen.

5.2.8 Die zunehmende Last der äußerlichen Unsichtbarkeit der Krankheit

„Die Leute denken ja, ich habe nichts.“

Eine Thematik, die die Behandlungsphase besonders geprägt hat, taucht erneut während der Reha auf: die Sichtbarkeit der Erkrankung.¹¹⁷ Die äußeren *Krankheitsmerkmale* beginnen nun insgesamt zu *verblassen*. Die Operationsnarben werden heller, das Gewebe darunter heilt und die immer noch kurzen Haare wachsen. Darüber hinaus werden die bestehenden Einschränkungen von den Betroffenen im Zuge der Rehabilitation aktiv zu kompensieren versucht. Diese zurückgehende Sichtbarkeit eröffnet den Frauen die Möglichkeit, sich wieder unauffälliger im öffentlichen Raum bewegen zu können.

„Ich hab’ wieder Haare auf dem Kopf. Ich muss keine Perücke tragen, keine Mütze. Also, jetzt sieht man das noch, dass das nicht mein freiwilliger Haarschnitt ist, aber das ist\ In drei Wochen bin ich an einem anderen Punkt. Ich kann mich draußen frei bewegen. Also, das war für mich auch eine Einschränkung, dass ich das Gefühl hatte, jetzt musst du diese Scheißperücke oder eine Mütze\ Wenn du dir so ein Tuch um den Kopf bindest, dann glotzen dich alle an. Das hat mich immer total genervt. Also ich hatte das Gefühl, es schränkt mich ein. Ich kann mich nicht so bewegen in der Welt wie ich das gerne möchte. Unauffällig sozusagen. Einfach so, ne?“ (a_IP3, 61:03).

Doch im Zuge der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung¹¹⁸ und der Planung der beruflichen Rückkehr deutet sich auch eine Veränderung dieser bisher durchweg positiven Bewertung der Unsichtbarkeit des Krebses an. In der Diagnosezeit war die fehlende Sichtbarkeit zunächst entlastend gewesen. Sie erhielt den Betroffenen eine wichtige Handlungs- und Entscheidungskompetenz bezüglich der

117 Siehe dazu Abschnitt 5.1.9.

118 Siehe dazu Abschnitt 2.2.3.

Frage, ob, wie und wann das soziale Umfeld über den Krebsbefund informiert wird. Diesen Entscheidungsraum zu haben war für die Erkrankten wichtig, da das Informieren und Trösten des sozialen Umfelds auch für die Interviewpartnerinnen selbst belastend gewesen sind.¹¹⁹

Für die (strukturelle) Koordination des Übergangs von einem leistungsbeeinträchtigten in einen arbeitsfähigen Zustand wird nun die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit essentiell. Und an dieser Stelle büßt die Unsichtbarkeit der Erkrankung ihre entlastende Funktion ein Stück weit ein und entzündet auf subjektiver Ebene ein Spannungsfeld, wie die Planung der beruflichen Rückkehr von Frau IP6 im Folgenden illustriert. Diese Interviewpartnerin berichtet bedrückt davon, dass bei ihr eine sofortige Rückkehr im Umfang ihrer vorherigen Stelle befürwortet wird. Dies bedeutet, dass (sozial-)medizinisch eine ausreichende Leistungsfähigkeit festgestellt worden ist. Die Interviewpartnerin selbst sieht sich von einer sofortigen Rückkehr hingegen überfordert:

„Das will ich aber nicht. Das will ich nicht. Ich möchte gerne diese Wiedereingliederung haben, wo ich dann wirklich erst mal langsam wieder in meinen Job reinkomme“ (a_IP6, 39:28).

Trotz des intensiven Trainings machen ihr nach wie vor *körperliche Einschränkungen* zu schaffen. Beim Laufen hat sie zum Beispiel mit Atemnot zu kämpfen.

„Aber ich arbeite an mir und ich will ja auch, ne? Das ist mir selber ja auch wichtig. Ich will ja auch noch nicht in der Ecke sitzen irgendwo“ (a_IP6, 44: 43).

Es klingt wie ein Rechtfertigungsversuch, wenn sie immer wieder betont, dass sie ihre Tätigkeit liebe und auch plane, so schnell wie möglich wieder zu arbeiten.

„Klar, nach außen wirkt es bei mir vielleicht auch: Ach, die sieht ja schon wieder\ Das war ja auch so zwischendrin dann oder so jetzt am Ende, wo ich in die Anschlussheilbehandlung gefahren bin. *Die Leute denken ja, ich habe nichts*. Ich sehe wieder gut aus, ich habe noch meine Haare drauf und (..) so die diese ganze Geschichte. Aber diese körperlichen Einschränkungen, die man dadurch dann hat, ne? Und man arbeitet ja an sich, das ist ja nicht so, dass man, dass man jetzt sagt, ich bin jetzt krank und ich will mich jetzt auf meiner Krankheit ausruhen. Das ist ja nicht so. (...) [...] Also, dass man einfach wieder für die, für die Außenwelt ist man ja wiederhergestellt. Die denken, man ist wieder gesund, ne? Und klar sehe ich jetzt, ich kann laufen, ich habe, wie gesagt, ich kann viele Dinge machen, kann meinen Arm gut bewegen und meine Brust ist ja nun auch noch da. (..) Und dann, dann ist man wieder so, dann ist diese Krankheit so weg. Dann ist man nicht mehr krank für viele, ne?“ (a_IP6, 46:33).

119 Siehe dazu Abschnitt 5.1.3.

Die *Folgen der Krebserkrankung* sind für die Frauen auf körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Ebene spürbar. Doch insbesondere durch die *zurückgehende, äußerliche Sichtbarkeit* entziehen sich die Spuren der unmittelbaren Zugänglichkeit des Gegenübers und werden *für Außenstehende begründungsbedürftig*. Welche Belastung hier für die Betroffenen entsteht, zeigen die Befürchtungen der Interviewpartnerin, als eine Nutznießerin dazustehen, die die Privilegien des Krankenzustands länger als nötig auskosten möchte.

„Aber dass das halt da drin so eine Narbe hinterlassen hat oder dass man dadurch halt einfach noch diese\ Vom Kopf her denkt man anders und man ist zwischendurch vielleicht mal schwächer. [...] Das merke ich, aber das merken nicht die anderen. (...) Das merken nicht die anderen. Vielleicht war das bei der Ärztin dann auch, dass sie einfach das Gefühl hat, die ist schon wieder\ Na, der geht es schon wieder gut und ne? Die schicken wir jetzt wieder voll an die Arbeit“ (a_IP6, 47:07).

Da diese Situation die Interviewpartnerin sehr belastet, sucht sie das Gespräch mit dem Personal der Reha-Klinik. Die Verantwortung, die ihr dabei zuteilwird, ist nicht ganz unproblematisch, da sie hier als Laie einer professionellen Einschätzung entgegentreten muss (vgl. dazu zum Beispiel Kardorff 2011). Ihrem Wunsch, direkt in der ersten Woche nach der Reha-Entlassung und damit auffallend früh mit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu beginnen, wird schließlich entsprochen.¹²⁰

Mit dem Abschluss der Rehabilitation neigt sich eine monatelange Phase der intensiven medizinisch-institutionellen Betreuung dem Ende zu. Der Abschied von der Reha-Welt und ihren spezifischen Komponenten – der psychosozial begleiteten Krankheitsverarbeitung, der umfassenden Mobilisierung, des sportzentrierten Tagesablaufs, den mitunter intensiven Kontakten zu anderen Rehabilitand:innen und der temporären Normalisierung des Krebses – ist als ein besonderer Einschnitt zu sehen.

5.3 Phase 3I Bemühen um Normalität: Private und berufliche Rückkehr

Mit der Rückkehr ins private Umfeld und später auch in die Erwerbstätigkeit stehen die Frauen an einer wichtigen Schwelle. Die einstige Erschütterung durch

120 Wenngleich diese Situation für Frau IP6 positiv geendet ist, so wird hier dennoch deutlich, in welchem problematischem Ausmaß auf die Eigenverantwortung der Betroffenen gesetzt wird. Frau IP1, für die ebenfalls keine StW vorgesehen ist, fügt sich, anders als Frau IP6, dieser Empfehlung trotz Unbehagen. Im vierten Interview bewertet die 60-Jährige die sofortige Rückkehr ohne Eingliederungsmaßnahme dann allerdings als Fehler.

den Diagnoseschock liegt schon einige Zeit zurück, die kräftezehrende Behandlungszeit ist überstanden und die angeschlagene Belastbarkeit verbessert sich. Die Frauen sind zuversichtlich – aber auch verunsichert. Denn wie wird der Alltag in Zukunft aussehen? Wie gelingt es, das gelernte Reha-Wissen zu übertragen? Werden Familie und Freund:innen mögliche Veränderungen in den bisherigen familiären Routinen mittragen? Und wie werden Kolleg:innen und Vorgesetzte auf die Rückkehr einer (ehemaligen?) Krebserkrankten reagieren? Wird man den beruflichen Anforderungen wieder gerecht werden können? Und was geschieht, wenn man es nicht mehr schafft? Inwiefern dieser Spagat zwischen Krankheit, Erwerbsarbeit, Familie, Freund:innen und Freizeit einem anstrengenden Bemühen um Normalität gleicht, zeigen die folgenden Abschnitte.

5.3.1 Der Übergang aus der Reha in den Alltag

„Man muss erstmal seine Rolle wiederfinden.“

Nach dem Ende der Rehabilitation als Entbindung von Alltags- und Berufspflichten steigen die Anforderungen zuhause sprunghaft an. Das spezifische Reha-Wissen soll nun auf die persönliche Alltagswelt zugeschnitten und angepasst werden.¹²¹ Gerade in den ersten Wochen zurück zuhause ist die Diskrepanz zur Reha-Welt für die Frauen in besonderem Maße zu spüren.

„Wenn an einem Tag irgendwann zum zehnten Mal das Handy bimmelt und eine Nachricht steht: Na, bist du wieder zurück? Und, wie war es denn so? Konntest du dich gut erholen? Und dann denke ich immer: Ihr habt alle nicht verstanden, was eine Reha ist. Die denken nämlich alle, du warst in Reha, kommst nach Hause, jetzt bist du fit. Jetzt geht es dir ja gut. Jetzt ist alles toll. Ja, und wir haben ja in der Reha gelernt: Die Reha ist der Anfang. Du sollst das in deinen Alltag übertragen“ (b_IP9, 63:57).

Der größtenteils elektronische Austausch mit den Reha-Bekanntschaften ist in der ersten Zeit nach dem Reha-Ende sehr rege. Vereinzelt werden auch gegenseitige Besuche gemacht. Es ist dabei nicht mehr nur die Krebsdiagnose, die die Frauen und ihre Reha-Bekanntschaften miteinander teilen. Sie sitzen nun auch im Hinblick auf die drängenden Fragen rund um Alltag und Normalität „im selben Boot“ (a_IP9). Die privaten und beruflichen Rückkehr-Erfahrungen prägen den Austausch ebenso wie die Erinnerungen an gemeinsame Reha-Momente. Hieraus ist aber nicht zu schließen, dass das nahe soziale Umfeld an Relevanz

121 Siehe dazu auch den Abschnitt 5.2.1 zu den Besonderheiten der Rehabilitation.

verliert. Es scheint vielmehr, als verkörperten die verschiedenen Beziehungen jeweils unterschiedliche Lebensbereiche der Interviewpartnerinnen.¹²²

Dieser fortgesetzte Kontakt zu den Reha-Bekanntschaften hat dazu noch den Charakter einer informellen Nachbetreuung. Denn in diesen sozialen Gruppen werden auch wichtige, reha- bzw. krankheitsspezifische Informationen ausgetauscht.

„Und dann schrieb irgendwann nach drei Tagen die Erste: Mädels, habt ihr mal eure Unterlagen gecheckt? Habt ihr auch so eine Entlassungsmitteilung? Da hab' ich gerade erfahren, die muss ganz dringend an die Rentenversicherung, sonst gibt's kein Geld. Ne? Und alle daheim: Was? Oh Gott. Gesucht, gesucht, gemacht, getan“ (b_IP9, 16:03).

Frau IP9 hatte das wichtige Schreiben in den Entlassungsunterlagen trotz Checkliste der Reha-Klinik übersehen. Samus (2017) spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „Gefühl des Alleingelassenwerdens“ (Samus 2017: 251), das angesichts des Austritts aus der institutionellen Begleitung einer Klinik entstehen kann. Ähnliche Tendenzen spiegeln sich auch im vorliegenden Material wider. Obwohl die Interviewpartnerinnen hier also in ihre eigene, ja bekannte Alltagswelt zurückgehen, ist **diese Rückkehr nicht reibungs- oder mühelos**.

„Denn du kommst dann heim und dann ist das weg. Und du sitzt dann hier und denkst: Was muss ich denn jetzt eigentlich machen?“ (b_IP9, 18: 23).

Auch die private Rückkehr bedarf also einer, wenn man so möchte, *neuerlichen „Orientierung“* (b_IP9). Diese Notwendigkeit der Orientierung erleben die Betroffenen als anstrengend und mitunter frustrierend.

„Weil die letzten zwei Wochen war ich echt im absoluten Überforderungsmodus. Ich hab' echt gedacht, was wollen denn jetzt alle von mir? Erstens so Family, Friends, die so kratzen, ja, wann sieht man dich denn mal? Dann dieses ganze Formulargemähre und Arzttermin hier und Arzttermin da. Dann die erste Woche Arbeit, [...] Wo ich denke: Darf ich bitte einfach mal ankommen?“ (b_IP9, 15:27).

Zum „neuen“ Alltag gehört es auch, *bisherige Selbstverständlichkeiten aufzugeben* bzw. nur mit gewissen *Vorsichtsmaßnahmen* auszuüben. Diese Veränderungen sind durchaus weitreichend: So wird einem Großteil der Interviewpartnerinnen von Gartenarbeit, dem *Tragen enger Kleidung* und Bügel-BHs sowie der

122 Meine eigene Rolle als Forscherin scheint dabei ambivalent zu sein. Ein Großteil der Interviewpartnerin erklärt ihre Bereitschaft zu weiteren Interviews. Eine der Frauen lehnt dies hingegen ab, da sie mit der Erkrankung abschließen möchte und ich für sie zu dieser Krankheitszeit gehöre. Siehe dazu auch im Methodenkapitel Abschnitt 3.1.

Aufenthalt in Gebieten mit heißem Klima abgeraten, um das operierte Gewebe abheilen zu lassen und das *Risiko eines Lymphödems*¹²³ zu minimieren.

„Das wurde eigentlich auch gesagt, von außen sieht man, die Narbe ist geschlossen und ist alles okay. Aber da drunter, das dauert sehr lange, bis das gesund, also, bis dass Gewebe und alles wieder erholt [...] Man denkt, ach, ist schon alles lalala [...] Also, alles geht noch nicht“ (b_IP1, 4:10).

Zudem halten die Interviewpartnerinnen, wie in den Achtsamkeitskursen in der Reha gelernt, im Alltag immer wieder bewusst inne und versuchen, scheinbare Nebensächlichkeiten gezielt wahrzunehmen, wie zum Beispiel das Grün der Bäume, das Vogelgezwitscher und der Kontrast bunter Regenschirme an einem trüben Tag. Besonders zu Beginn dieser Rückkehrphase ist der Anspruch allgegenwärtig, die verbleibende Lebenszeit, von der unklar ist, wie lange sie sein wird, so „gut“ wie möglich zu nutzen.

„Wir lassen das jetzt krachen (lacht). Wenn wir das überstanden haben, dann nehmen wir alle schönen Sachen, was wir Lust haben, wenn es irgendwie zeitlich und finanziell geht, nehmen wir mit. Das haben wir auch beibehalten. Das ist\ Das ist so. [...] Hab' ich immer gesagt. Wenn ich das alles hier überstanden habe, nehmen wir alles Schöne\ Warten tun wir nicht mehr (...) auf irgendwas“ (b_IP5, 12:37).

Der Sinn, den die Frauen der Krebserkrankung zuvor zugeschrieben hatten¹²⁴, weist in dieser Phase zudem einen anderen Charakter als bisher auf. Denn er ist keine ausschließlich rückwärtsgerichtete Zuschreibung mehr. Die Krankheit ist für die Betroffenen nicht mehr allein der „Alltags-Cut“ (IP11), der als „Schreckgespenst“ (IP3) weit verbreitet mit „Tod und Sterben“ (IP5) gleichgesetzt wird. Der Krebs entfaltet hier auch eine appellierende Funktion als „Warnung“ (IP7), als „Neustart“ (IP11), als „Chance, die eigenen Potentiale besser zu nutzen“ (IP8). Die Erkenntnis, dass „das Leben begrenzt ist“ (b_IP3) fordert die Interviewpartnerinnen in dieser Rückkehrphase also zur ständigen Selbstreflexion auf:

„Ich weiß nicht, wie lange ich lebe. Das weiß keiner. Aber wir wissen schon mal genau, dass wir's nicht genau wissen. So rum, ne? (lacht) Und wie ist es denn jetzt? Was hast du jetzt vor?“ (b_IP3, 93:27).

123 Zum Belastungsspektrum bei/nach Krebs siehe Abschnitt 2.3.

124 Siehe dazu Kapitel 5.1.5.

Mit (Rück-)Blick auf die Krebsdiagnose schwingt dabei immer die Erkenntnis mit, dass manchmal „Dinge von außen kommen, auf die du keinen Einfluss hast“ (b_IP3, 93:16). Damit unterscheiden sich die Betroffenen vom Großteil ihres sozialen Umfelds.

„Man bekommt gesagt, man sehe gut aus, aber man hat ja etwas erlebt, was die Lebenseinstellung ändert. *Man setzt die Prioritäten anders*“ (c_IP8, 25:19).

Das kann bedeuten, dass einerseits die Toleranz gegenüber Verhaltensweisen und Eigenarten des Umfelds steigt. Frau IP3 berichtet beispielsweise, sie könne sich über bestimmte Dinge gar nicht mehr aufregen. Wenn zum Beispiel im Büro eine dreckige Tasse nicht in den Geschirrspüler geräumt werde, habe sie das früher genervt. Heute komme ihr das so unwichtig vor.

Die veränderte Priorisierung führt aber auch dazu, dass sich die Interviewpartnerinnen bei Themen, die ihnen wichtig sind, diskussionsfreudiger zeigen. Frau IP6 beobachtet in diesem Zusammenhang an sich selbst, dass sie nun nicht mehr überall „ihren Senf“ dazugeben müsse, aber in gewissen Situationen sowohl im privaten Umfeld als auch im beruflichen Kontext nicht mehr sofort „ja und amen“ sage. Ähnlich ist es auch bei Frau IP11, die von einem hitzigen Gespräch mit ihrem Chef über den Umgang mit ihrem Resturlaub aus dem Krankheitsjahr berichtet:

„Und da bin ich dann auch wirklich und dann habe ich dann auch festgestellt, ich habe da gesagt, ein Gutes hat es gehabt, mein Kampfgeist ist wiedergekommen (lacht). So, ne? Ich habe dann so einen Ehrgeiz. [...] Und dann habe ich gesagt, habe ich auch knallhart gesagt, wenn ich so eine Pfeife bin, dass Sie mich hier nicht mehr wollen, dann hätten Sie mir das doch schonmal eher sagen können, dann hätte ich längst eine andere Stelle. Also, da habe ich wirklich, da habe ich dann gemacht. Also, da war ich dann hart, da bin ich wirklich hart geworden wieder (lacht). So wie ich das früher gewohnt war“ (b_IP11, 5:03).

Nicht zuletzt wird auch dem Sport eine große Bedeutung beigemessen. Besonders der institutionalisierte Reha-Sport stellt für die Interviewpartnerinnen eine wichtige Brücke zwischen Rehabilitation und dem „neuen“ Alltag der Betroffenen dar. Denn vor dem Hintergrund des sportbetonten Reha-Programms ist es das Ziel der Frauen, der körperlichen Aktivität zukünftig auch im Alltag einen höheren Stellenwert einzuräumen. Jede der zehn Interviewpartnerinnen lässt sich eine entsprechende Reha-Sport-Verordnung ausstellen.

Schnell stellen sich aber bereits bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung einige Hürden ein. So bieten zwar viele der Sportstudios, die die

Interviewpartnerinnen anfragen, übliche Fitnesskurse an, haben aber kein spezifisches Reha-Sport-Angebot. Hinzu kommt eine zu große Distanz der Einrichtungen zum Wohn- bzw. Arbeitsort der Betroffenen:

„Ich denke, mit dem Reha-Sport wird es wirklich schwierig für mich hier. Ich muss es ja auch noch mit meinen Arbeitszeiten abgleichen und ich bin halt 35 Kilometer von hier weg, mit meiner Arbeit. Und das ist noch mehr in der Pampa, da ist erstrecht nichts. Das ist echt schwierig. Da finde ich, das ist sowas: Hmm (knurrt)“ (b_IP9, 05:34).

Hier wird der Weitblick der Interviewpartnerinnen sichtbar. Denn sie sind durchaus bestrebt, dem Sport nicht nur kurzfristig eine größere Rolle zuzuweisen, sondern ihn als festen Bestandteil der „neuen“ Alltagspraxis zu verankern – auch dann, wenn die familiären und erwerbsbezogenen Pflichten wieder in vollem Umfang anfallen. Doch mit den bevorstehenden Arbeitszeiten sind die Reha-Sport-Termine oft unvereinbar. Angesichts der enormen Mobilisierung während der Reha und ihrer eigenen Motivation, die sportlichen Aktivitäten in einem professionellen Rahmen weiterzuführen, erleben die Frauen hier eine große Frustration.

„Ja, das habe ich auch nicht mehr weiterverfolgt, weil das ja total schwierig ist, wenn man dann diesen Sportstudios sagt\ Ja, ich hätte das ganz anders einfüdeln müssen. Wenn man denen sagt, man hat eine Krebserkrankung, denken die, die müssen sofort ein spezielles Angebot machen. Und dann, nee, das können wir nicht machen. Und dann war das irgendwie so schwierig, dann hab' ich gedacht: Nö, dann mach ich eben meinen eigenen Sport (d_IP3, 8:18).

Die Interviewpartnerinnen deuten hier auch vereinzelt Bedenken dazu an, ob diese ausbleibende Inanspruchnahme der Reha-Sport-Verordnung von sozialrechtlichen Akteuren des Gesundheitswesens als mangelnder Genesungswille aufgefasst und ihnen daraus „ein Strick gedreht“ (c_IP9) werden könnte.

Fast die Hälfte der interviewten Frauen sucht aber abseits von Reha-Sport-Einrichtungen nach Alternativen, um ein gewisses Aktivitätslevel in ihren Alltag zu integrieren. Dabei reicht das Spektrum von Walking-Runden nach Feierabend (IP11), gemeinsame Trainingseinheiten mit dem Partner (IP8, IP9) bis hin zu Spaziergängen mit den Kolleg:innen während der Mittagspause (IP3). Diese Aktivitäten erfüllen zwar ihren mobilisierenden Zweck, aber entbehren aufgrund der fehlenden Dokumentationsmöglichkeiten der entsprechenden institutionellen Legitimation. In diesem Punkt erreichen die Frauen die Grenze der strukturell geforderten Eigenverantwortlichkeit. Die interviewten Frauen sind hier insgesamt vor die anforderungsreiche Aufgabe gestellt, „ihre Rollen wiederzufinden“ (b_IP8).

5.3.2 Die Erwerbsarbeit als Normalitätsanker

„Man lebt ja nicht nur, um zuhause zu sein.“

Nach maximal vier Wochen Rekonvalenz-Zeit¹²⁵ nach dem Reha-Ende beginnt die berufliche Eingliederung. Die berufliche Rückkehr hat für die Betroffenen eine starke Signalwirkung im Hinblick auf Normalisierung und wird mit dem offiziellen Ende der Erkrankung gleichgesetzt. „Normal heißt für mich Arbeit. [...] Also, das gehört für mich dazu“ (a_IP3, 58:13). Differenziert betrachtet bedeutet die Erwerbsarbeit für die interviewten Frauen u. a. finanzielle Unabhängigkeit vom Partner, materielle Existenzsicherung, Alltagsstrukturierung, eine Aufgabe zu haben, sozialer Austausch, Freude an der Tätigkeit und die Möglichkeit, sich selbst zu verwirklichen. Die meisten Interviewpartnerinnen verstehen ihre Tätigkeiten gewissermaßen auch als solidarische Aufgabe, also als ihren jeweils individuellen Beitrag zum Funktionieren der Gesellschaft:

„Man lebt ja nicht nur, um zuhause zu sein. Man muss sich ja irgendwie ernähren können, beziehungsweise in der Gesellschaft, jeder hat sein Rädchen zu drehen, damit alles funktioniert, ne? Und da will ich mich natürlich auch mitdrehen“ (d_IP8, 101:00).

An der Schwelle zurück zur Arbeitswelt wird die vorangegangene Abwesenheit noch einmal reflektiert. Im kontrastierenden Rückblick auf die erlebte Krankheitszeit fällt für die Frauen nun die Normativität der Erwerbsarbeit als Grundlage für gesellschaftliche Teilhabe und Anerkennung, wie sie sich u. a. auch bei Heckl et al. (1998), Honneth (2003) und Holtgrewe et al. (2000) finden lässt, ins Gewicht.

„Arbeiten zu gehen gibt dir ja auch ein Stück Selbstwert wieder. So, ich leiste wieder meinen Beitrag. Ich krieg wieder meinen Lohn, weil ich ihn mir auch verdient habe und nicht, weil ich zuhause war. Das macht ja ganz viel mit dir, finde ich. Wenn du das Gefühl hast, du bist auch wieder Teil der Gesellschaft und bist nicht zuhause so, die arme Kranke“ (d_IP9, 97:03).

Die Paradoxie des Krankenstatus dabei ist, dass das Unterbrechen der Erwerbstätigkeit während der Behandlungszeit eine wichtige Schutzfunktion erfüllen sollte, aber gleichzeitig auch zu einer gewissen Ausgrenzung der Betroffenen

125 Die Deutsche Rentenversicherung beschreibt diese Art der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen als Rekonvalenz-Zeit, die den Zweck hat, den Betroffenen eine fortgesetzte Genesungszeit zu gewähren. In dieser Zeit können die Erkrankten offiziell keine stufenweise Wiedereingliederung beginnen (vgl. DRV 2020: 30).

geführt hatte.¹²⁶ An diesem Punkt des Krankheits- bzw. Rückkehrverlaufs¹²⁷ wieder erwerbstätig zu werden vermag eine spezifische Facette des Selbstbilds und eine besondere Dimension der Handlungsfähigkeit zu betonen. „Anders gefordert“ (a_IP4) zu werden und nach der von Einschränkungen gekennzeichneten Krankheitsphase nun in einen erwerbbezogenen aktiven Modus zu wechseln, bedeutet für die Frauen, „endlich mal etwas auf der anderen Seite einsammeln“ (b_IP3) zu können.

„Ich glaube das tatsächlich auch, dass es total wichtig ist, egal, jetzt auch was es für eine Erkrankung ist, immer wieder irgendwie so die Situation zu haben, wo man mit seinen Fähigkeiten und seinen uneingeschränkten Möglichkeiten und seinen Ressourcen irgendwie landen kann. Weil das ja hilft, also, weil da wird irgendwie das ganze Bild deutlich. Nämlich: Ich kann vielleicht bestimmte Sachen nicht oder nicht mehr oder nicht mehr so gut, aber es gibt auch noch genug anderes, was geht. Und *wie selbstwertstärkend das ist* und wie das auch dann die Gewichtung so verschiebt, ne?“ (b_IP3, 100:24).

Durch die Einbettung dieser Tätigkeiten in die normative Arbeitssphäre unterscheiden sie sich von denjenigen im sportlichen, freizeitbezogenen oder häuslichen Bereich. Außerhalb der Erwerbsarbeit bemerken die Frauen beispielsweise, dass ihre Energie sukzessive für längere Walking-Runden ausreicht oder sie nach dem Wäscheaufhängen noch zum Einkaufen fahren können. Doch die Erwerbstätigkeit bedeutet darüber hinaus *gesellschaftliche Teilhabe*:

„Ich finde Arbeit einfach ein unglaublich wichtiges Thema für Menschen, die krank sind. Und kein Mensch ist nur krank. Sondern es gibt ja immer diese Mischung, ne? Oder es gibt eben akute Phasen, wo nichts geht, aber dann auch, wenn man sozusagen wieder in einem besseren Zustand ist, wie wichtig das dann einfach ist auch. Also, das ist auch für mich wirklich so eine Teilhabe. Ich hätte das Gefühl, wenn ich jetzt nicht arbeiten würde, *ich würde eigentlich das volle Leben nicht ausschöpfen*. Und aus irgendeinem Teil wäre ich ausgegrenzt oder würde mich selber ausgrenzen. Und ich finde dieses Arbeitsthema (...) also (...) ich finde das total wichtig. Wenn ich jetzt in einer Situation wäre, wo ich denken würde, das überfordert mich komplett, dann wäre es schlecht und das wäre dann eher in die falsche Richtung. Aber wenn's passt, dann ist es einfach (...) total wichtig, meine ich“ (b_IP3, 101:15).

126 Siehe dazu den Abschnitt 5.1.7 zu den Entbehrungen der Behandlungszeit.

127 Eine eindeutige Bezeichnung dieser Phase gestaltet sich schwierig, da die berufliche Rückkehr nicht sinnvoll als Teil des Krankheitsverlaufs verstanden werden kann, aber die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt auch formal nicht gesundgeschrieben sind. Die subjektive Problematik rund diese Zuordnungsschwierigkeiten werden in diesem Kapitel ausgeführt.

Nicht (mehr) zu arbeiten kommt für die interviewten Frauen nicht infrage. Zumal eine weitere temporäre oder gar dauerhaft geminderte Arbeitsunfähigkeit die Stigmatisierung der Interviewpartnerinnen sowie die damit einhergehende Ausgrenzung re-aktivieren und mitunter verstetigen würde.

5.3.3 Die bürokratische Last des Krankenstatus

„Diese Formulare, diese Bürokratie. Die machen mir Angst.“

Mit der Entlassung aus der Klinik fallen erneut *bürokratischen Aufgaben* an. Der Abschluss der Reha-Maßnahme wird offiziell dokumentiert und muss von den Betroffenen zur *Fortsetzung der finanziellen Ersatzleistungen* fristgerecht eingereicht werden. Zuvor waren schon die regelmäßigen Arztbesuche zur neuerlichen Feststellung bzw. Prüfung der bestehenden Arbeitsunfähigkeit als „Psychoterror“ (a_IP9) empfunden worden.¹²⁸ Über diese bürokratischen Vorgänge werden einerseits die Krankheitsphasen und der Erhalt der sozialstaatlichen Leistungen dokumentiert. Andererseits kommt hier immer wieder *die Anormalität des Krankenstatus* zum Ausdruck.

„Diese Formulare, diese Bürokratie. Die machen mir Angst, muss ich sagen. Das ist, man liest sich das fünf Mal durch und selbst die Arzthelferin hat sich das fünf Mal durchgelesen. [...] Ich weiß nicht, wie ich das ausfüllen soll.¹²⁹ [...] Viele, viele Formulare [...] Nochmal eine Bestätigung vom Arzt, dass ich während der Eingliederung die und die Arbeit verrichte, oder was mir zumutbar ist, dann der Arbeitgeber, was mir zumutbar ist, noch ein Formular, da muss der Arbeitgeber so eine Art Lohnzettel ausfüllen, dann muss ich eigentlich sofort nach der Reha zum Hausarzt und mich weiterhin krankschreiben lassen. Also, das Geld kommt erst, wenn die Wiedereingliederung vorbei ist. [...] Und ich hab' ja ein Jahr lang jetzt Krankengeld bekommen, das ist nicht viel. Da läuft immer mal was, was nicht bezahlt werden konnte. Die Miete geht runter, der Strom geht runter. Das sind Existenzängste, das ist nicht schön. Und das trägt dann dazu bei: Mensch, ich dreh mich doch, ich mach doch, ich will doch, ich versuch doch und warum klappt das alles nicht, ne?“ (b_IP8, 48:18).

128 Siehe dazu den Abschnitt 5.1.8.

129 Schon während der Behandlungszeit zeichnete sich für die Betroffenen die Schwierigkeit ab, den Überblick über die institutionellen Abläufe des medizinischen Sektors behalten zu können. Dabei lassen sich zum einen die mitunter stark eingeschränkten kognitiven Kompetenzen der Betroffenen anführen; Frau IP11 berichtet beispielsweise davon, dass sie die offiziellen Schreiben der Krankenkasse nicht mehr begreift (siehe Seite 98 f.). Zum anderen zeigt sich hier aber auch eine grundlegende Komplexität des Gesundheitssystems als solches, die auch mithilfe von qualifiziertem Personal nicht vollständig durchdrungen werden kann (vgl. dazu u. a. Badura/Feuerstein 1994a).

Der Großteil der Interviewpartnerinnen kehrt im Rahmen einer Eingliederungsmaßnahme, der stufenweisen Wiedereingliederung (StW), an den Arbeitsplatz zurück¹³⁰, sodass diese Rückkehrphase einen Übergangscharakter hat. Damit sind die Betroffenen nach wie vor arbeitsunfähig geschrieben und bekommen die entsprechenden finanziellen Ersatzleistungen.

Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit soll in dieser Zeit einen schützenden Rahmen für die langsame Steigerung von Arbeitsstunden und -aufgaben spannen. Denn die Betroffenen sind in dieser Zeit offiziell weiterhin von Arbeitspflichten entbunden (vgl. dazu Behrens/Dreyer-Tümmel 1996). Kein Gehalt vom Arbeitgeber zu beziehen und somit nicht „in echt“ (b_IP3; 12:45) zu arbeiten, entbindet die Betroffenen hier gewissermaßen von ihrer Bringschuld. „Ich koste dem Arbeitgeber im Moment ja kein Geld, ne? [...] Dann muss ich ja auch kein Geld verdienen“ (b_IP3; 13:02). Diese Schutzfunktion kann die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der Rückkehrphase allerdings nur bedingt erfüllen. Denn zum einen kommen hier auf subjektiver Ebene und im Austausch mit dem sozialen Umfeld *Statusfragen* dazu auf, inwiefern die Betroffenen nun „krank“ oder „gesund“ sind. Zum anderen sind die bürokratischen Aufgaben und die damit verbundenen *existenziellen Ängste* nach *monatelangem Bestehen* sehr belastend. Der Druck, so bald wie möglich aus der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit herauszukommen, steigt in dieser Phase – zumal die formale Gesundheitschreibung und das Abschließen der nunmehr letzten (institutionellen) Maßnahme zur Überwindung der Erkrankung quasi unmittelbar bevorsteht. Mit dem formalen Statuswechsel am Ende der Eingliederungsmaßnahme geht für die Interviewpartnerinnen daher eine enorme Erleichterung einher.

„Mein Gott, dann arbeite ich endlich normal, dann kriege ich endlich mein ganz normales Gehalt, weil ich es einfach kriege, weil es mir einfach zusteht und gut. Und ich musste dafür nichts ausfüllen. Da freu ich mich drauf. Da ist glaub ich wirklich mal ganz nett. Weil das ist ja wirklich so eine Rennerei“ (b_IP9, 28:07).

Dass die mit dem Krankenstatus verbundenen Belastungen hier enden, unterstützt die Frauen in ihrem Bemühen um Normalität. Denn der Versuch, einen Alltag herzustellen, geht so zumindest weniger auch noch mit finanziell-materiellen Unsicherheiten einher.

130 Siehe dazu Tabelle 2.

5.3.4 Das Dilemma, auf kollegiale Hilfe angewiesen zu sein

„Aber ich hab' gedacht: Dass das so raus ist aus dem Kopf.“

Gerade in der Anfangszeit der beruflichen Rückkehr sind die Interviewpartnerinnen in besonderem Maße auf die Unterstützung ihrer Kolleg:innen angewiesen. Sich nach 7 bis 15 Monaten Arbeitsunfähigkeit¹³¹ wieder an die Arbeitsabläufe und die Leistungsanforderungen zu gewöhnen, funktioniert – wie auch im häuslichen Umfeld – nicht ohne ein Austarieren der vielfältigen Anforderungen aus Arbeit und Krankheit (und anderen Lebensbereichen).

Die Notwendigkeit der kollegialen Hilfe ist konzeptionell in den institutionellen Eingliederungsmaßnahmen verankert. Denn durch die schrittweise Steigerung der Arbeitszeit ist einleuchtend, dass es zunächst einer fortgesetzten Umverteilung der Aufgaben der Interviewpartnerinnen bedarf. Doch davon abgesehen gibt es auch Momente, in denen die Frauen ihre Kolleg:innen selbst um Hilfe bitten müssen. Der Fall von Frau IP7 verdeutlicht das problematische Moment dieser Situation: Die Interviewpartnerin hatte vor der Erkrankung eine Position mit Personalverantwortung inne und leitete u. a. auch Auszubildende sowie Praktikant:innen an. Nun braucht sie bei Aufgaben, die zuvor als Tagesgeschäft eher „nebenbei“ erfüllt wurden, plötzlich selbst Hilfe.

„Da hab' ich dann meinen Kollegen gefragt, ich sage: [Name], du musst mir hier doch mal helfen. Es ist schon so lange her, dass ich das gemacht habe. Da fing er an zu grinsen und sagte: [Name IP7], weißt du noch? Du hast mir das damals alles gezeigt. [...] Ich hab' das seit anderthalb Jahren nicht mehr gemacht, aber ich hab' auch gedacht: Dass das so raus ist aus dem Kopf“ (c_IP7, 38:15).

Im beruflichen Kontext von der Hilfe anderer abhängig zu sein, hat dabei aufgrund der essentiellen Bedeutung von (Individual-)Leistungen einen bitteren Beigeschmack. Zumal die erlebte *Hilfsbedürftigkeit* mitunter auch an die *Abhängigkeit* während der Behandlungszeit erinnert.

Die kollegiale Unterstützung ist hier auch ein *Ausdruck des Nicht-Könnens* der Betroffenen und ein Merkmal der Schonfrist dieser ersten Arbeitswochen. Die soziale Hilfestellung ist die als *problematisch bewertete „Sonderbehandlung“*, ohne die die Betroffenen in der ersten Zeit nicht auskommen und die die Frauen immer wieder an ihre Einschränkungen erinnern. Frau IP1 nimmt aus diesem Grund den Vorschlag ihrer Chefin, bei starken Leistungseinbrüchen früher Feierabend zu machen, nur sehr selten wahr. Paradoxerweise unterstreichen diese

131 Siehe dazu den Überblick über das Sample in Kapitel 4.

Hilfsangebote neben der unterstützenden Wirkung auch die dringliche Unumgänglichkeit, das Leistungsvermögen von vor der Erkrankung so schnell wie möglich wiederherzustellen. Denn die vormals gezeigte Leistungsfähigkeit ist hier der allgegenwärtige Beurteilungsmaßstab der aktuellen Situation – sowohl für die Betroffenen als auch für Vorgesetzte und Kolleg:innen.

Hinzu kommt, dass der Großteil der Interviewpartnerinnen ihre Kolleg:innen nach der monatelangen Mehrarbeit nicht noch länger mit zusätzlichen Aufgaben belasten möchte. Denn überwiegend sind keine Ersatz-Arbeitskräfte eingestellt worden, um den Ausfall der Betroffenen aufzufangen. Vielmehr sind die Aufgaben der Frauen für die Zeit ihrer krankheitsbedingten Abwesenheit auf ihre Kolleg:innen umverteilt worden. Die Interviewpartnerinnen denken bei ihrer Rückkehr also auch an die Belastungen, denen das Kollegium in den vergangenen Monaten ausgesetzt gewesen sind:

„Ich habe liebe Kolleginnen, ich habe, und die haben jetzt alle für mich mitgearbeitet die ganze Zeit und das ist hat auch, ne. Ist für die ja auch doof, die wollen jetzt auch in den Sommerurlaub und alles machen. [...] Und dass ich dann so ja echt wieder so meine Zeiten schaffe. Und wie ich das mit den 30 Stunden mache, das weiß ich halt noch nicht“ (a_IP6, 42:35).

Um die Kolleg:innen endlich wieder zu entlasten, ist der Anspruch, nicht nur möglichst bald, sondern auch gelingend, also ohne erneuten Ausfall an die Arbeit zurück zu kehren, entsprechend hoch.

5.3.5 Das Verstecken der Leistungseinbußen

„Ich lauf ja nicht an der Arbeit rum und sage:
„Oh, das war heute aber anstrengend.“

Der Umgang mit den Leistungseinbußen im Erwerbskontext hat eine starke, eigenverantwortliche Komponente und soll für das Kollegium *möglichst unauffällig* sein. Dabei berichtet jede der interviewten Frauen davon, in dieser Rückkehrphase Nachwirkungen der Erkrankung und der Behandlung zu spüren. Häufig sind es *Müdigkeit, Hitzewallungen, plötzliche Leistungseinbrüche, Atemnot, Kraftlosigkeit*, Kribbeln von Finger und Fußsohlen. Frau IP1 berichtet beispielsweise von Einbrüchen in ihrer Leistungsfähigkeit, die sie vor Müdigkeit und Erschöpfung gähnen lassen.

„Das kenn ich von mir gar nicht. [...] Da kommt so eine Phase, da kann ich mich kaum so, beherrschen. Aber so, so richtig. Nicht nur so ein bisschen. Das kommt so richtig aus dem Bauch. So richtig heftig. Also, das hatte ich vorher nicht“ (c_IP1, 21:55).

Andere Interviewpartnerinnen beschreiben ihre Konzentrationsschwierigkeiten, Erinnerungslücken und Wortfindungsstörungen als „weichgemachten Kopf“ (b_IP3). Derartige Nachwirkungen sind nicht unüblich¹³² und den Interviewpartnerinnen vermutlich nicht unbekannt. Denn wenige Wochen zuvor war es während der Rehabilitation darum gegangen, die Kognition über Erinnerungstrainings zu schulen, die körperliche Ausdauer und Kraft zu steigern sowie die psychische Belastbarkeit über Achtsamkeitskurse und psychotherapeutische Sitzungen zu verbessern.

Und obwohl sich die Nachwirkungen dem beruflichen Umfeld mit der Bezeichnung als *Fatigue-Symptom*¹³³ verständlich machen lassen würden, möchten die meisten Interviewpartnerinnen ihre Erschöpfungserscheinungen *eher für sich behalten* und eigenständig ausgleichen.

„Ich versuche mich auch so zu benehmen, wie das davor war. Also, ich versuche nicht irgendwie das deutlich zu machen oder ersichtlich zu machen, dass ich jetzt zurück bin aus diesem Grund, weil ich so krank war oder weil ich Krebs hatte. [...] Und ich möchte auch nicht, dass die auch da immer dran denken, mit [NAME IP1] muss man, weiß nicht was, wie mit rohem Ei umgehen, weil die\ Das will ich auch nicht. Also ich versuche schon (..) wie weit es geht, so normal sich verhalten“ (c_IP1, 62:30).

In dieser Phase spielen die professionellen Reha-Informationen also offenbar eine untergeordnete Rolle. Vielmehr wirkt es so, als sollten Einschränkungen möglichst versteckt werden. So soll für das Umfeld der Eindruck von „alter“ Normalität und unveränderter Leistungsfähigkeit erzeugt oder zumindest nicht zerstört werden. Denn die Einschränkungen stehen der Leistungsorientierung der Erwerbsarbeit diametral gegenüber.

„Ich lauf ja nicht an der Arbeit rum und sage: Oh, es war heute aber ein bisschen anstrengend. Sondern ich bin halt wie ich bin. Ich bin noch nie ein Jammerer gewesen und ich bin auch immer halt ein bisschen aufgedreht und ich rede auch viel und so bin ich jetzt gerade an der Arbeit auch“ (b_IP9, 65:57).

Sich die Anstrengung des Ausräufers der Anforderungen und Einschränkungen anmerken zu lassen, steht hier im *Widerspruch zur Auffassung von beruflicher Professionalität*. An den Anspruch, die geforderte Arbeitsleistung baldmöglichst wieder zu erfüllen, ist mitunter auch die Sorge um den Arbeitsplatz geknüpft (vgl. dazu Britschgi 2011: 77).

132 Siehe dazu das Belastungsspektrum bei/nach Krebs im Abschnitt 2.3.

133 Siehe dazu das Kapitel 2.3.1.

„Da hatte ich eigentlich mehr Angst davor, ne? Dass ich das dann irgendwie (..) nicht schaffe und sagen musste, ich schaffe es nicht. Also, dieses Zugeben ist, was braucht man schon eine Überwindung. Davon hatte ich mehr Angst, was die Arbeit betrifft. Und manchmal war ich so richtig froh, dass der Tag vorbei ist und dass ich jetzt die Tür zumachen kann und muss nicht nach Hause gehen, aber einfach aus dem Gebäude raus, ne?“ (c_IP1, 66:39).

Und so werden die Krankheitssymptome in der privaten Sphäre verortet, weil sie, wie auch negative Emotionen wie Ärger oder Wut, „da [an der Arbeit] nichts zu suchen haben“ (a_IP9).¹³⁴ Damit wird auch die Bewältigung der Nachwirkungen größtenteils auf den Feierabend verlegt. Da sich das Auftreten der Begleitsymptome aber dem Handlungsrahmen der Betroffenen entzieht, wird im Arbeitskontext selbstständig mit den Krankheitsfolgen umgegangen. Die im Zuge der Eingliederungsmaßnahme verkürzte Arbeitszeit und reduzierten Leistungsanforderungen werden dabei als vorübergehende Schonfrist gesehen. Von Beginn an ist somit klar, dass sämtliche Abstufungen, Reduzierungen, Anpassungen der Arbeitsanforderungen keine dauerhafte Lösung sein können bzw. werden. Dieser Gesichtspunkt steht auch für die Betroffenen fest: „Ich muss es doch sowieso irgendwann wieder machen“ (b_IP5, 39:45).

Die konkrete Ausgestaltung der eigenverantwortlichen Bewältigungsstrategie wird von dem *Handlungsspielraum der jeweiligen Erwerbstätigkeit* geprägt.¹³⁵ Der Handlungsspielraum wiederum ist von verschiedenen Dimensionen der Arbeitsbedingungen sowie -organisation abhängig. Hierdurch wird das Maß an Flexibilität bestimmt, das die Betroffenen für die *individuelle Anpassung ihrer Tätigkeiten an ihr jeweiliges Leistungsvermögen* aufbringen können.

Die Fälle von Frau IP1 und Frau IP5 zeigen im Folgenden die im Sample zu findenden Extrembeispiele hinsichtlich der Flexibilität, die die jeweilige Tätigkeit für eine individuelle Anpassung bietet.

Frau IP1 übt eine sitzende Tätigkeit in einem Büro aus und kann das „totale Desaster“ (b_IP1), nämlich das kommunikative Offenlegen ihrer Einschränkungen vor ihren Kolleg:innen, vermeiden, indem sie ihre Einschränkungen mit Bewegung kompensiert.

134 Diese Trennung von Arbeit und Gefühlen ist auch auf betrieblicher Ebene verbreitet. Laut Schneider gilt es, diese Trennung neu zu bewerten (vgl. Schneider 2012: 34).

135 Potenziell sind hier verschiedene Belastungsfaktoren angeschlossen. Das Anforderungskontroll-Modell von Karasek/Theorell (1990) geht in diesem Zusammenhang beispielsweise davon aus, dass ein geringer Handlungsspielraum innerhalb der auszuführenden Tätigkeit ein enormer Stressfaktor für die betroffene Person sein kann. Doch auch mangelnde Anerkennung für die berufliche Verausgabung kann, laut dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist (2002), potenziell zur enormen Belastungsquelle für Arbeitnehmer*innen werden.

„Wenn ich noch keine Mittagspause hatte, also, da gehe sowieso immer raus, ne? Dann bin ich froh, dass ich raus gehen kann. Und wenn nicht, dann versuche ich, dann muss ich auf Toilette (lacht). Also, in Bewegung bleiben, ne? Also, wenn, wenn ich, wenn ich die Phase kriege und dann müsste ich mal sitzen, das ist schwieriger. Weil dann kann ich mich auch schlecht konzentrieren und man ist einfach müde. Ne? Also dann denke ich mir, du musst dich jetzt bewegen und entweder raus, wenn ich noch nicht war oder suche ich mir Wege“ (c_IP1, 65:22).

Sie spürt vor allem Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungseinbrüche und Müdigkeit. Das Ziehen in der operierten Brust, das sie beim schnellen Laufen oder beim Hebebewegungen merkt, kann sie innerhalb ihrer Tätigkeit gut vermeiden. Regelmäßige Bewegung hat für sie zwei Vorteile: die Symptome der Müdigkeit werden gemildert und sie kann sich unauffällig aus dem Blickfeld des Bürokollegen entfernen. Die Rahmenbedingungen ihres Büro-Arbeitsplatzes ermöglichen es Frau IP1, immer mal wieder vom Schreibtisch aufzustehen. Dazu kann sie sich ihren Arbeitstag zwischen Arbeitsbeginn und Feierabend größtenteils selbst strukturieren. Meetings oder obligatorische Aufgaben wie ein Telefondienst kommen eher sporadisch vor.

Die Tätigkeit von Frau IP5 im industriellen Produktionsbereich bietet hingegen nur eingeschränkte Möglichkeiten, sich über Aktivitäten wie Kaffeeholen oder Toilettengänge eine Pause zu verschaffen. Offiziell steht ihr eine gewisse Pausenzeit zu, über deren Rahmen hinaus es nicht ohne weiteres möglich ist, den Arbeitsplatz zu verlassen. Die 49-Jährige übt eine stärker strukturierte Tätigkeit aus und hat deutlich weniger Handlungsspielraum als Frau IP1. Und so legt Frau IP5 den Fokus zunächst weniger auf eine Unterbrechung der Tätigkeit, sondern verdichtet ihr Arbeitspensum in der Anfangszeit ihrer Schicht. So kann sie dem Energieloch, das nach ein bis zwei Stunden auftaucht, begegnen, ohne dass sie durch Arbeitsausfälle allzu sehr auffällt und ihre Kolleg:innen für sie einspringen müssen. Das Hilfsangebot des Kollegen, der an dem Platz neben Frau IP5 arbeitet, versucht sie möglichst selten in Anspruch zu nehmen.

Im Verlauf der Aufstockung der Arbeitszeit ist das „Vorarbeiten“ (b_IP5) allerdings ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr ausreichend. Die körperlich anstrengenden Bewegungsabläufe erfordern von der 49-Jährigen längere Regenerationszeiten als dies in der Organisation ihrer Tätigkeit vorgesehen ist. Es kommt dazu, dass sie die Erschöpfung auch nach Feierabend noch so stark spürt, dass sie den Reha-Sport und ihre Freizeitaktivitäten zugunsten längerer Erholungsphasen anpassen muss. Um die Eingliederungsmaßnahme nicht abrechnen zu müssen, beschließt sie, sich auch innerhalb der reduzierten Arbeitszeit von vier Stunden informell immer wieder kleinere Pausen zu verschaffen.

„Also, dann mache ich zwischendurch auch mal eine Pause und trinke einen Kaffee, wo ich dann eigentlich keine Pause habe, wo ich dann langsamer mache. Wo ich dann sage, ich kann das auch so nochmal steuern“ (b_IP5, 40:57).

Bei dieser Abweichung von den offiziellen Rahmenbedingungen der Pausen ist sie auf die Unterstützung ihrer Kolleg:innen und die Kooperationsbereitschaft ihres Vorgesetzten angewiesen. Das freundschaftliche Verhältnis und die Reputation von Frau IP5 als leistungsbereite, produktive Kollegin machen diese Lockerung möglich. „Die wissen auch alle, dass ich eigentlich arbeite. Wenn ich kann, dass ich nicht darum gammele“ (b_IP5, 43:24). Die Umsetzbarkeit der eigenverantwortlichen Strategie variiert also je nach Bedingungen des Arbeitsplatzes und Handlungsspielraum der Tätigkeit.

5.3.6 Die Ungewissheit der beruflichen Eingliederung

„Schaffe ich das alles überhaupt nochmal?“

In der Rehabilitationsphase war der Gedanke an den ersten Arbeitstag von einigen Befürchtungen geprägt: Würde man die Arbeitsaufgaben wieder schaffen? Und wie würden die Kolleg:innen reagieren? Die Sorge darum, die beruflichen Leistungsanforderungen in Zukunft nicht mehr oder nur eingeschränkt erfüllen zu können, besteht aber auch nach dem Reha-Ende. Sie wird in der Rückkehrphase gewissermaßen einem „Realitätscheck“ unterzogen.

„Die Annäherung, meine ich, funktioniert nur darüber, es zu tun. Also, wie soll ich sonst? Ich kann nicht immer da von außen drauf gucken und gucken, was die anderen so machen. Es ist richtig gut, dann sowas zu übernehmen davon, ne?“ (b_IP3, 23:19).

Dieser „Realitätscheck“ erfordert von den Frauen einen *permanenten Reflexionsprozess* rund um das *Thema* „Leistung“, genauer: die erwerbsbezogenen Leistungsanforderungen, die krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen und ein generelles Leistungsvermögen. Zur Beurteilung der aktuellen Leistungsfähigkeit stützen sich die Frauen auf ihre Erinnerungen an ihr Leistungsvermögen in der Vergangenheit, also der „alten“ Normalität. Dabei stellen die Frauen eine belastende Widersprüchlichkeit fest: Denn sie sind zwar leistungsfähiger als während der Behandlungszeit, aber nicht so leistungsfähig wie vor der Diagnose.

So klappt das Lesen eines Textes zügiger als während der Behandlungszeit und der Inhalt kann kognitiv verarbeitet bzw. gespeichert werden. Die Wortfindungsschwierigkeiten nehmen ab und die Gespräche mit anderen Personen werden so wieder „flüssiger“.¹³⁶ Doch in einem größer angelegten Vergleich zum Leistungsvermögen von vor der Erkrankung stellen die Interviewpartnerinnen zunächst immer wieder große Diskrepanzen fest.

136 Siehe dazu in Abschnitt 5.1.7 die Einschränkungen während Behandlungszeit.

„Das ist mir richtig aufgefallen, dass ich das früher, vorher nicht hatte. Vielleicht ist der Körper so gar nicht so, hat sich noch gar nicht so erholt, wissen Sie? Dass er sagt: Jetzt ziehe ich die acht Stunden durch und das macht mir nichts aus. Vielleicht ist das so. In meinem Alter auch“ (c_IP1, 65:33).

Es ist eine turbulente Phase des *unplanbaren Hin- und Herschwankens* zwischen spürbaren Verbesserungen auf der einen Seite und deutlichen Einbußen auf der anderen Seite. Denn auch im Zuge des fortschreitenden Rückkehrprozesses zeigen sich immer wieder Verbesserungen des Leistungsvermögens. Die Bewegungsabläufe an der Arbeit fallen wieder leichter und die Regelmäßigkeit der arbeitsbezogenen Anforderungen lässt das anfängliche Fremdheitsgefühl verblassen. Die Frauen setzen sich sukzessive intensiver mit ihren Arbeitsaufgaben auseinander und kommen dabei durchaus im Arbeitskontext an.

Allerdings fragen sich die Interviewpartnerinnen angesichts der nach wie vor bestehenden Leistungseinbußen immer wieder: *Ist die empfundene Anstrengung angesichts der monatelangen Arbeitsunfähigkeit und der Folgen der Krebserkrankung „normal“?* Welche Beschwerden lassen sich hier einem „normalen“ Krankheits- bzw. Genesungsverlauf zuordnen? Und wie bzw. woran lässt sich erkennen, welche Einbußen über das „normale“ Maß hinausgehen? Welche Leistungseinbußen sind also pathologisch und wie wird mit ihnen umgegangen?

„Die zwei Stunden gingen schnell rum. [...] Ich hatte auch keine Schwierigkeiten so körperlich oder ne, dass ich Schmerzen hatte oder irgendetwas. Das war wirklich gut. (...) [...] Und ich kriege halt auch viel so Bestätigung von den Kunden, viel Rückmeldung und die sind auch alle glücklich, dass ich wieder da bin. Das ist schön. Und jetzt so vierte Woche, ich merke halt so ein bisschen den Rücken. Einfach so, dass es mir im Rücken dann schon so ein bisschen weh tut. Dieses Stehen, aber ich denke das ist auch einfach die Bestrahlung. Da merke ich so ein paar körperliche Einschränkungen, das merke ich, und muss aber da selber auch an mir ein bisschen arbeiten und mache halt auch Sport und ja da bin ich dran, dass das einfach alles wieder besser wird. [...] Die Luft fehlt mir manchmal. [...] Dann merke ich halt diese Atemprobleme durch die Bestrahlung. Aber, ja gut, das sind so Einschränkungen, das wird vielleicht auch zum Teil bleiben, aber muss ich halt dran arbeiten, ne, dass das besser wird“ (b_IP6, 4:59).

Es ist also ein stetiges Beobachten und Reflektieren der gemachten Erfahrungen. Dabei taucht eine weitere Unsicherheit auf: Inwiefern werden die bestehenden Einschränkungen unter Umständen dauerhaft sein? Oder inwiefern lassen sie sich möglicherweise „zurückarbeiten“ oder „umkehren“ – beispielsweise durch den Gewöhnungseffekt der nun regelmäßigen Erwerbstätigkeit, der weiteren Stärkung durch den Reha-Sport und ausreichende Regenerationszeiten?

„Und wenn es so ist, dass du einen Tag total anstrengend findest, dann ist das eben so. Das heißt ja nicht, dass es dann so weitergeht, aber da gibt es ja diese Verunsicherung: Schaffe ich das alles überhaupt nochmal?“ (b_IP3, 49: 22).

Daran gekoppelt ist die naheliegende Frage: Wie geht es weiter, wenn gewisse Einschränkungen tatsächlich dauerhaft bleiben und möglicherweise zur verminderten Erwerbsfähigkeit führen?

„Weil ich denke, es wird ein, zwei Tage dauern, da denken die, die ist jetzt wieder frisch und so, ne? Dann braucht die ein bisschen Zeit. Aber wenn ich dann sage, nach einem Monat zum Beispiel, vielleicht auch früher oder später keine Ahnung\ Das wird dann, also, das wird verlangt: Entweder arbeitest du. (...) Oder weiß ich nicht was. Gehst du. Oder lässt du dich krankschreiben oder keine Ahnung was. Und das möchte ich auch nicht, dass es soweit kommt“ (a_IP1, 1. Teil, 84:08).

Diese Situation würde einen Bruch in der Erwerbsbiografie bedeuten. Und so läuft der Anspruch, „mit den Kollegen mithalten“ (a_IP1) zu wollen und „sein Rädchen in der Gesellschaft zu drehen“ (b_IP8) hier als Subtext kontinuierlich mit.

Im Unterschied zur Rehabilitation sind die Leistungsanforderungen *keine* „Erprobung“ mehr – wenngleich gerade die Eingliederungsmaßnahme mit der stufenweisen Steigerung von Arbeitszeit und -aufgaben einen gewissen Erprobungscharakter erzeugen soll. Doch ein Abbruch der Eingliederungsmaßnahme hätte für die Betroffenen weitreichende Folgen. Beispielsweise würden sich die bürokratischen Aufgaben rund um die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und einer lückenlosen Dokumentation des Krankheitsverlaufs zur Sicherstellung der finanziellen Ersatzleistungen fortsetzen.¹³⁷

Gleichzeitig müssten die Kolleg:innen erneut die Aufgaben der Betroffenen übernehmen. Es müsste ein Plan für einen erneuten Eingliederungsversuch koordiniert werden; eine Aufgabe, die zuvor vom Sozialdienst der Reha-Klinik übernommen worden war. Das offizielle Scheitern der Eingliederungsmaßnahme würde also verschiedene Konsequenzen nach sich ziehen, die die Betroffenen weiterhin in einem Kontext von Krankheit und Kranksein verorten würden. Vor diesem Hintergrund kommt für den Großteil der Interviewpartnerinnen trotz der spürbaren Anstrengungen kein Abbruch der Eingliederungsmaßnahme infrage.

„Weil wie gesagt, die vier Stunden letzte Woche, die sind mir unheimlich schwer gefallen, wo ich dann eigentlich schon gedacht habe: Boah, wenn das nächste Woche auch noch so ist, dann (.) brichst du ab. Dann lässt du dich nochmal krankschreiben und dann muss ein neuer Eingliederungsplan geschrieben werden, dass ich nicht mit vier

137 Siehe dazu Abschnitt 5.1.8 und Abschnitt 5.3.3.

Stunden anfangen kann. Und dann hab' ich aber gedacht, aber da fahren wir ja auch noch weg. Nicht, dass wir dann auch noch so einen Urlaubsstress haben. Und da hab' ich gedacht: Oh, wenn ich das jetzt nochmal alles nach hinten verschiebe, dann klappt das nicht und klappt das nicht. Und dann hab' ich halt auch mit meinem Chef dann gesprochen und gesagt: Pass auf, ich mache das jetzt. Ich will nicht unterbrechen und nicht aufhören, aber ich mache so, wie ich meine. Sag ich: Ich arbeite nicht vier Stunden (.) voll durch. Also, wenn ich dann von den vier Stunden zweieinhalb gearbeitet habe, das war dann alles. Ja, und ähm, nächste Woche\ Also, ich steigere das dann halt selber. Woche für Woche. Was weiß ich, um eine Stunde. Und dann nochmal. Dann komm ich da auch rein“ (b_IP5, 41:33).

Und so werden zum Beispiel über den Verbrauch der Resturlaubstage aus dem Krankheitsjahr andere Möglichkeiten ausgeschöpft, um die Eingliederungsmaßnahme über den offiziell vereinbarten Rahmen hinaus individualisiert fortzusetzen.¹³⁸

Es ist ein Dilemma, in dem sich die Frauen hier befinden. Denn einerseits hat die Rückkehrphase etwas Experimentelles. Kohte (2010) und Detka et al. (2019) sprechen in diesem Zusammenhang – wenn auch mit Blick auf die betriebliche Ebene – von einem „Suchprozess“ (Kohte 2010), der offen, kooperativ und organisiert sein soll (vgl. Kohte 2010; Detka et al. 2019). Andererseits ist für die Frauen auch ein *enormer Erfolgsdruck* spürbar. Denn ein Scheitern der Maßnahme hätte weitere finanzielle Einbußen, weitere Aufgaben rund um den sozialrechtlichen Krankenstatus und nicht zuletzt auf sozialer Ebene eine (fortgesetzte) Stigmatisierung als (Krebs-)Kranke zur Folge.¹³⁹

Im vorliegenden Sample gibt es einen besonderen Ausnahmefall: Eine Interviewpartnerin bricht aufgrund der erlebten Belastungen die Eingliederungsmaßnahme ab. Dieser Fall soll kurz skizziert werden, da er in besonderer Weise die höchst vulnerable und zugleich anforderungsreiche Lage untermauert, in der sich die Interviewpartnerinnen im Zuge ihrer beruflichen Rückkehr befinden. So erzeugen die Anforderungen aus Familien- und Freundeskreis, der Reha-Sport, die radikale Umstellung der Ernährungsweise, die psychischen Nachwirkungen der existenziellen Bedrohung durch den Krebs und das Gefühl, „keine Zeit mehr zu haben“ nach der Reha-Entlassung ein komplexes Konglomerat an Belastungen. Als Frau IP8 nach zwölf Monaten Arbeitsunfähigkeit schließlich ihre Arbeit wie geplant für wenige Stunden am Tag wiederaufnimmt, kommt es zu einem schwierigen Gespräch mit ihren Kolleg:innen. Diese hatten die Aufgaben der

138 Siehe dazu den Abschnitt 5.4.2 zur informellen Verlängerung der beruflichen Eingliederung.

139 Siehe dazu den Kapitelabschnitt 5.3.8 zu den sozialen Irritationen, die sich auch während der beruflichen Rückkehr mitunter fortsetzen.

41-Jährigen während ihrer Arbeitsunfähigkeit übernommen. Jetzt übergeben sie der Interviewpartnerin eine Aufgabe, von der sie sich mit ihren körperlichen Einschränkungen überfordert fühlt. Diese Aufgabe abzulehnen kommt für die Betroffene allerdings auch nicht infrage, denn „die haben gesagt: Wir haben dich jetzt so lange vertreten und deine Aufgaben für dich erledigt“ (b_IP8, 44:11). Nach einigen Tagen, in denen die 41-Jährige „wie eine Blöde“ gearbeitet hat, bricht sie die Maßnahme ab und resümiert: „Das ist viel zu viel gewesen“ (b_IP8). In dieser Phase des Auslotens steht für die betroffenen Frauen also viel auf dem Spiel. Denn das Experimentelle hat hier aufgrund der Normativität der Erwerbsarbeit grundsätzlich *wenig Toleranz des Scheiterns*.

5.3.7 Die Widersprüchlichkeit der unsichtbaren Krankheitsspuren

„Wenn du da bist, denken alle, du bist gesund und wirst auch gefordert.“

Während der Rehabilitation war die zunehmende äußerliche Unsichtbarkeit der Krankheitsspuren in den Vordergrund gerückt. Im Zuge der (sozial-)medizinischen Leistungsbeurteilung hatte die Unsichtbarkeit ihre entlastende Funktion ein Stück weit eingebüßt. Denn der Krebs, der auf körperlicher und kognitiver Ebene zu Leistungseinschränkungen führt, aber auch die psychische, emotionale und soziale Belastbarkeit der Frauen schwächt, ist dem sozialen Umfeld so ab einem gewissen Punkt nicht (mehr) zugänglich. Die *bestehenden Kompetenzbeeinträchtigungen* sind für Außenstehende dann also *intersubjektiv kaum nachvollziehbar*.

Dies führt im Verlauf der beruflichen Eingliederung zu einer widersprüchlichen Situation: Für das Umfeld entsteht schnell der *Eindruck, es sei alles wie vor der Erkrankung*. „Wenn du da bist, denken alle, du bist gesund und wirst auch gefordert, ist ja klar, ne?“ (d_IP6, 22:33). Auch arbeitsorganisatorisch verdichtet sich der Eindruck, dass die „Normalität“ von vor der Erkrankung sukzessive wiederhergestellt ist: Die Interviewpartnerinnen sind physisch wieder an ihrem Arbeitsplatz und können in der Aufgabenverteilung berücksichtigt werden.

„Wenn ich da bin, dann bin ich nicht mehr krank. Da hast du voll zu funktionieren. Da gib'ts das nicht, ne? Dann müsste ich sagen, ich bin krank. Dann müsste ich mich krankschreiben lassen. Das ist so eine Mühle, da kommst du nicht raus. Also, dass du mit Samthandschuhen angepackt wirst, das ist da nicht“ (d_IP11, 51:12).

Auf sozialer Ebene finden wieder gemeinsame Pausen, Arbeitstreffen und Gespräche über betriebliche Themen statt. Das offizielle Dokument der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung scheint im kollegialen Miteinander keine allzu große Rolle zu spielen.

„Dann hast du ja auch wirklich Leute dabei, ja, wie du bist jetzt noch krank geschrieben? Du machst eine Wiedereingliederung? Du warst doch in Reha. [...] Jaja, ich war in Reha. Und dann machst du eine Wiedereingliederung? Du bist doch fit. Und das ist sowas, da könntest du den Leuten schon an die Gurgel gehen und dieses du siehst ja auch gut aus, wo ich mir denk: Ja, mag ja sein. Ich muss meinen Kopf auch nicht unter dem Arm tragen, um krank zu sein“ (b_IP9; 64:38).

Dabei lässt sich nicht unbedingt von einer beabsichtigten Herabstufung seitens der Kolleg:innenschaft ausgehen. Vielmehr scheint die Krankheit angesichts der Rückkehr der Betroffenen ab einem gewissen Punkt in Vergessenheit zu geraten.¹⁴⁰ Hinzu kommt, dass die Erwerbsarbeit auch für die Frauen selbst die Erkrankung in dieser Phase in den Hintergrund rücken lassen, denn die Betroffenen finden sukzessive wieder in die Strukturen ihrer Erwerbstätigkeit zurück. Nach monatelanger Krankheitszeit suggeriert die begonnene Erwerbstätigkeit also „Normalität“ – sowohl für das Umfeld als auch für die Betroffenen selbst.

Doch immer wieder gibt es Momente, in denen die Frauen die krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen der „alten“ Normalität und der aktuellen Rückkehr-Situation spüren. In diesen Momenten wird ihnen vor Augen geführt, in welcher turbulenten Situation sie sich befinden:

„Es kostet natürlich auch, aus so einer Krankheit raus zu kommen. Viel Kraft, viel Muskelkater, viele Tränen, weil man das selber merkt, Und ich habe das nicht so hingenommen. Ich hätte es jetzt auch so hinnehmen können und hätte sagen können: Gut, ok, dann ist das halt so. Aber das will ich nicht. (...)“ (c_IP6, 30:25).

Dass die Interviewpartnerinnen in der Situation sind, mit solchen Leistungseinbußen in dem spezifisch leistungsgeprägten Kontext von Erwerbsarbeit umgehen zu müssen, unterscheidet sie von ihren Kolleg:innen. Die im Folgenden von Frau IP5 beschriebene Situation verdeutlicht diese als ambivalent erlebte Differenz:

„Eine Situation war, wo ich in der Wiedereingliederung war, wo dann eine oder mehrere zu mir kamen und gesagt haben: Du siehst doch gut aus, (unv.) Warum machst du wieder Wiedereingliederung? Oder: Du hast es ja gut, du kannst jetzt nach vier Stunden wieder gehen. (...) Ja, irgendwann habe ich mich hingestellt, habe gesagt: Vielleicht hast du ja auch mal Glück und kriegst sowas, dann hast du es auch so gut wie ich. Dann kannst du auch nach vier Stunden nach Hause gehen. Ja, dann überlegen die erst. Ich habe dann immer nur gesagt, wenn es eine Frau zu mir gesagt hat, habe ich gesagt: Ok, du, es ist günstig, jede Dritte kriegst es. Deine Chancen stehen gut, dass

140 Zumal die Krankheit auch aufseiten der Kolleg*innen Ängste und Unsicherheiten auslöst, wie im Abschnitt 5.3.8 aufgezeigt wird.

es dir irgendwann genauso gut geht wie mir. (..) Dann kannst du auch mal Wiedereingliederung machen. (..) Und so habe ich dann reagiert. (Lacht) Ja und irgendwann war dann Ruhe“ (d_IP5, 47:01).

Der unbedachte Kommentar der Kolleg:in deutet zwar die Gemeinsamkeit des anstrengenden Arbeitstags an, doch für Frau IP5 bringt er auch die extreme Unterschiedlichkeit ihrer beider Lebenssituationen zum Ausdruck. Ein weiteres prägnantes Beispiel ist in diesem Zusammenhang eine von Frau IP9 berichtete Situation:

„Und dann hab' ich nochmal geniest und dann hat die Chefin mir irgendwas gesagt, so von wegen, irgendwas anderes hat sie mir gewünscht und dann so im Beisatz: Weil gesund bist du ja. Und da hat sie vielleicht gar nicht drüber nachgedacht, aber da hab' ich mir so gedacht: Ihr seht alle immer nur das Offensichtliche. Das ist halt einfach, ich ßgeh damit ja nicht hausieren. Weil ich mir denke, soll ich jetzt jeden Abend nach Feierabend zu meiner Chefin sagen: Boah, heute hab' ich es ja wieder gemerkt und gestern Abend lag ich wieder auf der Couch und hab' gedacht: Oh, ist alles wieder angespannt und so (brubbel-Geräusch)? Weil ich mir so denk, ja, was nützt das denn, wenn ich jetzt dauernd rumjammern würde, ne? Ich meine, es ist ja nicht so, dass es mir ständig so geht und es mir so furchtbar schlecht geht, aber Fakt ist einfach, ich merke, dass es anders ist als es vorher war“ (d_IP9, 55:15).

Der schnell entstehende *Eindruck von wiederhergestellter Normalität* entzündet für die Betroffenen ein komplexes Spannungsfeld. Es geht dabei um die Frage, inwiefern die Frauen ihrem Umfeld den kräftezehrenden Prozess des Bemühens um Normalität sichtbar machen können/sollten. Dabei können die Interviewpartnerinnen aber schon die Frage nach ihrem Gesundheitszustand in dieser Rückkehrphase kaum beantworten. Sie selbst sehen ihren *Status als „unklar“* (b_IP3), also weder akut krank noch völlig gesund. Sie sind *„dazwischen“*, *„betwixt-and-between“* (Turner 1964):

„So in dieser Krankphase, klar, da haben die Leute vielleicht auch noch Mitleid oder fühlen mit. Und jetzt ist so diese Normalität. Und ich hatte jetzt eine Situation (..) was man jetzt selber noch mehr, ich merke ja, dass es mir, dass es mir wieder gut geht und dass ich wirklich wieder\ Ich will ja auch, ich will arbeiten, ich will mein Alltag wieder haben, das will ich alles und das habe ich auch zum größten Teil jetzt schon geschafft. Aber man merkt, dass man vielleicht einfach schneller müde ist, ausgepowert ist, dass man so schneller an seine Grenzen kommt. Und dann wünscht man sich natürlich, klar, ein bisschen Verständnis von dem Drumherum. Und dann muss man einfach auch so, glaube ich, hinnehmen oder einstecken, dass so dieses: Ja, du wolltest es ja so, ne? Ich muss halt dann auch damit rechnen, dass die Leute sagen: Jetzt bist du wieder hergestellt, jetzt siehst du wieder gut aus, jetzt geht es dir wieder gut, also bist

du auch leistungsfähig. Aber da kommt man natürlich schon immer nochmal so an seine Grenzen. Und da gibt es schon wirklich auch Menschen, wo man so nicht dieses Verständnis kriegt. Nicht dieses Mitgefühl würde ich nicht sagen, aber einfach, die so (unv.) darüber weg. Da ist es schon alles wieder so normal. Und (..)am Anfang ging das noch, so, die ersten zwei Wochen bei der Wiedereingliederung. Und ich will mich auch nicht da hinstellen und will ständig jammern und will sagen: Ich habe Brustkrebs, mir geht es schlecht, ne? So ungefähr. Aber da muss ich für mich durch und ich muss für mich einen Weg finden, wie ich mich davor einfach ein bisschen schützen kann und dass ich da vom Kopf her einfach sage: Nee, du sagst dein Ding, ich weiß wie es mir geht und, ne? Ich weiß, es gibt auch andere, die haben Verständnis dafür, das ist dann halt so. Das sage ich mir dann“ (b_IP6, 15:38).

Hier tritt eben jene Herausforderung zu Tage, die auch Schilling et al. (2014) als enorme Aufgabe der Betroffenen beschreiben: „Die Herausforderung für den Einzelnen besteht darin, auf der einen Seite wieder fähig zu sein, ins alltägliche Leben zurückzukehren, d. h. ‚gesund‘ zu sein, sich aber gleichzeitig mit krankheits- oder therapiebedingten Veränderungen, Einschränkungen und spezifischen Belastungen auseinandersetzen zu müssen“ (Schilling et al. 2014: 204). Die *Unauffälligkeit des Bemühens um Normalität* wird an dieser Stelle also problematisch. Die vorwiegende Unsichtbarkeit der Krankheitsspuren begünstigt diese Situation.

„Das hast du wirklich oft: Du siehst doch gut aus. Ja, danke, aber (..) trotzdem war ich krank und brauche vielleicht noch ein bisschen, um wieder rein zu fuchsen. Und das musst du halt alles erklären und das find ich unheimlich anstrengend. An der Arbeit ist das genauso. Die ganzen Patienten kommen rein und sagen: Du bist ja wieder da. Und, wie ist denn? Ja, was soll ich denn sagen? Meine Chefin sitzt daneben, tralalala. Ich sag: Ja, im Moment ist gut. Die hören aber nur: Im Moment ist gut und denken: Ja, die ist ja wieder fit. Und das ist bei der Chefin im Hinterkopf wahrscheinlich genauso. [...] Dadurch entsteht bei meiner Chefin vielleicht der Eindruck, ja, die hätte ja auch schon wieder Vollzeit machen können. Die hopst ja hier rum wie als ob nichts wäre. Aber ich denke mir halt einfach: Ja, meine Patienten, die interessiert das auch nicht. [...] Was soll ich denen jetzt sagen: Oh, abends merk ich manchmal schon/Ne? Erzähl ich halt einfach nicht. Und generell bin ich halt jemand, bringt ja nichts, da zu sitzen und ein Gesicht zu ziehen. Ich meine, ich versuche es jetzt gerade, im Moment geht es ja auch, ist ja okay. Aber du hast immer das Gefühl, du musst vorsichtig sein, was du sagst. [...] Nicht, dass dann einfach gedacht wird, so jetzt Vollgas. Warst ja lang genug krank. Das ist immer dieses: Warst ja lang genug krank und zuhause. Jetzt muss ja langsam mal wieder“ (b_IP9, 67:07).

Ein weiteres Dilemma dabei ist: Wollen die Betroffenen auf ihren Dazwischen-Status hinweisen, gibt es dafür gesellschaftlich kaum eine passende

Verständnisgrundlage. Das dichotome Krankheits- und Gesundheitsverständnis erschwert hier diese ohnehin belastende Situation für die Betroffenen. Diese müssten sich selbst eher als Krebskranke adressieren und würden sich so in dem Spektrum zwischen „krank“ und „gesund“ wiederum stärker im Bereich „Krankheit“ verorten. Doch gerade im Arbeitskontext soll die Erkrankung keine große Rolle mehr spielen. „Sowas wird man nie los. Aber was bringt mir das, dass ich hier laufe so mit hmhmhm (macht trauriges Geräusch)“ (c_IP1, 59:04). Die Unsichtbarkeit der Krankheitsspuren bringt die interviewten Frauen also insofern auch in eine schwierige Situation, als dass sie im Kontakt mit dem beruflichen Umfeld entweder ihren Krankenstatus hervorheben oder den Eindruck des Gesundenstatus unterstützen. Es geht hier um die Entscheidung, entweder einen gesellschaftlich als „zu behebende Störung“ deklarierten Zustand herauszustellen oder den deutlich positiver konnotierten Eindruck von „Gesundheit“ zu fördern, obwohl beide Bezeichnungen, sowohl „krank“ als auch „gesund“, das subjektive Erleben der Interviewpartnerinnen als „Dazwischen“ nicht angemessen fassen (können).

5.3.8 Die Unwägbarkeiten im sozialen Miteinander

„Wir wissen nicht, ob du noch krank bist oder nicht und wie wir mit dir umgehen sollen.“

Der Rückkehrprozess weist als Bemühen der Frauen um Normalität eine starke soziale Komponente auf, wofür das *soziale Miteinander im Betrieb* eine bedeutende Rolle spielt (vgl. dazu u. a. Mehnert et al. 2013; Brussig/Schulz 2019: 14f.; Niehaus et al. 2008). Denn die berufliche Rückkehr bedeutet nicht zuletzt auch die soziale *Re-Integration in das Kollegium*. Gerade die hier entstehenden Unsicherheiten, Unklarheiten und Ängste bedürfen der (expliziten oder zumindest stillen) Übereinkunft in der *Notwendigkeit einer gemeinsamen Gestaltung* des Eingliederungsprozesses: „Aber wir bemühen uns alle um Normalität. Und das ist auch gut“ (c_IP3, 24:57). Diese Normalität ist dabei nach wie vor entscheidend von der „alten“ Normalität geprägt.

Bei ihrer Ankunft am ersten Arbeitstag werden die Interviewpartnerinnen von ihren Kolleg:innen und Vorgesetzten überwiegend herzlich empfangen.

Die Krebserkrankung wird dabei in verschiedenen Formen thematisiert, wie an dieser Stelle die Fälle von Frau IP6 und Frau IP5 sowie im weiteren Verlauf des Abschnitts der Fall von Frau IP3 zeigen werden.

In einer emotional aufgeladenen Symbolik geschieht die Thematisierung bei Frau IP6. Sie hat ein enges, freundschaftliches Verhältnis zu ihrer Vorgesetzten und den Kolleg:innen. Am Tag ihrer Rückkehr bekommt die 50-Jährige die letzte Kerze geschenkt, die ihre Kolleg:innen während der Behandlungszeit als Geste

der Anteilnahme angezündet hatten. Die Kerze mit bereits angezündetem Docht erinnert die Interviewpartnerin zunächst an eine Friedhofskerze und unweigerlich sind die Krebs-Assoziationen von Tod und Endlichkeit spürbar. Doch als Zeichen der Anteilnahme der Kolleg:innen berührt das Geschenk Frau IP6 auch sehr. Diese indirekte, aber symbolträchtige Thematisierung des Krebses und das vorsichtige kommunikative Miteinander im Arbeitsalltag helfen ihr, „wieder in die Arbeit reinzukommen“ (b_IP6).

Frau IP5, für die die Erwerbsarbeit auch eine wesentliche sozial-integrative Funktion erfüllt, berichtet von einer „durchwachsenen“ Ankunft. Manche Kolleg:innen seien direkt auf sie zugekommen und hatten gefragt: „Was war denn los mit dir?“ (b_IP5). Andere seien ein paar Tage „im Probelauf“ (b_IP5) um sie herumgeschlichen. Letztendlich werden die drängenden Fragen aber angesprochen. Es herrscht insgesamt eine Mischung aus Neugierde und Befangenheit:

„Was machen wir denn jetzt mit dir? Hast du noch Krebs? Oder ist der weg? *Wir wissen nicht, ob du noch krank bist* oder nicht und wie wir jetzt mit dir umgehen sollen“ (b_IP5, 38:53).

Ein Kollege spricht das schwierige Thema der Unsichtbarkeit der Erkrankung¹⁴¹ und zielt damit auch auf das trügerische Moment eben jener Unsichtbarkeit ab. Die dabei zum Ausdruck kommende Unbeholfenheit und *Berührungsangst mit der Krebserkrankung* schätzt Frau IP5 als Zeichen der Ehrlichkeit wert. Die erkennbare Verunsicherung des beruflichen Umfelds ist hier nicht als Widerspruch zu den positiven Rückkehr-Momenten zu verstehen, sondern zeigt vielmehr die mitunter schwierige Vielschichtigkeit dieser Situation.

„Also, es war dann bekannt, dass ich Brustkrebs hatte. (...) Und dann sagt er: Brustkrebs ist echt scheiße. Für die Außenstehenden. Man will ja da gar nicht hingucken. (lacht). Da sagt er: Aber irgendwie, man weiß ja ganz genau, da ist irgendwas. Das ist total blöd. Und da sag ich: Und jetzt willst du wissen, ob ich sie noch alle hab' oder nicht hab'? Will ich eigentlich gar nicht wissen. Ich sag: Ja, alles noch normal, alles gut. (lacht). Aber das sind\ Also, ich fand das aber gut, weil das ja normale Ängste sind. Ich hab' das ja gemerkt. Und das stimmt schon. Wenn Sie jetzt von irgendjemanden hören, der hat einen Armbruch, gucken Sie automatisch auf den Arm. (.) (lacht). Ne? Wo ist denn der Gips? Das ist ja automatisch. [...] Ja, weil es einfach so, du lieber Gott. Sieht man das jetzt etwa noch? Wie geh ich denn jetzt damit um? (lacht). Im Nachhinein

141 Hier klingt auch das Thema der Brust als Symbol der Weiblichkeit an. Diese Thematik scheint für die Interviewpartnerinnen allerdings keine eher geringe Rolle zu spielen, denn sie wird nur vereinzelt als Randthema angedeutet. Für eine tiefere Auseinandersetzung mit dieser Thematik siehe zum Beispiel Gröning (2013).

musste ich echt lachen und dann hab' ich gesagt: Ja, eigentlich sagt der nur die Wahrheit. Und ich glaube, selbst mir, wenn jetzt einer kommen würde, ich habe Brustkrebs, das ist automatisch, dass man da hinguckt. (...) Das ist ja nicht böse gemeint, aber das ist (...), das passiert einfach. Glaube ich schon, so. [...] Ja, aber ich fand es halt gut, dass er es gesagt hat, ja, das ist das. Er meint das ja gar nicht so. Er sagt: Ich traue mich gar nicht, dich anzugucken, weil ich Angst hab', du pfeifst mich zusammen, wenn ich dir auf die Brust gucke. (lacht); dass da irgendwas Blödes von dir kommt. Da sagt er: Da guck ich lieber in eine andere Richtung, wenn du kommst. Dann kann ich nicht mehr hingucken. *Da sagt er: Ich weiß nicht, wie ich damit umgehen soll.* Da sag ich: Alles gut. Und das fand ich aber so ganz gut, weil das war ehrlich. Ich hab' da auch nie drüber nachgedacht; nur als er das gesagt hat, dachte ich, ja, eigentlich. (...) Man guckt (...) automatisch (...) dann dahin. Glaube ich schon (...) [...] Und von dem fand ich das gut, dass er direkt so: Wie soll ich jetzt damit umgehen?“ (d_IP5, 68:25).

Die Interviewpartnerin zeigt hier großes Verständnis für die Neugierde ihres Kollegen. Die Verunsicherung der Arbeitskolleg:innen kommunikativ so aufzufangen erfordert von den Frauen aber insgesamt einen besonderen Grad an bereits geleisteter Bewältigungs- und Reflexionsarbeit.

Um derart sensible, *emotional aufgeladene Situationen* kommunikativ aufzulösen, kann es hilfreich sein, schon vor der Erkrankung eine offene Gesprächsebene mit den Kolleg:innen und der/dem Vorgesetzten gehabt zu haben. Doch sie ist kein Garant dafür, dass sich die Kommunikation in dieser Phase ebenso vertraut fortsetzt. Die Krebserkrankung und die Rückkehr der Betroffenen in das berufliche Umfeld kann hier unvorhergesehen zu weiteren Irritationen führen, wie der Fall von Frau IP3 zeigt. Die Interviewpartnerin, die in ihrer knapp neunmonatigen Krankheitszeit „nie komplett von der Arbeit weg gewesen“ (a_IP3) ist, erlebt eine solche irritierende Situation. Sie zeigt sich erstaunt darüber, dass ihre Kolleg:innen nach ihrer Rückkehr das Thema ihrer Krebserkrankung aussparen.

„Während meiner Krankheitszeit hatte ich ja schon zu einigen hier Kontakt und bin auch ab und zu mal hier gewesen. Aber da war mein Status irgendwie klar, ne? Krank. Und da habe ich auch immer so erzählt, was gerade dran ist und was demnächst geplant ist. Ja, da war es eher klar, die ist krank. (...) Vielleicht ist es ja auch genau das, dass es so dazwischen ist und man mich nicht als krank ansprechen möchte oder eben so mit diesem Blickwinkel, sondern jetzt bin ich ja wieder, will ich ja wieder normal sein. Also, so insgesamt\ Ach, das wäre ja auch doof, wenn die mich jeden Tag erst mal so angucken würden: Na, wie geht es denn heute? Geht's denn? Das wäre auch\ Das wär's nicht. Ach, vielleicht ist das auch alles so gut ganz gut“ (b_IP3, 47:45).

Die Interviewpartnerin bemüht sich, herauszufinden, was zu dieser Veränderung im Verhalten ihrer Kolleg:innen geführt haben könnte. Ihr Versuch, diesem Aussparen dabei etwas Positives abzugewinnen, gelingt nur bedingt. Gerade mit ihrer

offenen Kommunikation über die Erkrankung hatte die Interviewpartnerin der *Mystifizierung des Krebses* vorbeugend entgegenwirken wollen, um den metaphorischen „Elefanten im Raum“ gar nicht aufkommen zu lassen. Schon kurz nach Diagnoseverkündung hatten die Kolleg:innen gewusst, dass Frau IP3 wieder an Krebs erkrankt war, und teilten so ein Gefühl von Hilflosigkeit. Auch während ihrer offiziellen Abwesenheit hatte die 55-Jährige ihre Kolleg:innen bezüglich ihres gesundheitlichen Zustands und dem Behandlungsverlauf regelmäßig auf dem Laufenden gehalten. Doch die Rückkehr als Krebsbetroffene mit unklarem Status zwischen „krank“ und „gesund“ führt zu einer komplexen neuen Situation.

Es stellt sich dabei die schwierige Frage einer *angemessenen Adressierung*¹⁴² der Interviewpartnerinnen. Denn darüber drückt sich eine Information des sozialen Umfelds dazu aus, in welcher Rolle, anhand welches Attributs die betroffenen Frauen angesprochen werden. Es stellt sich die Frage: Ist es passend, eine arbeitende Person auf die sich augenscheinlich im Abschluss befindliche Krankheit anzusprechen und sie so explizit als Erkrankte zu adressieren? Oder ist es demgegenüber adäquat, die Betroffene angesichts ihrer beruflichen Rückkehr ausschließlich als gesunde, leistungsfähige Person anzusprechen? Beiden Varianten liegt der heikle Aspekt der angemessenen Krebs-Thematisierung zugrunde. Das „*Schreckgespenst Krebs*“ (b_IP3) tritt hier erneut in Erscheinung. Dabei wirkt es, als hafte den Betroffenen auch nach abgeschlossener Behandlung (immer noch?) das *Etikett dieser mystifizierten Erkrankung* an.

„Wenn jemand sagt ‚Ich habe Diabetes‘, dann denkt keiner ‚Oh, der ist aber bald tot‘. Wenn jemand sagt ‚Ich habe eine Krebserkrankung‘, dann ‚Ach du Scheiße‘ (unv. Flüstern). Ne? Also, da geht ja dann so viel los. Das fand ich auch zeitweise total anstrengend. Dass ich irgendwie gedacht habe, ich muss dann auch irgendwie so dagegen halten. Muss ich ja eigentlich nicht [...] Es gibt schon Leute, die haben da so ein, das kann ich jetzt nicht verhehlen, die kriegen dann sowas wie ein wohliges Gruseln, glaub ich. [...] Sowas Voyeuristisches. (deutet mit der Hand Tuscheln an). So. Und dann gibt es Menschen, die wissen dann nicht, was sie sagen sollen. Also, das ist dann schwierig, überhaupt irgendwie mit jemandem, mit dem ich sonst vielleicht einfacher kommunizieren kann/ Das geht dann nicht, weil da gibt’s dann so eine Hemmung oder Verunsicherung. [...] Das ist, ja, ich weiß es nicht, hier bei manchen Kollegen vielleicht auch ein bisschen so, dass\ Mich fragt auch fast niemand. Hier so dazu. Sondern die sind da\ Und das ist für mich sowas, entweder muss ich was sagen, weil die sind da sehr verhalten, ne? Was ich auch irgendwie verstehen kann, ne? Aber es ist auch so, dadurch kriegt das auch sowas\ Ist das auch irgendwie so (..) tabu. Ich sag

142 Tatsächlich ist es schwer, die Interviewpartnerinnen in dieser Phase angemessen zu bezeichnen. Denn „Krebserkrankte“ trifft es ebenso wenig wie „ehemalige Krebskranke“. Der Terminus „Krebsüberlebende“ ist in der internationalen Forschung nicht unumstritten, sodass auf diese Bezeichnung verzichtet wird.

dann immer mal was. Ich hab' denen auch erzählt, am Freitag kommt dann eine Frau von der Uni, die macht eine Studie und da geht es um Menschen mit Krebserkrankung und hmhmhm. Und da fragt dann keiner, also, sagt dann keiner was. Das ist so (.) ah. Ich glaube, das hat dann auch gar nichts mit mir zu tun, sondern das hat was mit denen zu tun“ (b_IP3, 42:02).

Die Berührungsangst mit dieser Krankheit, die Unsicherheit im Umgang mit einer/m Erkrankten und die gesellschaftliche Tabuisierung von Themen wie Tod und Sterben verschärfen die ohnehin belastungsreiche Rückkehrphase der Frauen.

Dabei lässt sich nicht schlussfolgern, dass es den Interviewpartnerinnen im Kontakt mit ihren Kolleg:innen per se um eine völlige Vermeidung des Krankheitsthemas geht. Denn gerade das Vermeiden der Krebs-Thematisierung mündet für die Betroffenen in eine höchst belastende, zwiespältige Situation. Indem die Kolleg:innen von Frau IP3 das „nicht so einfache Thema“ (b_IP3) aussparen, kann sie nur mutmaßen, „wie das für meine Kollegen ist mit mir. Vielleicht ist das für die auch nicht normal“ (c_IP3, 24:52). Zwischenzeitlich erwägt die 55-Jährige sogar Desinteresse als Grund für das Verhalten ihrer Kolleg:innen. Diese Unklarheit potenziert die in dieser Phase ohnehin bestehende Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit in besonderem Maße.

„Naja, ich sag's mal so, also, ich würde das (..) schon, glaub ich, ganz gut finden oder als ein Zeichen von Interesse werten, wenn (..) wenn Kollegen jetzt so\ Machen sie vielleicht ja auch noch. Weil die sind ja hier immer alle so eher vorsichtig. Wenn sie mich mal fragen würden: Und, wie geht's denn jetzt so mit der Arbeiterei oder wie bist du denn reingekommen? Ne? Das, also das würde ich glaub ich schon ganz gut finden“ (b_IP3, 45:21).

Es ist eine höchst sensible Situation. Die Interviewpartnerin wirkt insgesamt hin- und her gerissen zwischen ihrem Verständnis für das Verhalten ihrer Kolleg:innen und ihrer eigenen Verunsicherung sowie dem Wunsch, die *zuvor offene, „ungehemmte“ Kommunikationsebene zum Kollegium wiederherstellen*. Frau IP3 selbst spart ihre Erkrankung im Arbeitsalltag zwar nicht explizit aus, aber sieht sich in dieser spannungsreichen Situation in der Verantwortung, das Krebs-thema kommunikativ genau zu „dosieren“ (a_IP3) und ihre Kolleg:innen möglichst nicht zu überfordern. Das soziale Umfeld prägt die Bedingungen des subjektiven Bemühens um Normalität also in entscheidendem Maße mit. Diese soziale Dimension des Rückkehrprozesses kann eine unterstützende, aber auch eine zusätzlich belastende Wirkung für die betroffenen Frauen haben.

Das Bemühen der Frauen nach Normalität ist dabei also ein permanentes Beobachten und Reflektieren des eigenen Körpers, der eigenen Befindlichkeiten und des eigenen Leistungsvermögens. Die Unvorhersehbarkeit und die Turbulenz

des Rückkehrprozesses erfordern dabei eine Offenheit, die dem sozialrechtlichen Rahmen der Eingliederungsmaßnahme gegenüberzustehen scheint.

5.4 Phase 4| Modellierung von Normalität: Bürden der langfristigen Normalisierung

Mit dem offiziellen Abschluss der Eingliederungsmaßnahme schauen die interviewten Frauen darauf, wie die Normalität für sie auf lange Sicht aussehen kann. Der Wunsch der Betroffenen ist es, ihren Alltag zu stabilisieren und damit Abstand sowohl zur Erkrankung als auch zu den weitreichenden Krankheitsfolgen zu gewinnen. Dabei stellen sich Fragen wie: Wie geht es mit den Leistungseinbußen weiter? Welche Krankheitsfolgen sind unter Umständen dauerhaft? Welche Kompetenzen können im Laufe der Zeit (doch) noch zurück erarbeitet werden? Und wie lässt sich eine Wiedererkrankung vermeiden? Inwiefern sich die Anforderungen, die die Frauen zu meistern haben, innerhalb dieser längerfristigen Perspektive als Bürden¹⁴³ der Normalisierung verstehen lassen, zeigen die folgenden Abschnitte.

5.4.1 Der Trugschluss der vorsichtigen Normalisierung

„Natürlich könnte es schlimmer sein. Es könnte aber auch einfach normal sein.“

Die strukturellen Maßnahmen, die zuvor über die Erschütterung der Normalität hinweghelfen sollten, sind in dieser vierten¹⁴⁴ Phase abgeschlossen. Anders als vorher scheint es in einer krankheitsbezogenen Perspektive objektiv gesehen keine Notwendigkeiten (mehr) zu geben. Die Frauen setzen ihren Reha-Sport fort und gehen zunächst noch alle zwölf Wochen zur Nachsorgeuntersuchung.

Auch auf subjektiver Ebene tritt sukzessive eine vorsichtige Normalisierung ein, die Schaeffer/Haslbeck (2016) als wesentliche Phase in bzw. nach der Behandlung einer Erkrankung sehen (vgl. Schaeffer/Haslbeck 2016: 247 ff.). Die aufwühlende Dynamik, von der die Suche nach Normalität bisher gekennzeichnet gewesen ist, scheint an Turbulenz und Tempo zu verlieren. Es entsteht der *Eindruck eines vergleichsweise „stabilen“ Alltags*. „Es ist schon viel wieder so Routine [...]“

143 Die Verwendung des Begriffs der Bürde ist hier angelehnt an den „burden of normality“ von Wilson et al. (2001). Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass die radikale körperliche Gesundung von Betroffenen mit chronischer Epilepsie nicht unmittelbar eine Erleichterung darstellt, sondern eine komplexe, krisenhafte Rekonzeptualisierung der Identität von „chronisch krank“ zu „geheilt“ erfordert (vgl. Wilson et al. 2001).

144 Die Nummerierung der Phasen ist der übersichtlichen Darstellung geschuldet und soll keine Kontinuität im Verlauf der Krankheitsphasen suggerieren.

Es ist schon unglaublich, wieviel Normalisierung so in einem halben Jahr irgendwie (..) passieren kann“ (d_IP3, 2:24). Die Aufgaben, die zum Beispiel während der Behandlung als Normalitätsanker galten, sind nun keine Stellvertreter der „alten“ Normalität mehr. Sie werden nach und nach, wenn auch mit entsprechenden Anpassungen, wieder Bestandteil des sich normalisierenden Alltags. Dazu gehören u. a. die Erwerbsarbeit, der familiäre und häusliche Bereich rund um Familie und Freund:innen sowie verschiedene Freizeitaktivitäten.

Im Rückblick auf die Rehabilitation fällt den interviewten Frauen der große Unterschied zwischen ihrer damaligen Verfassung und ihrem aktuellen Allgemeinzustand auf: „Wie erlebe ich mich jetzt im Gegensatz zu in der Reha? Welten, ja, Welten“ (c_IP3). Dabei spielt nicht nur die körperliche Dimension eine Rolle, indem sich seit der Reha Kraft, Kondition und Beweglichkeit der Interviewpartnerinnen weiter verbessert haben. Auch die sozialpsychische, emotionale und kognitive Belastbarkeit wird weiterhin gestärkt. Für die interviewten Frauen hat insbesondere die *formale Gesundheitschreibung als Änderung ihres Status* von „ausgegrenzt, zuhause, die arme Kranke“ (d_IP9) in ein „vollwertiges Mitglied der Gesellschaft“ (c_IP3) eine *äußerlich normalisierende Wirkung*. Seit knapp fünf Monaten gelten die Betroffenen in dieser Phase formal als arbeitsfähig und gehen ihren Tätigkeiten nach.

Hinzu kommt, dass die Krebserkrankung in dieser Phase zum ersten Mal seit der Diagnose vor bis zu 20 Monaten nicht mehr kontinuierlich im Mittelpunkt des Denkens und Handelns der Interviewpartnerinnen steht. Der Alltag der Frauen dreht sich nicht mehr vorwiegend um Fragen der Behandlungen, Arzttermine sowie Antragsfristen medizinischer Maßnahmen. Die „Krebs-Kiste“ (IP6) als Sammelbehälter aller offiziellen Krankheitsdokumente wird sukzessive aus dem direkten Blickfeld im privaten Wohnraum heraus geräumt: „Zwischendurch war sie echt mal weg, wirklich ganz weg“ (d_IP6). Es wird resümiert: „Der Alltag ist wieder da“ (d_IP2), es ist wieder „business as usual“ (d_IP3) und die „Normalität ist wiederhergestellt (d_IP6) – so scheint es.

Diese einsetzende Entspannung und vorsichtige Normalisierung (vgl. Schaefer/Haslbeck 2016: 247 ff.) sind allerdings höchst fragil. Denn immer wieder wird die Krebserkrankung im Alltag unvorhergesehenerweise präsent.¹⁴⁵ So sind die mehrdimensionalen Spuren der Krebserkrankung nach wie vor spürbar: u. a. das Kribbeln in Händen und Füßen, die kürzere Konzentrationsfähigkeit, die früher einsetzende Erschöpfung und nicht zuletzt die Operationsnarbe.

145 In diesem Zusammenhang wird oft die Metapher des Damoklesschwerts verwendet, die hier meint, dass die Krebsbetroffenen trotz zurückkehrender Normalität die durch die Krebsdiagnose erfahrene Fragilität von Alltag und Routine nicht vergessen oder völlig beiseiteschieben können (vgl. dazu Künzler et al. 2012: 3; Hebert et al. 2016).

„Und es ist ganz schwierig, da so das gesunde Mittelmaß zu finden. Natürlich wirke ich, also, im Prinzip fühle ich mich auch nicht anders als sonst [...] Tagsüber, wenn ich an der Arbeit stehe, da denke ich auch manchmal gar nicht dran. Ist ja nicht so, dass mich das permanent begleitet: Ich bin an der Brust operiert. *Aber es kommen halt schon Situationen, wo du es merkst.* Tagsüber an der Arbeit bist du halt einfach abgelenkt, du gibst halt Vollgas. Und dann ist es manchmal halt wirklich erst abends, wenn du heimkommst und liegst so seit einer Stunde an der Couch, [...] da merkst du es dann halt“ (d_IP9, 81:37).

„Das ist ja, also, *vergessen tut man das nicht.* Aber man schiebt es halt beiseite“ (d_IP5, 71: 53). Die Entwicklung der Nachwirkungen und Einschränkungen verläuft dabei weder gleichmäßig noch zuverlässig prognostizierbar.

Bei einigen Betroffenen kommt es sogar erneut zu akuten Beschwerden. Diese wiegen für die Interviewpartnerinnen angesichts der vermeintlich abgeschlossenen Krankheitszeit besonders schwer, wie die Fallbeispiele von Frau IP7 und Frau IP9 zeigen. Bei Frau IP7 treten beispielsweise nur kurze Zeit nach dem Ende der Eingliederungsmaßnahme überraschenderweise Schwindel und extreme Leistungseinbrüche auf. Ihre ohnehin noch eingeschränkte Belastbarkeit sinkt weiter. Dieses gesundheitliche Tief ist für die 52-Jährige schwer erträglich, denn nach der Rehabilitation hatte sie sich mobilisiert, gestärkt, aktiviert gefühlt. Die Interviewpartnerin hatte erwartet, mithilfe ihrer informell individualisierten Fortsetzung der Eingliederungsmaßnahme¹⁴⁶ möglichst bald wieder vollumfänglich ihrer Vollzeitstelle in einem Büro nachkommen zu können. Doch dann stellt sie resigniert fest:

„Ich bin überhaupt nicht mehr belastbar, in keinsten Weise. Ich kann keinen klaren Gedanken fassen. Ich gehe dann zur Türe raus und kann dir nicht sagen, habe ich gerade die Türe zugezogen. So richtig bum. Konzentration ist einfach weg. [...] Das hätte ich nie vermutet. Weil ich sitze im Büro. Das darf man nicht\ Ich sitze im Büro. Das ist keine körperlich anstrengende Arbeit, dass man sagen muss, du musst körperlich schwer arbeiten“ (d_IP7, 17:34).

Wird sie von Kolleg:innen im Arbeitsalltag angesprochen, reagiert sie mitunter fahrig. Ein Verhalten, das sie von sich selbst nicht kennt. Diese Beobachtung belastet Frau IP7 sehr, denn der intensive Kontakt zu ihrem großen sozialen Netzwerk hatte sie zuvor als „Privileg“ (a_IP7) empfunden. Im sozialen Austausch nun auch ein Gefühl der Überforderung zu erleben, wiegt für sie daher schwer.

Der Gedanke, dass diese Beschwerden mit der Krebserkrankung in Verbindung stehen könnten, kommt schnell auf. Um eine erneute Erkrankung

146 Siehe dazu den Abschnitt 5.4.2.

auszuschließen, werden wieder medizinische Untersuchungen veranlasst. Das Ergebnis, dass diese extremen Beschwerden von der medikamentösen Nachbehandlung kommen, löst Erleichterung aus. Allerdings beeinträchtigen Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie starke Konzentrationsschwierigkeiten die Arbeitsfähigkeit der Interviewpartnerin in so starkem Maße, dass die 52-Jährige erneut arbeitsunfähig geschrieben wird. Die Erinnerungen an die Auswirkungen der Krebsdiagnose werden re-aktiviert. Als „Stehaufmännchen“ (a_IP7) erneut auch im Haushalt auf die Hilfe von Familie und Freund:innen angewiesen zu sein, ist für die Interviewpartnerin belastend. Sie hatte gehofft, ihre Rückkehr in den Beruf und Alltag gut meistern zu können. Nun sind wieder selbst alltägliche Aktivitäten wie Autofahren, Einkaufen und Saubermachen erneut kaum möglich. Und wie schon bei der Krebsdiagnose kommt erschwerend die nicht abschätzbare Dauer dieser Begleiterscheinungen hinzu.

„Also, ich bin noch lange, lange weg von dem, wie ich vorher war. Ich weiß auch nicht, ob das wiederkommt, keine Ahnung“ (d_IP7, 06:52).

Eine andere Betroffene, Frau IP9, erlebt neuerliche Beschwerden auf einer psychosomatischen Ebene. Sie klagt über plötzlich auftretenden, starken Juckreiz ihrer am ganzen Körper stark anschwellenden Haut. Diese Art der Beschwerden bringt diese Interviewpartnerin dabei zunächst nicht mit der onkologischen Erkrankung¹⁴⁷ in Verbindung. Zunächst werden die Symptome medizinisch als eine allergische Reaktion versorgt.

Nach einigen Tagen ohne Behandlungserfolg werden die Beschwerden schließlich als psychisch ausgelöste Nesselsucht eingestuft. Die Interviewpartnerin kann sich diese Diagnose zunächst nicht erklären. Denn die turbulente Phase der beruflichen Rückkehr liegt knapp viereinhalb Monate zurück. Die formale Eingliederungsmaßnahme ist längst abgeschlossen. Zudem war die Interviewpartnerin noch während der Rehabilitation davon ausgegangen, die Erkrankung psychisch nicht gezielt therapeutisch bearbeiten zu müssen, weil sie sie auf den ersten Blick gut überstanden habe.

„Und dann haben wir dauernd überlegt: Woher kann denn das kommen? Und dann sagte irgendwann eine Freundin, ich habe da gar nicht dran gedacht: Hast du nochmal genau, so datumsmäßig [...]? Ich sag: Warum? Sagt sie: Ja, [Name IP9], ich will ja nichts sagen, aber vor einem Jahr hast du die Brust abgekriegt. Sagt sie: Vielleicht arbeitest du unterbewusst Sachen auf, die du nicht so auf dem Schirm hast. [...]

147 Frau IP9 betont im ersten Interview, dass ihr Befund nicht der Klassifizierung eines Mammakarzinoms entspricht, sondern als Vorstufe von Krebs gilt. Da sie innerhalb von drei Jahren zwei Befunde eines duktuale Carcinoma in situ (DCIS) erhalten und mit der Brustamputation die wohl radikalste Behandlungsart erlebt hat, stellt sie für diese Dissertation einen interessanten Fall dar.

Vielleicht hat dich das psychisch doch alles nochmal so aufgewühlt, dass dein Körper im Nachhinein da nochmal richtig heftig drauf reagiert hat. Und das glaube ich tatsächlich, weil es ist auch seitdem nicht wieder aufgetaucht. Das hatte ich halt überhaupt nicht auf dem Schirm“ (d_IP9, 91:26).

Die Frauen erleben diese unvorhersehbaren gesundheitlichen Rückfälle als so belastend, dass der Wunsch aufkommt: „Wenn es einfach alles wäre wie vorher, das wäre auch schön“ (d_IP9, 91:36). Diese Art der *Nachwirkungen hebeln gewissermaßen die Normalitätsbemühungen der vergangenen Phasen aus* und untergraben die bis dahin erbrachten Anstrengungen.

Derartige Rückfälle sind Extremfälle. Doch auch die weniger extremen Krebsnachwirkungen stören den Versuch der Frauen, ihren Alltag privat und beruflich zu normalisieren. Denn plötzlich ist das *Krankheitsthema wieder sehr nah*, „rückt auf den Pelz“ (d_IP3). Die Frauen stellen schließlich fest: Trotz Rehabilitation und Eingliederungsmaßnahme, trotz der unternommenen Anstrengungen und trotz der vergangenen Zeit sind die Erschütterung des Alltags und die entbehrungsreichen Krankheitsphasen im Körper, auf der Haut, im Erfahrungshorizont und nicht zuletzt auch in der Biografie verankert. Diese Erkenntnis löst bei den Interviewpartnerinnen Frust und Ärger, aber auch Verzweiflung, Traurig- und Hilflosigkeit aus.

„Das ging mir so an mein Herz dran oder an meine Substanz, dieses Fertigsein. Ich kannte es vorher schon auch\ Also, zuerst kommt man ja aus der Anschlussheilbehandlung, dann geht es ja los mit der Wiedereingliederung. Das ist ja alles, ach, das schafft man, das ist locker. Und die vier Wochen, dann ist man im Berufsalltag wieder drin. Am Anfang ist das auch noch ganz easy, ganz einfach, ganz gut und wenn sich dann so der, der Alltag wieder so einschleicht, auch an der Arbeit, ne, wenn man dann wieder\ Alle sehen ja, man ist wieder da und man ist wieder voll im Einsatz drin und dann kommt, glaube ich, so der Moment, dass man denkt: Nee, du bist nicht die Alte, nee, du kannst nicht. Also, klar, man kann schon viel und da hatte ich ja auch schon Sport gemacht und habe auch wieder mehr Kraft und alles gekriegt. Die Belastbarkeit auch war gut, aber man merkt so im Inneren, dass man schon so ein bisschen an seine Grenzen stößt, ne? Und man wächst ja in dieser Arbeit wieder rein und es wird auch immer besser, auch in dieser Zeit wird es besser, umso länger man wieder an der Arbeit ist, aber ich habe gemerkt, [...] wenn ich wieder mich so auspowere an der Arbeit, dann bleibt anderes auf der Strecke“ (d_IP6, 18:20).

Den Interviewpartnerinnen fällt dabei auf, dass die Krebserkrankung weder mit der Rückkehr in die Erwerbssphäre noch dem Ende der Eingliederungsmaßnahme vollumfänglich abgeschlossen ist. Vielmehr hat sich die Suche nach Normalität in ihrem Schwerpunkt verlagert: von einem turbulenten Bemühen um Normalität zu einer längerfristigen Modellierung von Normalität.

5.4.2 Die informelle Verlängerung der beruflichen Eingliederung

„Das dauert schon etwas, denn man muss sich erstmal moderat an die Aufgaben herantasten.“

Die Frauen sind in dieser Phase seit bis zu fünf Monaten formal wieder ins Arbeitsleben eingegliedert. Im Rückblick auf die vergangene Zeit zeigt sich allerdings, dass es nur wenigen Interviewpartnerinnen gelingt, tatsächlich in dem offiziell vorgesehenen Zeitrahmen von maximal sechs Wochen zurück zu kehren. Der Großteil der Betroffenen benötigt deutlich mehr Zeit. Mitunter setzen sich die *informellen Eingliederungsprozesse* auch noch in dieser Phase fort.

Der Grund für diesen Bedarf nach mehr Zeit ist in den Nachwirkungen der Krebserkrankung zu sehen. Denn auch in dieser Phase berichten die Interviewpartnerinnen von u. a. Erschöpfungserscheinungen, die entweder noch von der medizinischen Primärbehandlung kommen, aber auch als Nebenwirkungen der medikamentösen Nachbehandlung der Erkrankung auftreten können.¹⁴⁸

„Manchmal denke ich mir, was ist das jetzt? Bist du zu spät schlafen gegangen? Ist dein Körper nicht ausgeruht? Ist das jetzt, eh, weil du eben das hast oder hattest oder sowas? Also das, das eh, beschäftigt mich auch manchmal. Letzte Woche habe ich gesagt, dann bin ich von der Mittagspause und musste gähnen. Habe ich gesagt, was ist das denn jetzt? (lacht) So. Ne? Also manchmal habe ich das auch noch“ (d_IP1, 83:39).

Mehrere Betroffene setzen ihre Eingliederungsmaßnahme daher individualisiert fort.¹⁴⁹ Diese individuellen Pläne verfolgen das Ziel, die *stufenweise Annäherung an die Arbeitsanforderungen über einen längeren Zeitrahmen auszudehnen* und die Erwerbstätigkeit damit an die individuellen Krebsnachwirkungen der Frauen anpassen zu können. Dabei wird teilweise der Resturlaub aus dem vergangenen Jahr als zeitlicher Puffer verwendet und teilweise können die betroffenen Frauen

148 Einige der Frauen berichten davon, während ihrer Wechseljahre ähnliche Beschwerden, wie zum Beispiel Hitzewallungen, gehabt zu haben. In welchem Maße mögliche Wechseljahrbeschwerden hier zusätzlich eine Rolle spielen, kann auf Grundlage des Materials nicht eindeutig gesagt werden. Immerhin sind vier Interviewpartnerinnen 55 Jahre und älter. Allerdings berichten auch die Interviewpartnerinnen zwischen 33 und 45 Jahren von Erschöpfungserscheinungen, sodass hier ein eindeutiger Bezug zu der Erkrankung anzunehmen ist.

149 Im empirischen Material gibt es zwar keine Anhaltspunkte darauf, dass dieses Vorgehen als Teil eines offiziellen betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) der jeweiligen Betriebe stattfindet, aber es kann auch nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden. Denn in den Interviews der Dissertation ist primär die von der Reha-Klinik geplante Eingliederungsmaßnahme, also die stufenweise Wiedereingliederung (StW), thematisiert worden. Zur Unterscheidung von BEM und StW siehe Kapitel 2.2.4.

ihre Pausenzeiten während eines Arbeitstags weiterhin individuell ausdehnen. Um die berufliche Eingliederung noch weiter zu entzerren, werden zudem die aus der Rückkehrphase bekannten Strategien der regelmäßigen Bewegung, des Vorarbeitens zu Beginn des Arbeitstags und des Wechsels von Aufgaben mit unterschiedlichem Anforderungslevel (PC-Arbeit, Telefonieren, Kundenkontakt, Meetings, usw.) fortgesetzt.¹⁵⁰

Dieses *individualisierte Vorgehen* ist entscheidend vom sozialen Miteinander im Betrieb abhängig, da es über die formal vereinbarten Rahmenbedingungen hinausgehend die besondere Unterstützung (und Zustimmung) von Vorgesetzten und Kolleg:innen braucht. Somit sind die Qualität dieser sozialen Beziehungen sowie die Art und Weise des gegenseitigen Umgangs essentiell wichtig für den Verlauf und das Gelingen der beruflichen Rückkehr.

5.4.3 Die Unsichtbarkeit der Krankheit als zweischneidiges Schwert

„Ich bin nicht mehr wie vorher. Aber das sehen die meisten nicht.“

Das Dilemma, das sich durch die *Unsichtbarkeit der Krankheit* bereits in den vorherigen Phasen abgezeichnet hat¹⁵¹, bekommt aufgrund der zeitlichen Komponente nun eine *verstetigende Tendenz*. Denn je länger die Interviewpartnerinnen scheinbar „normal“ arbeiten, desto eher *festigt sich der äußerliche Eindruck wiederhergestellter Normalität*. Dieser äußerliche Eindruck enthält für die Frauen den *Widerspruch*, dass sie sich einerseits einen möglichst krankheitsfernen Alltag wünschen und im Vergleich zu vorherigen Phasen auch eine tatsächliche Steigerung ihrer Belastbarkeit feststellen. Andererseits macht sich die Krankheitserfahrung aber gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen immer wieder bemerkbar. Die *Nachwirkungen der Krebserkrankung* sind in dieser Phase nicht nur über *körperliche, kognitive, psychische und soziale Spuren* präsent. Auch *strukturelle Maßnahmen wie der Reha-Sport und die engmaschigen Nachsorgeuntersuchungen* erinnern stetig daran, dass es die Krankheit gibt und gegeben hat. Die Interviewpartnerinnen stellen also auch in dieser Phase immer wieder eine durch die Krankheitserfahrung geprägte „Andersartigkeit“ fest.

Ein Ausspruch, der den Betroffenen im privaten und beruflichen Umfeld häufig begegnet, ist: „Du siehst doch gut aus“. Dieser Satz hat für die Interviewpartnerinnen zwei verschiedene Bedeutungen. Zum einen wird er als Kompliment verstanden, da hiermit die äußerliche Unversehrtheit betont wird. Der Subtext „Du siehst gesund, normal, wie ich/wir aus“ ist den Frauen durchaus zugänglich und wird auch geschätzt. Die damit angesprochene, äußerliche Unsichtbarkeit

150 Siehe dazu Kapitel 5.3.5.

151 Siehe dazu Abschnitt 5.2.8 und Abschnitt 5.3.7.

der Krankheitsspuren ist für die Betroffenen durchaus entlastend. Sich unauffällig in der Öffentlichkeit bewegen zu können (a_IP3) eröffnet einen Raum, den die interviewten Frauen nun auch krafttechnisch sukzessive wieder stärker ausschöpfen können. Auch der soziale Austausch gewinnt von der Unsichtbarkeit der Krankheit. Denn die soziale Irritation, die die Krebsdiagnose auslöste, hatte eine offene, „ungehemmte“ Kommunikation mitunter erschwert.¹⁵²

„Es ist eine ernsthafte Erkrankung ja, aber (..) wenn man es mir dann auch noch angesehen hat, wüsste ich aber auch nicht, ob ich es dann so (..) einfach so weggesteckt hätte [...]. Wie reagieren dann die Leute, wenn sie mir ansehen, ich habe Krebs? Dann laufen sie ja noch mehr weg (lacht). Nee, wenn ich überlege erleichtert es: Oh, du siehst ja gut aus. Wo ich mir denke: Jo (lacht). Nee, aber, wenn sie dann wirklich sehen würden, wie krank ich bin, wie reagieren denn dann die Leute? (...) Glaube, dann würden (..) die meisten wegbleiben. (..) Wer kann denn damit umgehen? Wer es nicht selber gehabt hat“ (d_IP5, 52:02).

Auf der einen Seite verbindet „Du siehst doch gut aus“ die Betroffenen und ihr soziales Umfeld also. Allerdings trennt sie dieser Ausspruch auf der anderen Seite gleichzeitig. Denn der Satz betont in gewisser Weise gerade auch die krankheitsbedingte Unterschiedlichkeit der Interviewpartnerinnen und ihres sozialen Umfelds.

„Da saßen wir am Tisch und dann ging es darum, (..) um diese, ach, da hatten wir irgendwie gesagt, ich mein, keiner weiß ja, was morgen ist, was übermorgen ist und dann sagten die anderen halt, ja, das wissen wir auch nicht und das ist bei uns auch so, dass wir, ohne diese Vorerkrankung\ Dass sie einfach sagen, keiner weiß was morgen ist. Ist ja auch so. Aber ich denke dann anders in dem Moment, ne? Und da hat man ständig solche Situationen und da lernt man ja auch mit umzugehen, aber das ist halt, ich glaube, derjenige, der das hat, der diese Brust oder überhaupt diese Krebsgeschichte vorher hat, auch, wenn es gut ausgeht, aber das Denken ist einfach anders. (..) Und das ist schön, wenn man dann Menschen gegenüber hat, die auch so ein bisschen Feingefühl dafür haben“ (d_IP6, 24:13).

Das Verhalten der Kolleg:innen von Frau IP6 ist hier nicht als Inkompetenz oder mangelnde Empathie zu verstehen. Die Krankheitserfahrung ist qua natura eine subjektive, bei der, laut Kiesel (2012), qualitativ zwischen den Perspektiven der Betroffenen und Nicht-Betroffenen unterschieden werden muss (vgl. Kiesel 2012: 179). Die Brisanz dieses Satzes steckt in dem Verweis auf diese eben

152 Siehe dazu v. a. Abschnitt 5.3.8.

auch exkludierende, isolierende Erfahrung einer potenziell tödlichen und zudem mystifizierten Krankheit wie dem Krebs.¹⁵³

„Wenn einer so auf der Straße ja dann gesagt hat, du siehst doch gut aus, habe ich gesagt, ja eigentlich müsste ich ja so jetzt aussehen, sage ich, weil ich habe ja Krebs, sage ich, ich müsste spindeldürr sein und eigentlich müsste ich doch schon halb in der Kiste liegen, oder? (..) Ich sage, (..) wie soll ich denn aussehen? (..) Ich sage, (..) Krebs sieht man nicht. (...) Sage ich, das ist so. Wenn einer wirklich daran stirbt, ja, der sieht dann bisschen (..) elend aus. Aber der wird ja nicht gefragt dann“ (d_IP5, 48:25).

Die Frauen sind hier immer wieder extrem gefordert, mit den Ängsten des sozialen Umfelds und dem Stigma der Krebserkrankung umzugehen. Dabei übernehmen sie regelmäßig eine aufklärende Funktion und informieren Familie und Freund:innen über Prävalenz, Mortalitätsraten sowie Vorsorgemaßnahmen. Das Ziel ist es, die Angst vor dem unberechenbaren Krebs mithilfe von spezialisiertem (medizinischen) Wissen¹⁵⁴ zu mildern.

Während die Interviewpartnerinnen u. a. über die Erwerbsarbeit nach Normalität suchen, weist das Betonen der äußerlichen Unversehrtheit paradoxerweise gerade auf dem Umstand hin, dass die Frauen auch in dieser Modellierungsphase eben nicht völlig unversehrt sind. Mehr noch wirkt es, als spiele der Satz „Du siehst doch gut aus“ die Anstrengung herunter, die mit der *kräftezehrenden Suche nach Normalität* einhergeht. Die Frauen erleben, inwiefern sie durch die spezifische Krankheitserfahrung eben gerade nicht „im selben Boot“ (a_IP9) von Familie, Freund:innen und Kolleg:innen sitzen:

„Für mich wäre es ja auch schöner, wenn ich sagen könnte: Thema ist durch. Aber das ist es ja nicht. *Das ist nie durch. Das begleitet dich halt jeden Tag* und das ist sowas, wo ich manchmal denke: Du läufst dein Leben lang rum und bist halt Brustpatientin. Wie ätzend ist das denn? Manchmal nervt es dich dann. Natürlich könnte es alles viel schlimmer sein, aber das ist halt genau das, was ich denke, dass trotzdem hat jeder Patient ein Anrecht darauf zu sagen, es könnte schlimmer sein und ich will ja auch gar nicht meckern und ich will ja auch bescheiden sein, aber manchmal kotzt es mich halt trotzdem an und ich hätte es trotzdem gerne anders. Und ja, ich weiß, mir könnte auch ein Bein fehlen, ich könnte ganz schwer krank gewesen sein, ich könnte einen ganz schweren Unfall gehabt haben, ich könnte neurologisch eingeschränkt sein, was weiß ich. Ja. Hätte, hätte, Fahrradkette. Es könnte so einiges sein. Es könnte aber auch einfach normal sein. Wäre auch schön. Und das ist das, was ich meine. Dieses Gefühl

153 Bereits die Diagnose hatte zu einer Veränderung, einer Irritation im sozialen Umfeld geführt, siehe dazu Abschnitt 5.1.3 und u. a. auch die besondere soziale Abhängigkeit während Behandlungszeit in Abschnitt 5.1.7 und in Abschnitt 5.1.9.

154 Das Wissen über die Erkrankung haben sich die Betroffenen u. a. über eigeninitiatives Recherchieren, Broschüren, Arztgespräche und die Vorträge während der Reha angeeignet.

dafür haben Außenstehende oft nicht oder Leute, die es nicht selbst erlebt haben, die denken: Ja, jetzt haben wir uns ein Jahr lang angehört, dass du so krank warst, dass du in Behandlung warst und in Reha musstest und überhaupt. Und die haben alle immer diesen Gedanken: Jetzt ist aber auch mal gut. Jetzt ist es ja vorbei“ (d_IP9, 93:16).

Weiterhin stehen die Frauen also auch in dieser Phase vor dem Dilemma, mit der *Widersprüchlichkeit der Unsichtbarkeit* der Erkrankung umzugehen. Gerade in Anbetracht der vergangenen Zeit würde ein explizites Thematisieren dieses Dilemmas allerdings einen enormen „Rückschritt“ (d_IP3) für die Betroffenen bedeuten. Denn dann würden sie sich in dem gerade geschehenden Normalisierungsprozess wieder eher auf der krank-Seite verorten. Und Gesundheit als „störungsfreier“ Zustand bedarf keiner Thematisierung, so lässt sich resümieren.

Doch die Frauen sehen sich nicht mehr auf der krank-Seite, sondern sind eher im Begriff, den Abstand zu eben jener negativ konnotierten Seite zu vergrößern. Die offiziell schon beendete Eingliederungsmaßnahme spitzt diese Problematik der Selbst-Adressierung als „Kranke“ in der leistungsorientierten Sphäre der Erwerbsarbeit darüber hinaus zu (vgl. zum Beispiel Voswinkel 2017). Denn der Übergang von „Krankheit“ zu „Gesundheit“ ist hier formal längst abgeschlossen.

Dieses Dilemma bildet sich zudem auch auf struktureller Ebene ab. Denn solange den Betroffenen keine weitere Erkrankung diagnostiziert wird, ergibt sich durch die abgeschlossenen Eingliederungsmaßnahmen auch auf struktureller Ebene das Bild von wiederhergestellter Normalität:

„Was ich halt doof finde, ist, dass, wenn man jetzt halt Vollzeit arbeitet und augenscheinlich alles toll ist und auch für die Krankenkassen und so, ne? Und alles so aussieht, als wär' alles normal, ich finde, das doofe ist, dass einfach gedacht wird, es ist jetzt auch alles normal. Das ist das, was ich meine, den Behindertenausweis behalten zu können, dass man wenigstens sagt, ja, okay, ich versuche ja, alles zu geben und zu machen und möchte das ja auch, will das ja auch. Aber ich will auch nicht, dass es mir hinterher als Nachteil ausgelegt wird, weil das ist ja auch immer das zweischneidige Schwert, einerseits, alle sind froh, du gibst Vollgas, arbeitest in Vollzeit, andererseits, wenn was ist, mal wieder, heißt es: Ja, wieso, Frau [IP9], war doch alles gut. Es lief doch alles. Sie haben sich ja nicht be-\

I: Beschwerst?

IP9: Ja, genau“ (d_IP9, 80:25).

Die Brisanz, die mit der Widersprüchlichkeit der Unsichtbarkeit der Erkrankung einhergeht, wird also auf verschiedenen Ebenen sichtbar und bekommt durch die vergangene Zeit eine verstetigende Tendenz.

5.4.4 Die Funktionalität und Emotionalität der Nachsorge-Angebote

„Ich habe dann einen Knoten im Hals.“

Zum Spektrum der Nachsorge gehören in dieser Phase (gewissermaßen neben dem Reha-Sport¹⁵⁵) vor allem die medizinischen Nachsorgeuntersuchungen und die stationäre Nachsorge als mögliche Wiederholung der Rehabilitation. Dabei geht es um die Kontrolle des Behandlungserfolgs, die weitere Bearbeitung der bestehenden Nachwirkungen und das Vermeiden bzw. frühzeitige Erkennen einer Neu- oder Wiedererkrankung.

Die Frauen wünschen sich in dieser Phase auch vermehrt medizinische Überprüfungen ihres Gesundheitszustands (vgl. dazu auch Gutzmann 2006). Aus der intensiven medizinischen Betreuung auszuschneiden wirkt also durchaus verunsichernd, so lässt sich resümieren. Während der Rehabilitation hatte der professionelle Rahmen als Korrektiv der gesteigerten und von Sorgen eingefärbten Selbstbeobachtungen fungiert.¹⁵⁶ Seit dem Ende der Rehabilitation reflektieren die Interviewpartnerinnen ihre Beobachtungen vor allem eigenverantwortlich. Anzunehmen ist, dass das spezialisierte Reha-Wissen, an dem die Frauen sich orientieren, im Verlauf der Zeit etwas verblasst und der Wunsch nach ärztlichen Einschätzungen an eine damit einhergehende Verunsicherung gekoppelt ist.

Dennoch sind die Nachsorge-Untersuchungen für die Frauen mit einem gewissen Unbehagen verbunden. Der Grund dafür ist in der starken emotionalen Dimension zu sehen, die diese Nachsorge-Termine neben ihrer zweifellosen Funktionalität ebenfalls haben. Denn dem Großteil der interviewten Frauen war die Diagnose im Zuge einer Routineuntersuchung gestellt worden. Nur selten hatte es im Vorfeld konkrete Beschwerden gegeben. Nichtsdestotrotz nehmen die Frauen diese Termine sehr gewissenhaft wahr – entsprechend einer *therapie-treuen, verantwortungsvollen Haltung* als „Co-Produzent von Gesundheit“ (vgl. Badura 1994: 24; dazu u. a. auch Bornhak et al. 2012; Hoefert 2011; Schaeffer/Haslbeck 2016), lässt sich annehmen.

Doch allein der Gedanke an diese engmaschigen Kontrollen¹⁵⁷ ruft den Schock der Diagnosesituation ins Gedächtnis; wie ein „Vulkan, der wieder ausbricht“ (a_IP1). Angesichts des Wissens darum, welche Belastungen seitdem mit den verschiedenen Krankheitsphasen einhergingen, sind die *Erinnerungen an die einstige Sorglosigkeit* besonders schmerzhaft. In der krankheitsbezogenen „anderen Welt“ (a_IP1) kreisen die Gedanken um eine spezifische Angst: „Vielleicht findet sie was. Hoffentlich findet sie nichts“ (a_IP1, 2. Teil, 05:53). Frau IP5

155 Siehe dazu in Abschnitt 5.3.1.

156 Siehe dazu Abschnitt 5.2.3.

157 In den ersten drei Jahren erfolgen die Nachsorgeuntersuchungen vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich und ab dem sechsten bis zum zehnten Jahr jährlich (vgl. dazu DKG/DKH/AWMF 2021: 302).

berichtet als Reaktion auf bevorstehende Nachsorge-Termine von dem Gefühl, einen „Knoten im Hals“ (IP5) zu haben.

„Das ist halt so, wenn man dann in den Kalender guckt und sagt: Oh, übermorgen muss ich ja hin. Dann hat man halt ein bisschen komisches Gefühl [...] Also, da hab' ich auch richtig Angst. Da denk ich dann auch: Nicht, dass sie wieder irgendwas finden oder was. Das ist dann wirklich so zwei Tage, wo ich dann reichlich nervös bin. Aber dann, ja, muss ich halt durch dann (d_IP5, Minute 1:12).

I: Und wie äußert sich dann die Nervosität?

IP5: Mir tut alles weh. [...] Also, da, wo der Tumor saß, da hab' ich Schmerzen. Tut alles weh. Und am Arm, da haben sie ja die Lymphdrüsen rausgenommen und das tut alles weh (lacht auf). Und da kommt dann auch die Panik auf: Ach, finden sie wieder was? Ist irgendwas?. Vom Kopf her weiß ich, es ist Blödsinn. Es hat dir vorher nicht weh getan und jetzt musst du dahin und jetzt tut dir alles weh. Aber (.) ich kann's dann halt auch nicht abstellen, in dem Moment. Und dann sag ich: Gut, ich muss da jetzt einfach durch. Und ich muss abwarten, was dann so ist. Aber ich geh dann auch zu den Ärzten bei der Mammografie, man kriegt ja nicht unbedingt gleich Bescheid, was rauskommt. Aber ich geh dann auch wirklich gleich dahin und sage: Ich bleibe hier den ganzen Tag sitzen, bis ich mit irgendeinem Arzt gesprochen habe. Also, jetzt eine Woche warten (.) geht nicht, ne? Das ist dann schon (zeigt zittrige Hände). [Unterbrechung wegen Hund] Und das ist dann schon. Also, die machen es dann auch anders mit jemandem, der schon mal einen Tumor hatte. Da lässt man auch keinen warten auf das Arztgespräch da. Und wenn das dann rum ist, dann sind auch die Schmerzen alle wieder weg. Schlagartig. Aber das ist eine Kopfsache“ (d_IP5, 2:34).

Es kommt durchaus vor, dass bei den Nachsorgeuntersuchungen erneut auffälliges Gewebe gefunden wird. Bei Frau IP9 wird beispielsweise wieder ein Knubbel in der Brust festgestellt und Frau IP8 berichtet davon, dass Gewebe in ihrer Brust erneut Kontrastmittel aufgenommen hat. Mit dieser Methode war bei ihr zuvor bereits eine Metastase entdeckt worden und entsprechend angstbesetzt ist diese erneute Auffälligkeit.

„Ja, das ist (..) doof. Da macht man sich Gedanken und dann spielt das wieder eine Rolle. Und jetzt soll ich erst wieder in einem halben Jahr ein Brust-MRT bekommen und heute Nacht dachte ich: Wieso erst in einem halben Jahr? Warum muss ich denn jetzt warten? Was wird damit bezweckt, dass ich warten soll? Dass es schlechter wird? Man hat dann immer das Gefühl, man hat keine Zeit mehr. Man muss schnell irgendwie an Therapien ran, weil sonst ist das zu spät“ (b_IP8, 93:56).

Bei beiden Frauen gibt es schnell Entwarnung: Die eine Auffälligkeit stellte sich als Begleiterscheinung der Behandlung heraus, bei der das Narbengewebe das Kontrastmittel aufgenommen hat. Auch der Knubbel der anderen Interviewpartnerin wird als harmlose Schwellung eingeordnet. Insgesamt stellen sich auch die Ängste der anderen Interviewpartnerinnen im Rückblick als unbegründet heraus. Keine der Nachsorgeuntersuchungen ergibt eine als pathologisch eingestufte Auffälligkeit.

Doch die Unsicherheit im Vorfeld diesen Untersuchungen bleibt. Denn auf der subjektiven Ebene fällt auch ins Gewicht, dass die Erkrankung und die Nachwirkungen unvorhersehbar verlaufen. Potenziell kann so jederzeit wieder die Gefahr eines neuen Befunds bestehen; wenngleich den Betroffenen gesagt wird, dass das Erkrankungsrisiko für sie nicht höher sei als für Menschen ohne onkologische Vorerkrankung.

Das Paradoxe dabei ist, dass es zum einen keinen neuen Tumor braucht, um für die Betroffenen die potenzielle Bedrohung des Krebsbefunds und den Schock der Diagnosesituation zu re-aktivieren. Zum anderen drückt sich hier auch die fehlende prognostische Aussagekraft eines aktuell kreisfreien Ultraschall- oder MRT-Bildes aus. Denn die Untersuchungsergebnisse treffen lediglich Aussagen über den körperlichen Zustand im Moment bzw. bis zum Moment der medizinischen Untersuchung: „Diagnosen fassen zusammen, was schon geschehen ist, eigentlich der ‚Vergangenheit‘ angehört, aber nun wie Donner und Blitz in die Gegenwart einschlägt und die Zukunft zu verstellen scheint“ (Keil 2013: 134). Diese Gedanken bringt eine Interviewpartnerin, die bereits zum zweiten Mal an Brustkrebs erkrankte, folgendermaßen zum Ausdruck:

„Und (...) das war dann so, dass ich gedacht habe: Ah (atmet aus). Also, ich bin ja dann auch so ein Typ, also, ich will solche Sachen dann auch schnell hinter mir lassen, ne? Und diese Nachsorgetermine sind da natürlich, also, das ist\ Da wird sozusagen wieder ein Türchen aufgemacht und dann ist man da wieder voll so im Thema drin. Und (...), ah (atmet aus), mein Mann war dann so unruhig, bis ich ihm gesagt habe: Weißt du, der Nachsorgetermin ist so ein Standardtermin. *Wenn da irgendwas wieder wäre, das würde da überhaupt nicht auffallen.* Weil das ist\ Ich glaube, man könnte jetzt erst mal, wenn ich da irgendwie einen Rückfall hätte, das würde man da in einem Nachsorgetermin gar nicht rausfinden können. Und da habe ich dann auch so gemerkt, also, mit diesem Thema will ich mich auch überhaupt nicht beschäftigen. Also, könnte da wieder irgendwas sein? Ich gehe einfach davon aus, nein. So. Weil alles andere\ Womit will ich mich da beschäftigen? Mit etwas, das ich nicht weiß? Nee. Also. (...) Aber da rückt einem dann die Krankheitsgeschichte nochmal so richtig nah. Und das war (.) ah, nee. Da brauch ich dann irgendwie ein bisschen Zeit, um wieder so\ Das so ein bisschen so abzuschütteln“ (c_IP3, 37:12).

Die 55-Jährige verspricht sich von den Nachsorgeuntersuchungen mit Blick auf die *krankheitsbezogene Unvorhersehbarkeit* also keine Sicherheit (mehr). Vielmehr handelt sich bei den Ergebnissen dieser Kontrolltermine für sie um eine „Quasi-Sicherheit“ (d_IP3), die in dem Augenblick, in dem man das Praxisgebäude verlässt, schon wieder hinfällig sein kann.

„Was man sehen kann, würde man dann sehen. Und alles andere würde man sowieso\ Ich meine, das wissen wir ja alle nicht, ne? Ob nicht irgendwas da unterwegs ist. Also, das macht auch irgendwie keinen Sinn da länger darüber nachzudenken“ (d_IP3, 18:42).

Diese subjektive Relativierung darf nicht als prinzipielle Abwertung dieser Untersuchungen verstanden werden. Die Bezeichnung als „Quasi-Sicherheit“ zeigt vielmehr die komplexe emotionale Verbindung dieser Untersuchungen mit den Belastungen der vergangenen Monate sowie die generelle Unvorhersehbarkeit des weiteren Verlaufs der Nachwirkungen¹⁵⁸ an.

Vor diesem Hintergrund ändert speziell diese eine Interviewpartnerin auch ihre Meinung zur stationären Nachsorge. Während und kurz nach dem Ende der Rehabilitation hatte sie noch geplant, diese Maßnahme zu beantragen. Doch nun sagt sie:

„Das passt mir aber jetzt gar nicht in meinen Plan. (lacht) Also, das ist mir nicht mehr so nahe. Und es würde mir, glaube ich, auch ein bisschen so gehen (...). Also, ich hätte, glaube ich, so ein bisschen\ So bin ich gerade froh, dass ich sozusagen in so eine Normalisierung komme. Und wenn ich jetzt dahin fahren würde und dann würde ich da die ganzen kranken Menschen sehen. Das würde mir glaube ich gar nicht so guttun. Hätte ich eher so das Gefühl: Ah, jetzt wieder zurück, ne?“ (d_IP3, 14:12).

Hier wird die belastende Widersprüchlichkeit der Nachsorge-Angebote für die Betroffenen sichtbar. „Das ist zu viel Patient. Wäre zu viel Patient. (...) Das ist nicht so meine Lieblingsrolle“ (d_IP3, 49:19). Die stationäre Nachsorge zu absolvieren würde demnach nicht nur eine schmerzhaftige Erinnerung re-aktivieren, sondern womöglich auch einen Rückschritt im eigenen Krankheitsverlauf bedeuten.

Dabei weiß die 55-Jährige – wie auch die anderen Interviewpartnerinnen – durchaus um den Nutzen dieser Maßnahme als Wiederholung der Rehabilitation.

158 Auch andere Erkrankungen können, wie das menschliche Leben generell, unvorhersehbar sein. Das Besondere an der Situation der Krebsbetroffenen ist, dass sie durch die Erschütterung der Krebsdiagnose die Fragilität des normalen Alltags schon „direkt“ erlebt haben und mit oder trotz dieses Wissens eine „neue Normalität unter veränderten Bedingungen zu gewinnen“ (Kardorff/Schönberger 2013: 254) versuchen; siehe dazu auch Keil (2013) und Gerdes (1986).

Denn die verschiedenen Nachwirkungen der Krebserkrankung sind auch rund acht Monate nach dem Reha-Ende immer noch spürbar.

„Das Programm würde mir bestimmt ganz guttun. Aber so auf der emotionalen Ebene würde mir das jetzt nicht guttun. Also, bin ich eher froh, sozusagen mehr Abstand auch zu haben, ne?“ (d_IP3, 15:03).

Die bis zu diesem Zeitpunkt unternommenen Anstrengungen der Suche nach Normalität haben also einen enormen Stellenwert für die Betroffenen. Denn trotz der Fragilität der Normalisierung stehen die Bemühungen rund um Alltags- und Berufspraxen eher für „Normalität“ als die Reha-Welt. Ein erneuter Eintritt in diese spezifische Umgebung würde mit ihrem „regressiver Sog“ (d_IP3) die, zumindest partiell, aufgebaute Distanz zur Krebserkrankung erheblich verringern.

Auch die anderen Interviewpartnerinnen wägen daher sehr genau ab, welchen Zweck die stationäre Nachsorge für sie erfüllen soll und kann. Ihnen ist es wichtig, die Maßnahme individuell anpassen zu können und auf bestimmte Reha-Felder, wie die Vorträge, zu verzichten. Das Hauptaugenmerk soll auf den sportlichen Aktivitäten und den psychosozialen Angeboten liegen.

„Ich habe auch vor, (..) dieses Jahr schon nochmal diese zweite Reha zu machen [...] Und ich (..) ich fand die Zeit super wertvoll, auch der Psychologe war super, der da war. Und viele Dinge, ja, mein Gott, die weiß man jetzt mittlerweile selber und die könnte man sich schenken an Vorträgen, ne. Aber die Bewegung war mir super oder wäre mir super wichtig halt wieder und so der Kontakt mit den Menschen, der war auch gut und (..) ja einfach dieses mit mir alleine sein, das war schön, das war richtig schön. Und das musste ich da am Anfang auch lernen, das war so. Man ist ja wirklich mit sich selber alleine. Vorher, nach der Krankheit, als sie ausgebrochen war oder als ich operiert wurde, da war ja, ich hatte ja trotzdem meinen Alltag hier zu Hause und war ja trotzdem. Hatte auf der einen Seite meine Krankheit, auf der anderen Seite meinen, ne, mein Leben, meinen Alltag, den ich ja auch meistern wollte. Und ja (..) und das halt so unter einen Hut zu kriegen, das war schon nicht leicht und das habe ich halt in der Anschlussheilbehandlung erst mal wirklich verarbeitet, ne, da habe ich meine Krankheit verarbeitet. Und das war gut, dass ich die Zeit für mich hatte. Und das ist auch wichtig, denke ich, für dieses Jahre. Deswegen möchte ich das auch gerne machen“ (d_IP6, 68:18).

Einige der Interviewpartnerinnen wünschen sich für die stationäre Nachsorge auch eine neuerliche Zusammenkunft mit ihren Reha-Bekanntschäften, um das Gefühl der Verbundenheit von vor rund acht Monaten noch einmal aufleben zu lassen. In der Zwischenzeit hat sich die Intensität dieser Reha-Beziehungen mitunter deutlich verändert. Teilweise hat sich der Kontakt gelockert, teilweise sogar ganz aufgelöst. Wenige Interviewpartnerinnen berichten von einem nach wie vor

regen Austausch via Telefon und elektronischen Nachrichten. Von gegenseitigen Besuchen wird selten berichtet. Die räumliche Distanz zwischen den Wohnorten spielt hier möglicherweise ebenso eine Rolle wie die Problematik der krankheitsbedingten Gemeinsamkeiten als Ausgangspunkt der Beziehungen. Dieses Spannungsfeld hatte sich bereits während der Rehabilitation angedeutet.¹⁵⁹

5.4.5 Die subjektiven Strategien zur Krebsprävention

„Man achtet auf sich, weil man das nicht nochmal haben will.“

Nachdem die medizinischen Maßnahmen, von den Nachsorge-Angeboten einmal abgesehen, und die berufliche Eingliederung formal beendet sind, wird im Verlauf der verstrichenen Zeit auch der Wunsch groß, der Erkrankung abschließend „einen Deckel draufzusetzen“ (a_IP5). Doch immer wieder spüren die Frauen in dieser Phase, dass ein solch lineares Verständnis des Krankheitsverlaufs ein Trugschluss ist. Denn obwohl sie formal wieder in den Gesundenstatus gewechselt sind, sind die Spuren des Krebses deutlich spürbar.

„Ich denke mir halt, so wie bei meinem Fall ist es bei einem normalen, gesunden Menschen nicht. Die haben auch mal Rückenschmerzen, aber bei uns kommt halt noch eine psychische Komponente dazu. Sobald da etwas wehtut, hast du ja sofort Alarm: Oh halt, da ist irgendwas. Also jetzt nicht, dass irgendwelche Zellen entartet sind, aber du wirst halt immer wieder daran erinnert. Die Brust würde nicht weh tun, wenn sie nicht operiert wäre, wenn die einfach normal wäre“ (d_IP9, 82:03).

Und so wird die genaue Beobachtung und kritische Reflexion sämtlicher Körpervorgänge auch in dieser Phase fortgesetzt. Welche Charakteristik das körperliche Schweigen bzw. Nicht-Schweigen (vgl. Leriche 1936, zit. nach Kiesel 2012: 191 f.) aufweist, das die Interviewpartnerinnen dazu bewegt, erneut einen ärztlichen Rat einzuholen, ist von Betroffene zu Betroffene durchaus verschieden. Gemeinsam ist es ihnen dabei das Kriterium „Wenn irgendetwas anders ist also sonst“ (c_IP1, 23:34). Dabei prägt der einst erlebte Diagnoseschock nach wie vor den Blick der Betroffenen. Auch zunächst unspezifische bzw. harmlose Körpervorgänge werden von den Interviewpartnerinnen mit dem Gedanken an eine mögliche Wiedererkrankung verknüpft, wie die Aussage von Frau IP1 im Folgenden verdeutlicht:

159 Siehe zur Besonderheit des Krebs als Gemeinsamkeit der Betroffenen und den anderen Rehabilitand*innen den Abschnitt 5.2.4.

„Ja, ich hatte auch abgenommen. Das hat mich auch so beschäftigt. So ein bisschen. Aber ich habe auch die Ernährung so ein bisschen umgestellt. [...]. Und durch den Sport, denk ich mir\ Die haben keine Geräte, aber diese Übungen, die man macht, da hab' ich gedacht, spürst du richtig (unv.), ne? (lacht) Und da rede ich mir das einfach ein, dass das davon ist. Ich hab' das aber auch angesprochen beim Hausarzt, als ich wegen dieser Verlängerung [des Reha-Sports] war. Und letzte Woche war ich bei Frauenärztin und habe ihr das auch gesagt. Und die sagen das alle beide, ich sollte das weiter beobachten und wenn nicht, dann muss ich noch irgendwelche Untersuchungen machen, weil\ Ich würde mir gerne wünschen, dass es geben würde eine Untersuchung, wo man feststellt, dass der irgendwo ist und nicht\ Weil ich habe schon mal meine Frauenärztin angesprochen und die meinte, sie ist nur für die Brust zuständig, ne? Aber der kann jetzt woanders wieder sein. Und dann kann es schon wieder zu spät sein oder weiß ich was. Sowas würde ich mir wünschen. Dass jemand sagt: Komm, wir machen das und das und das und dann stellen wir fest, von hier (zeigt dabei auf ihren Kopf) bis Fuß, ob der sich dann irgendwo wieder eingenistet hat“ (d_IP1, 14:36).

Die Angst, den „ungebetenen Gast“ (a_IP1) noch einmal unbemerkt in den Körper eintreten zu lassen, ist hier groß. Trotz der bisherigen Maßnahmen ist also die tiefe Verunsicherung, die der Befund in Bezug auf Körpergefühl und -vertrauen hinterlassen hat, auch bis zu 20 Monate nach der Diagnose deutlich spürbar.

„Man hört auf den eigenen Körper jetzt ganz anders als früher. Das geht wieder vorbei. Und jetzt, wenn man sowas hatte, dann denkt man: Vielleicht das ein Zeichen, dass er woanders ist. Ne? Oder wenn ich so an die Seite\ [fasst sich an den Rumpf] Vielleicht hat sich da was gebildet. (...) Das kann man nicht ganz abschalten. Aber ich versuche, wie ich schon sagte, nicht ständig mit dem Thema sich bewusst zu beschäftigen. [...] Man achtet (.) auf sich. Weil man das nicht nochmal haben will (spricht sehr leise)“ (d_IP1, 12:57).

Es wird also angenommen, eine weitere Krebserkrankung durch eine *intensivere Selbstbeobachtung und disziplinierte Lebensführung* verhindern zu können.

„In [der Reha] ist man ja aufgeklärt worden, dass Krebs nicht automatisch Tod bedeutet, Punkt eins. [...] Und zweitens ist es so, dass die, die jetzt verstorben sind, haben sich nicht viel mit den Ärzten auseinandergesetzt, aber haben auch nicht ihr Leben umgekrempelt. Das heißt, die Ernährung umgestellt. Haben weiter ihren Wein und ihr Sektchen getrunken. Und ich finde, irgendwo sollte man die Chance nutzen und das habe ich. Ich habe meine Ernährung umgestellt, ich mache Sport. Ich möchte halt anders leben. Es geht nicht alles rigoros. Ich bin auch wieder ein Stückchen zurückgerudert. Aber ich habe es umgestellt und ich glaube, dass das viel dazu beiträgt, das Immunsystem zu stärken und beschwerdefrei zu leben“ (d_IP8, 28:02).

Die einst quälende Warum-ich-Frage der akuten Krankheitszeit wird in dieser Phase für die erlittene Krebserkrankung mehr oder weniger (un-)beantwortet zurückgestellt. Vielmehr wird es für die interviewten Frauen wichtig, ihre verbleibende Lebenszeit möglichst fernab von Krankheit und Beschwerden zu gestalten.

Der Appell, den die Interviewpartnerinnen in der Diagnose als Erschütterung von Selbstverständlichkeiten sehen, prägt die *Zukunftspläne*. Der am häufigsten genannte Wunsch der Interviewpartnerinnen ist es, gesund zu werden/sein/bleiben und einen routinierten, beständigen, „unaufgeregten“ (d_IP3) Alltag wiederherzustellen. Frau IP3 betont dabei die Idee, gerade „kein Ziel zu verfolgen“ und mehr im „Hier und Jetzt“ zu leben, um die „Momente so anzunehmen, wie sie gerade sind“ (a_IP3).

„Also, das können sich Leute, die manchmal so gelangweilt sind von ihrem Alltag gar nicht vorstellen, *wie schön so ein langweiliger Alltag ist*. (lacht) Wenn man den hat. [...] Das hat auch was unheimliches Beruhigendes. Was Beruhigendes und was Sicheres. Und das ist ja, wenn man dann gerade so genervt ist von seinem Alltag, hat man das nicht so auf der Pfanne, aber nach so einer Zeit, ist das einfach toll, wenn das einfach so ist“ (d_IP3, 22:31).

Die anderen Interviewpartnerinnen überprüfen in diesem Zusammenhang auch stetig den „Stand“ ihrer Normalitätssuche. So werden die Alltagspraxen immer wieder an die veränderten Prioritäten und Wertemuster angepasst.

„Das ist eigentlich, wo ich heutzutage manchmal sage: Es ist in Anführungszeichen gut, dass ich Krebs hatte. (..) Es hört sich blöd an, weiß ich (lacht). Aber das hat das Denken eigentlich alles nochmal so ein bisschen verändert. Wo ich dann einfach sage, es hätte jetzt anders sein können, ich kann auch sterben und es ist ja anders. [...] Und das ist eigentlich so durch die Krebserkrankung eigentlich intensiver geworden, dass ich dann einfach gesagt habe, ich bin nicht hartherzig (..) [...] Aber dass ich einfach gesagt habe: Und jetzt lebe ich. (..) Und wer keine Hilfe haben will, der kriegt sie halt nicht, Punkt“ (d_IP5, 89:06).

Die Frauen verstehen die *Krebsprävention* also als etwas, das sie selbst aktiv gestalten und über *eine veränderte Lebensführung, ein verändertes Handeln, ein verändertes Denken* steuern können.

Insgesamt wird sichtbar, dass die Suche der Betroffenen nach Normalität im Verlauf der Zeit zwar ihre Gestalt verändert und durch eine vorsichtige, äußerliche Normalisierung etwas an Dynamik verliert, aber für die Frauen kaum an belastender Widersprüchlichkeit einbüßt.

5.5 Zusammenfassung

Für die betroffenen Frauen geht es im Zuge der beruflichen Rückkehr darum, die Normalität wiederherzustellen, die einst durch die Diagnose erschüttert worden ist (Bruch der Normalität). Äußerlich scheint schnell wieder der „alte“ Alltag zu herrschen: Es wird dieselbe Erwerbstätigkeit wie vor der Diagnose aufgenommen und man kehrt in das bekannte soziale Umfeld aus Familie, Freund:innen sowie Kolleg:innen zurück. Der Wegfall der bürokratischen Pflichten des Krankenstatus und der „antragsfreie“ Bezug eines vollen Gehalts werden als immense Erleichterungen erlebt.

Doch auf der subjektiven Ebene befinden sich die Interviewpartnerinnen auf der anstrengenden, mitunter turbulenten Suche nach Normalität. Während der Reha wird dieser Prozess über das körperliche, psychosoziale und beruflich orientierte Mobilisierungsangebot vorangetrieben (Simulation von Normalität) und zeigt sich im Zuge der beruflichen Rückkehr in einem Beobachten, Überprüfen, Reflektieren und Modellieren von Normalitätselementen (Bemühen um und Modellieren von Normalität). Die Krux bei diesem Versuch, die „alte“ Normalität wiederherzustellen, ist allerdings, dass die Frauen immer wieder darauf gestoßen werden, dass es eben jene „alte“ Normalität nicht mehr gibt. Leistungseinbußen, Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie der veränderte Blick auf das bisherige Leben und die zuvor gelebten Selbstverständlichkeiten stellen die krankheitsbedingten Veränderungen immer wieder heraus.

Dabei lassen sich die Herausforderungen der interviewten Frauen im Wesentlichen auf vier Spannungsfelder zuspitzen: der Dazwischen-Status, die Unsichtbarkeit des Krebses, die Unvorhersehbarkeit der Erkrankung und die durch den Befund ausgelöste soziale Irritation.

Um den Einstieg in die pointierte Zusammenfassung zu erleichtern, werden folgende Anmerkungen zur subjektiven Suche nach Normalität vorangestellt: Die verstreichende Zeit ist im Hinblick auf die Suche nach Normalität prinzipiell ein paradoxer Faktor. Denn sie trägt einerseits zur voranschreitenden Heilung und dem Erleben eines vorsichtig stabilen Alltags bei. Andererseits macht sie die Momente, in denen die Krebs Spuren für die Betroffenen deutlich spürbar sind, zu einer schmerzhaften Erfahrung. Eben jene schmerzhaften Momente zeigen so auch immer wieder die Fragilität der bisher stattgefundenen Normalisierung und die Dauerhaftigkeit der Suche nach Normalität an.

Dazwischen-Status | Durch die Krebserkrankung gehören die Interviewpartnerinnen mehrere Monate zu einer spezifischen sozialen Gruppe: die der erkrankten Menschen. Durch die offizielle Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit werden die Betroffenen von ihrer Arbeitspflichten entbunden, um im geschützten Rahmen des Krankenstatus wieder zu genesen. Dieser formale Krankenstatus

besteht auch während der Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung (StW). Mit dem Ende der Rehabilitation zerfasert allerdings die Legitimität des Krankenstatus sowohl auf sozialer als auch auf subjektiver Ebene, da die institutionelle Krankheitsphase damit offiziell abgeschlossen ist. Die StW ist dabei eine gewissermaßen „zusätzliche“ Maßnahme zur Überwindung der Krankheit als Arbeitsunfähigkeit, die nicht jede der Betroffenen in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann.

Die Krux ist, dass wenngleich die Erkrankung nicht (mehr) vorherrschendes Thema im Alltag der Betroffenen ist, lässt sich eine lebensweltliche Relevanz der Krankheitserfahrung für die Interviewpartnerinnen dennoch nicht von der Hand weisen. Denn neben den nun spürbaren Nachwirkungen, wie zum Beispiel körperliche Leistungseinbußen und ein veränderter Blick auf bisherige Routinen, Prioritäten und Interessen, hat der Krebs immerhin die vergangenen 7 bis 20 Monate fundamental geprägt. Aufgrund dieser Krankheitsspuren erleben sich die Interviewpartnerinnen weder als vollständig genesen noch als tatsächlich krank. Mit diesem Dazwischen-Status gehen enorme Anforderungen des Aустarierens der erlebten Diskrepanzen zwischen „alter“ und „aktueller“ Normalität einher. Die Diskrepanzen in der Leistungsfähigkeit versuchen die Betroffenen im beruflichen Kontext möglichst eigenverantwortlich und ohne die Unterstützung von Kolleg:innen aufzulösen. Der Gedanke „Ich versuche mich so zu benehmen, wie es vorher war“ (c_IP1) prägt dabei die Strategie der unauffälligen Bewältigung von Leistungseinschränkungen. Der Anspruch ist es, das Leistungsvermögen selbstständig auszuloten und über die praktische Annäherung an die Arbeitsaufgaben wieder eine Routine herzustellen, um künftig dem formalen Status und dem sich sukzessive festigenden Eindruck des beruflichen Umfelds als gesunde, arbeitsfähige Person tatsächlich zu entsprechen.

Die mit dem Krankenstatus einhergehenden bürokratischen Pflichten rund um die immer wieder einzuholende medizinische Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit stellt sich zudem als enorme Belastung heraus. Damit wird der Krankenstatus zu einem problematischen, stigmatisierten und somit negativ konnotierten Zustand, den es so schnell wie möglich zu beheben gilt. Die Folgebescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit als Legitimation des Krankenstatus müssen innerhalb spezifischer Fristen an verschiedene sozialrechtliche Akteure versendet werden, damit diese wiederum die Auszahlung der finanziellen Ersatzleistungen veranlassen. Die dahinterliegende Struktur des Gesundheitssystems ist für die interviewten Frauen, trotz der Unterstützung von qualifiziertem Personal, schwer zu durchschauen.

Gleichzeitig erleben die Interviewpartnerinnen hier eine materielle Abhängigkeit, die sich besonders in der Rückkehrphase durch den monatlangen Bezug einer lediglich anteiligen finanziellen Leistung drastisch zuspitzt. Die Betroffenen erleben hier durch die finanziellen Einbußen einen enormen Druck, den Status als arbeitsfähige Person so schnell wie möglich wiederzuerlangen – wenngleich

das subjektive Erleben von diesem Status abweicht Neben positiven Aspekten der Erwerbsarbeit, wie u. a. soziale Integration und Anerkennung, sind es also vor allem die mit dem formalen Status als arbeitsfähige Person verbundenen sozialen Zuschreibungen und sozialrechtlichen Bestimmungen, die für die Interviewpartnerinnen von Bedeutung sind. In für die Erkrankten problematischer Weise drückt sich hier die Normativität der formalen Gesundheit als Zugangsbedingung zur Erwerbsarbeit aus.

Unsichtbarkeit des Krebses| Die Unsichtbarkeit der Erkrankung ist in den vier differenzierten Phasen unterschiedlich ausgeprägt und entfaltet dabei eine paradoxe Wirkung.

In der Diagnosephase ermöglicht die Unsichtbarkeit den Interviewpartnerinnen den nötigen Handlungsspielraum rund um die Frage, mit welchen Personen der Befund geteilt oder nicht geteilt wird. In der Behandlungszeit verkleinert sich dieser Handlungsspielraum aufgrund äußerlich sichtbarer Krankheitsmerkmale, wie zum Beispiel ausfallende Haare. Die Bestrahlungstherapie hinterlässt Auffälligkeiten, die von Außenstehenden vermutlich weniger mit einer Krebserkrankung assoziiert werden, aber für die Betroffenen dennoch ein Gefühl von „Andersartigkeit“ erzeugen. Dazu gehört u. a. das wiederholte Pausieren während Spaziergängen aufgrund der Kraftlosigkeit, das Tragen weiter Kleidung wegen der von der Bestrahlung verbrannten Haut und/oder die plötzlich auftretenden Hitzewallungen und Schweißausbrüche. In der Rehabilitationsphase findet eine Normalisierung von Krankheit statt; wenngleich die Betroffenen um das episodische Moment des spezifischen Reha-Aufenthalts wissen.

Während und nach der Rückkehrphase ist die Unsichtbarkeit der Erkrankung für die Betroffenen höchst widersprüchlich. Auf der einen Seite ist sie sehr entlastend, da sie das Risiko von Stigmatisierung reduziert und so die Normalisierungsprozesse äußerlich zu erleichtern vermag. So scheint das soziale Umfeld der Interviewpartnerinnen ab einem gewissen Zeitpunkt im Verlauf der beruflichen Rückkehr anzunehmen, dass sich die Normalität von vor der Erkrankung wieder eingestellt hat. Mit Sätzen wie „Du siehst doch gut aus“ werden die Betroffenen auf ihre äußerliche Unversehrtheit angesprochen.

Wie der Dazwischen-Status der Betroffenen auf der anderen Seite zeigt, bedeutet die äußerliche Unsichtbarkeit der Erkrankung für die Interviewpartnerinnen aber *keinesfalls* die gelungene Wiederherstellung einer „alten“ Normalität. Die Unsichtbarkeit der Krankheitsspuren entzieht der Erkrankung hier vielmehr die unmittelbare Zugänglichkeit für das soziale Umfeld. Dies wird für die Betroffenen insofern problematisch, als dass sie die bestehenden Leistungseinbußen und insbesondere ihren durch die Erschütterung von Normalität veränderten Blick auf das Leben ab einem gewissen Zeitpunkt als begründungsbedürftig erleben. Damit bewegen sich die Betroffenen in einem Spannungsfeld rund um die Frage der Selbst-Adressierung als entweder „krank“ oder „gesund“. Denn

angesichts der gesellschaftlich vorherrschenden Dichotomie im Verständnis von „Krankheit“ und „Gesundheit“ ist ihr Dazwischen-Status für die Betroffenen kaum einem Gegenüber zu vermitteln.

Unvorhersehbarkeit der Erkrankung | Die Unvorhersehbarkeit der Erkrankung enthält ein paradoxes Moment. Denn gerade durch die Erschütterung des routinisierten Alltags wissen die Betroffenen um die grundlegende Fragilität von Normalität (vgl. dazu Gerdes 1986). So traf die Diagnose die Interviewpartnerinnen unvorbereitet. Die überwiegende Beschwerdefreiheit und die Hoffnung darauf, dass sich die festgestellte Auffälligkeit daher in einen biologisch nicht-pathologischen Rahmen würde einordnen lassen, hatte sich im Fall der Interviewpartnerinnen als „(Ent-)Täuschung“ herausgestellt. Gleichzeitig ist es insbesondere der Wunsch, die „alte“ Normalität wiederherzustellen, auf die die kurz- und langfristige Bewältigung der Krebs Spuren sowie die Rückkehr in den Beruf abzielen. Die „alte“ Normalität ist trotz ihrer unwiderruflichen Erschütterung die Referenzfolie sowohl für die Betroffenen selbst als auch für das soziale Umfeld im privaten und beruflichen Kontext. Die Rahmenbedingungen der medizinischen Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Krebs sowie die institutionalisierten Ablaufpläne der Rehabilitations- und beruflichen Eingliederungsmaßnahmen suggerieren dabei eine Vorhersehbarkeit der Erkrankung und damit auch eine Art von Sicherheit, die aber gerade auf subjektiver Ebene immer wieder brüchig wird.¹⁶⁰ Solche Brüche können entstehen, wenn zum Beispiel die bevorstehende Nachsorgeuntersuchung unwillkürlich den Trugschluss der einstigen Beschwerdefreiheit als angenommene Gesundheit aufrührt oder wenn die Interviewpartnerinnen im Zuge ihrer kritischen Beobachtung von scheinbar nebensächlichen Körpervorgängen zu dem Schluss kommen, dass sie „ein Leben lang Brustpatientin bleiben werden“ (d_IP9). Diese Unvorhersehbarkeit der Erkrankung, aber auch der Chancen, eingebüßte Kompetenzen zukünftig wiederzuerlangen, bringt enorme Unsicherheiten mit sich. Die Interviewpartnerinnen versuchen, diese Unsicherheiten (paradoxe Weise) aktiv und eigenverantwortlich aufzulösen – über ein stetiges selbstreflexives Beobachten und Vergleichen des eigenen körperlichen, kognitiven, psychischen, sozialen und emotionalen Zustands mit der Referenzfolie der „alten“ Normalität.

160 Auch auf objektiver Ebene können unvorhersehbare Ereignisse die ursprünglichen Therapiepläne hinfällig werden lassen; zum Beispiel, wenn während der Chemo-Therapie eine Metastase gefunden wird und damit der ursprüngliche Behandlungsplan modifiziert werden muss. Derartige Änderungen sind für die Betroffenen besonders belastend, da die im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem angenommene (medizinische) Sicherheit hier ebenfalls brüchig wird und sich die auch für die medizinische Profession bestehende Unvorhersehbarkeit der Erkrankung zeigt.

Soziale Irritation| Während die Krebserkrankung in der Rehabilitation als Kriterium für die Zugehörigkeit zur spezifischen Erkrankten-Gruppe zu verstehen ist, löst der Befund im sozialen Umfeld der Betroffenen eine Irritation aus, deren Auswirkungen zeitlich auch über das Ende der Rehabilitation hinaus spürbar sind. Die Formen, in denen sich die soziale Irritation ausgestaltet, sind vielfältig. Die Interviewpartnerinnen beobachten dabei den Rückzug von Freund:innen und Bekannten ebenso wie eine plötzlich gesteigerte Fürsorglichkeit, zum Beispiel in Form von vermehrten „Kontrollanrufen“. Teilweise wird dabei die Berührungsangst mit dem Krebs und den assoziierten Themen rund um Sterben, Tod und Leid offen angesprochen, teilweise wird die Krebserkrankung demgegenüber kommunikativ ausgespart. Dass sich Veränderungen im Verhalten des sozialen Umfelds zeigen ist für die Betroffenen mitunter schwer auszuhalten. Denn diese Veränderungen zeigen immer wieder die irritierende Wirkung der mystifizierten Erkrankung und somit nicht zuletzt auch die Existenz der Erkrankung selbst an. Aus dem empirischen Material geht zudem eine Art aufklärende Funktion hervor, die die Betroffenen im Kreis ihrer Familie, Freund:innen, Bekannten und Arbeitskolleg:innen einnehmen. So informieren sie zur Reduzierung von Berührungsängsten mit dem Krebs über dessen Prävalenz, Mortalitätsraten und Vorsorgemaßnahmen. Dieser Umgang mit den eigenen Ängsten und denen des sozialen Umfelds erfordert ein immenses Maß an Selbstreflexion und kommunikativen sowie sozialen Kompetenzen.

6 Diskussion

Als Kernthematik der interviewten Brustkrebserkrankten hat sich die Suche nach Normalität herauskristallisiert. Die vielfältigen Herausforderungen, die für die interviewten Frauen damit einhergehen, sind entlang ihrer Erfahrungsverläufe dargestellt und in vier Phasen differenziert worden.

Das vorliegende Kapitel rahmt die empirischen Ergebnisse nun analytisch. Dafür werden eine institutionelle, eine subjektive und eine soziale Ebene unterschieden, um so die Spannungsfelder der Normalitätssuche zu verorten. Zur theoretischen Einbettung knüpfte ich an Forschungsergebnisse zur beruflichen Rückkehr nach einer Krebserkrankung an, die durch medizinsoziologische sowie ritual- und übergangstheoretische Konzepte angereichert werden.

6.1 Institutionalisierte Rahmen

Die Diagnose führt auf struktureller Ebene dazu, dass die Betroffenen formal vom Gesundenstatus in den Krankenstatus wechseln. An den Krankheitsbefund schließen dabei diverse institutionalisierte Interventionen, wie zum Beispiel die medizinische Behandlung, Rehabilitation und die Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung, an. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, eine Form des Vorher-Zustands, also eine Art von „alter“ Normalität, wiederherzustellen. So lässt sich in der medizinischen Behandlung beispielsweise der Versuch sehen, den körperlichen Zustand von vor der Erkrankung zurück zu erlangen, indem die als Krebstumor klassifizierte Zellansammlung aus dem Körper der Betroffenen entfernt wird (vgl. dazu Holmberg 2005: 90). Innerhalb des Gesundheitssystems mit seiner spezifischen binären Codierung in „krank“ und „gesund“ (vgl. dazu Luhmann 2005; Stollberg 2001; Gerlinger 2006) soll über die entsprechenden Maßnahmen eine „Gesundheit“ wiederhergestellt werden, die durch die Diagnose einst ge- bzw. zerstört geworden ist. Dass an die Diagnose nach Abschluss der medizinischen Maßnahmen der wiederhergestellte Vorher-Zustand anschließen soll, kann durchaus kritisch betrachtet werden (vgl. Holmberg 2005: 90 f.). Denn die Normalität der Betroffenen wird nicht allein durch die Existenz der Zellansammlung verändert. Trotz Entfernung des Tumors ist es vor allem die Krankheits- und Behandlungserfahrung – von den körperlichen Folgeerscheinungen einmal abgesehen –, die die wesentliche Diskrepanz zur „alten“ Normalität spürbar anzeigt. Friebertshäuser/Richter (2013) verstehen zudem bereits die Diagnosediagnose als Beginn einer Statuspassage.

In den Begriffspaaren „Krankheit“ und „Gesundheit“ sowie „Arbeitsfähigkeit“ und „Arbeitsunfähigkeit“ ist also eine normativ geprägte Dichotomie

angelegt, in der latent die Idee einer „Heilung“ im Sinne einer Akuterkrankung mitzuschwingen scheint. Auf das medizinsoziologische Konzept der Krankenrolle nach Parsons (1958) zurückgreifend sehen Heckl et al. (1998) bei der beruflichen Re-Integration allerdings das Dilemma darin, dass „krebserkrankte Arbeitnehmer zwangsläufig in ihrem Selbstverständnis zwischen ‚chronisch krank‘ und ‚voll einsatzfähig‘“ (Heckl et al. 1998: 324) pendeln. Dabei entspricht das Konzept der Krankenrolle „exakt der medizinischen Begründung der Arbeitsruhe als therapeutischer Maßnahme“ (Behrens/Dreyer-Tümmel 1996: 189). Von „normalen“ Rollenverpflichtungen befreit soll die erkrankte Person über die Kooperation mit einem Mediziner:in als „fachkundige Hilfe“ (Parsons 1958: 17) die Gesundheit als Normalzustand zurückerlangen. Ziel ist es, dass die/der Betroffene dank der wiederhergestellten Leistungsfähigkeit die Verpflichtungen ihrer/seiner sozialen Rollen wieder zu erfüllen im Stande ist (vgl. Parsons 1958). In der vorliegenden Dissertation hatte sich dieser inhaltliche Aspekt in der Rehabilitationsphase abgebildet und war angesichts der leistungsbezogenen Anforderungen der bevorstehenden beruflichen Rückkehr als „Simulation von Normalität“ nach der akuten Krankheitsphase bezeichnet worden.¹⁶¹ Angesichts dessen, dass Krebs durch die mitunter auch jahrelang andauernden und/oder sich unvorhersehbar entwickelnden Nachwirkungen der Behandlung als chronische Krankheit verstanden werden kann (vgl. u. a. Schilling et al. 2014; Mehnert 2010), wird hier allerdings eine strukturelle/systematische Diskrepanz erzeugt, die die Suche nach Normalität in der Rückkehrphase für die Betroffenen insgesamt in entscheidendem Maße prägt.¹⁶²

Formal werden die Erkrankten im Zuge der Behandlung, Rehabilitation und der Eingliederungsmaßnahmen schließlich wieder als „gesund“, also „arbeitsfähig“ eingestuft.¹⁶³ Dabei setzt sich der berufliche Eingliederungsprozess für die Betroffenen auch noch über die abgesteckten Grenzen des institutionellen Rahmens hinaus fort – also auch über die Dauer der Leistungen zur Existenzsicherung während der Krankheitszeit hinausgehend. Diese grundsätzliche Offenheit und Unbestimmtheit der beruflichen Rückkehr lässt sich auch als „organisierter, kooperativer Suchprozess“ (vgl. Kohte 2010) bzw. „kreativer Suchprozess“

161 Siehe dazu Abschnitt 5.2.

162 Hier deutet sich zudem eine bisher noch nicht ausreichend auf die komplexe Dauerhaftigkeit der Erkrankungsfolgen ausgelegte Krebsnachsorge an (vgl. u. a. Arndt 2020; Hellberg-Naegele 2019). Dieser zusätzliche Aspekt kann aufgrund der inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der vorliegenden Dissertation nicht näher vertieft, sondern nur erwähnt werden. Siehe dazu auch Abschnitt 5.3.

163 Grundsätzlich wird in entsprechend beurteilten Fällen auch das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Doch solche Verläufe sind im Rahmen der vorliegenden Dissertation aufgrund ihrer inhaltlichen Zuspitzung nicht erfasst worden.

(Detka et al. 2019) verstehen, der die aktive Beteiligung verschiedener Akteure erfordert.¹⁶⁴

Vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden Dominanz des dichotomen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses (vgl. u. a. Richter/Hurrelmann 2016; Germov 2009a; Franke 2012) ist es dabei plausibel, dass das Erlangen der formal bescheinigten Arbeitsfähigkeit nach maximal sechs Wochen für die interviewten Betroffenen paradoxerweise auch mit einer gewissen Erleichterung verbunden ist. Denn mit dem Status als „arbeitsfähig“ erlischt die Notwendigkeit einer ständigen Erneuerung der Legitimation der Krankenrolle und die strukturelle Abhängigkeit von der behördlichen Auszahlung der Ersatzleistungen endet. Erst mit diesem spezifischen Status wieder das vollständige Gehalt beziehen zu können und den verpflichtenden, bürokratischen Aufgaben nicht mehr nachkommen zu müssen, unterstreicht den normativen Charakter von (formaler) Gesundheit und der damit assoziierten Arbeitsfähigkeit als essentielle Voraussetzung für die Teilhabe am (Erwerbs-)Leben.

Eine Genesung im Sinne des Erreichens des vorherigen Gesundheitszustands ist auf subjektiver Ebene durchaus ein angestrebtes Ziel, wenngleich das bisherige Verständnis von Gesundheit mitunter hinterfragt wird und in diesem Zuge durchaus diffundiert. Denn durch die unerwartete Erschütterung des zuvor zumindest größtenteils als „gesund“ erlebten körperlichen, psychischen und sozialen Zustands wird auch das zukünftige Erreichen von „Gesundheit“ als ruhiger, ausgeglichener Zustand infrage gestellt. Obwohl „Gesundheit als funktionale Voraussetzung für die Teilhabe am Erwerbsleben eine immense Bedeutung“ (Heckl et al. 1998: 326) hat, lässt sich die formale Gesundheitschreibung hier aber kaum als adäquate Beschreibung des Ist-Zustands der Betroffenen während (und nach) der Rückkehrphase zu verstehen. Denn „Gesundheit ist [...] kein eindeutig definierbarer Zustand, der sich formal durch eine ‚Gesundschreibung‘ unterstellen lässt“ (Heckl et al. 1998: 326). Und in dem allgemeinen Verständnis von Krankheit und Gesundheit als sich gegenseitig ausschließende Zustände drückt sich vor allem im leistungsbezogenen Arbeitskontext eine besondere Problematik aus, die sich auf der subjektiven Ebene in dem Prozess des Bemühens abbildet: „Ist der Erkrankte ein Sonderfall, so ist der Nichterkrankte ein Normalfall“ (Voswinkel 2017: 89). Die besondere Problematik ist dabei in zwei Aspekten zu sehen: Zum einen gehen mit dem (wenn auch temporären) Fehlen von Erwerbstätigkeit nach wie vor negative gesellschaftliche Sanktionen einher – denn als solche lässt sich die herausgearbeitete Belastung durch die Anforderung einer ständigen Erneuerung der Legitimation der Krankenrolle durchaus verstehen. Zum anderen

164 Anders als die vorliegende Dissertation beziehen sich Kohte (2010) und Detka et al. (2019) in ihren Ausführungen auf die betriebliche Ebene, also das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Doch die Bezeichnung als offenen, sozial bedingten, aktiven Suchprozess trifft meines Erachtens prinzipiell auf die Situation der beruflichen Rückkehr nach einer (Krebs-)Erkrankung zu.

entzündet die Diskrepanz zwischen dem im Erwerbskontext omnipräsenten Stellenwert von Leistungsfähigkeit und der für die Betroffenen immer wieder spürbaren Leistungseinschränkungen ein enormes Spannungsfeld.

Dabei ist prinzipiell unklar, wodurch sich die Sozialfigur des „normalen Arbeitnehmer:in“ auszeichnet. Voswinkel (2017) sieht hierin eher eine Fiktion als einen Realtypus. Denn zum einen sind reale Arbeitnehmer:innen sowohl in ihrer Persönlichkeit als auch in ihren gesundheitlichen Dispositionen sehr unterschiedlich. Zum anderen übersieht die Idee eines „normalen Arbeitnehmer:in“, dass Menschen sich im Verlauf des Lebens wandeln und verändern. Schon aufgrund von Veränderung als konstitutives Merkmal menschlichen Lebens kann es den „normalen Arbeitnehmer:in“ also nicht geben (vgl. Voswinkel 2017: 89).

Heckl et al. (1998) problematisieren darüber hinaus das normative Paradigma von Gesundheit als Normalzustand¹⁶⁵ und Voraussetzung für die Teilnahme/Teilhabe am Erwerbsleben. Die berufliche Integration von Krebserkrankten wird hier als Dilemma gesehen, weil die Betroffenen formal zwar wieder arbeitsfähig sind, aber als chronisch Kranke nicht immer die Anforderungen erfüllen können (vgl. Heckl et al. 1998). Eine ähnlich gelagerte Problematik hat die vorliegende Dissertation als die Suche nach Normalität herausgearbeitet. Eine Schwierigkeit für Betroffene ist es dabei, dass sie in eine von außen betrachtet „alte“, also vorwiegend unveränderte Lebenssituation – dasselbe soziale Umfeld, dieselben Lebensräume, dieselben Jobs – zurückkehren. Im Verständnis von Wingenfeld (2009) lässt sich also objektiv betrachtet kein bzw. nur ein moderater Richtungswechsel im Lebenslauf der Betroffenen feststellen. Als Richtungswechsel werden dabei zum Beispiel das Ausscheiden aus dem Berufsleben oder auch einen Wohnortwechsel verstanden (vgl. Wingenfeld 2009: 99). Dabei macht eine solche Feststellung, dass nach der turbulenten Krankheitsphase objektiv und in einem größeren Zeitrahmen betrachtet in die alte Lebenssituation zurückgefunden wird bzw. gefunden werden kann, die immensen Belastungen eben jener anstrengenden, frustrierenden und unvorhersehbaren Suche nach Normalität kaum begreiflich.

6.2 Subjektive Ebene

Auf subjektiver Ebene ist der wesentliche Prozess, den die Betroffenen in der Rückkehrphase durchlaufen, als Suche nach Normalität herausgearbeitet worden. Diese Suche verläuft nach der Erschütterung durch die Diagnose zunächst in einer Simulation von Normalität (Rehabilitation) und insbesondere im Zuge der beruflichen Eingliederung dann als Bemühen um und Modellieren von

165 Positive Konzepte von Gesundheit gehen in ihrer Definition von Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit hinaus und bringen Gesundheit in die Nähe von Konzepten wie Zufriedenheit und Glück (vgl. dazu zum Beispiel Kiesel 2012: 226 f.).

Normalität ab. Die Suche kann als Normalisierungsstrategie verstanden werden, die auf die Produktion von Normalitätswürfen abzielt, die möglichst krankheitsfern sein, zumindest aber eine stärkere Betonung der anderen Lebensbereiche enthalten sollen. Es geht dabei um eine noch auszugestaltende Verknüpfung zwischen der alten, beruflichen Lebenssituation von vor der Diagnose und der krankheitsbedingt veränderten Situation.

Als Bewertungsmaßstab für diese Normalitätswürfe ziehen die Betroffenen ihre Erinnerungen an die Normalität von vor dem Krebsbefund heran, die sich allerdings aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Krankheit und der individuellen Entwicklung der Krankheitsfolgen im Zeitverlauf wiederum kaum als Maßstab eignen. Denn die „alte“ Normalität, die das soziale Umfeld bald als wiederhergestellt annimmt, ist zerbrochen.

Die Suche nach „neuer“ Normalität geschieht vor allem durch ein selbst-reflexives Beobachten des eigenen Körpers, der eigenen Prioritäten, des eigenen Befindens und ein permanentes Vergleichen dieser Beobachtungen. Über das stetige Vergleichen soll überprüft werden, inwiefern bzw. in welchem Umfang zuvor vorhandene Kompetenzen noch zur Verfügung stehen (vgl. Wingenfeld 2005: 163). Dabei erleben die Betroffenen eine besondere Problematik: Während einerseits ein deutliches Zurückgehen der vormals prägnanten körperlichen, psychosozialen Einbußen bemerkt wird, tritt immer wieder auch eine deutliche Diskrepanz zwischen der „alten“ Normalität und dem aktuellen Normalitätswurf zutage.

Und auch, wenn es hierbei der grundlegende Wunsch der Betroffenen ist, nach der erlebten Normalitätserschütterung und der turbulenten Krankheitsphase in einen stärker durch Routine geprägten Alltag zu gelangen, zeichnet sich ihr subjektives Erleben in der Rückkehrphase durch eine belastende Dynamik, Unvorhersehbarkeit und damit auch Unstetigkeit sowie Unsicherheit aus. Mit „Routine“ verbinden die Betroffenen hier eine gewisse Sicherheit, Vorhersehbarkeit und Stabilität, von der sie paradoxerweise aber gleichzeitig auch wissen, wie fragil und illusionär sie ist. Denn die Diagnose ist zuvor als eben solch unvorhergesehene Erschütterung von Alltag und Normalität erlebt worden und die Erinnerung an dieses Ereignis begleitet die Betroffenen auch in dieser Phase.

Für diesen Aspekt der Unstetigkeit lassen sich Modelle aus der Übergangsforschung heranziehen, um so die bisherige medizinsoziologische Betrachtung dieser besonderen Phase zu ergänzen. Die ritualtheoretischen Erkenntnisse von Gennepp (2005) und Turner (2005), auf die Glaser/Strauss (1971) auch das Konzept der Statuspassage aufbauen, bieten hier fruchtbarere Anknüpfungspunkte, um die spezifische Charakteristik des Rückkehrprozesses und der Suche nach Normalität theoretisch einzubetten. Mit Turner (2005) lassen sich bei Übergängen von einem sozialen Sein zu einem anderen sozialen Sein drei Phasen unterscheiden: Trennung, Schwellenzustand und Wiedereingliederung (vgl. Turner 2005: 94). Die berufliche Rückkehr kann hier als liminaler, also offener

Schwellenzustand verstanden werden. Turner (2005) beschreibt den Schwellenzustand als unbestimmt, da die „Grenzgänger [...] durch das Netz der Klassifikationen, die normalerweise Zustände und Positionen im kulturellen Raum fixieren, hindurchschlüpfen“ (Turner 2005: 95). Dies führt dazu, dass der „Über-gänger“ sich hier in einem Werdens-Prozess befindet und das Ende dieser liminalen Phase – anders als es die institutionalisierten Eingliederungsmaßnahmen implizieren¹⁶⁶ – nicht mit einer abgeschlossenen Wiedereingliederung (und wiederhergestellter Gesundheit und Arbeitsfähigkeit) gleichzusetzen ist. Erst im Anschluss an den offenen Schwellenzustand gilt die Wiedereingliederung in einer gesonderten Phase als vollzogen. Glaser/Strauss (1971) knüpfen in ihrem Konzept der Statuspassage an diese Überlegungen an und verstehen Status als einen „resting place“ (Glaser/Strauss 1971: 2), der allerdings nur temporär eingenommen werden kann. Da die verschiedenen Status von Individuen also früher oder später wieder verlassen werden, betont das Konzept eine grundlegende Dynamik als wesentlichen Aspekt von Statuspassagen.

Welzer (1993b) kritisiert allerdings, dass Glaser/Strauss (1971) „bei aller Universalisierung des permanenten Zustandswechsels letztlich von einem normativen Lebenslaufmodell ausgehen, das gleichsam das Gehäuse der Kontinuität bildet“ (Welzer 1993b: 26). Dabei ist das für die Suche nach „neuer“ Normalität Bedeutende gerade die prinzipielle Unbestimmtheit des Schwellenzustands nach Turner (2005), denn: „Schwellenwesen sind weder hier noch da; sie sind weder das eine noch das andere, sondern befinden sich zwischen den vom Gesetz, der Tradition, der Konvention und dem Zeremonial fixierten Positionen“ (Turner 2005: 95). Die Betroffenen befinden sich in einem Dazwischen-Zustand, sind (im) „betwixt-and-between“ (Turner 1964). Die dahinterstehende Idee, Personen in einem solchen Dazwischen-Zustand als „Passierende“ (Turner 2005: 94) zu betrachten, lässt sich dabei plausibel auch auf die interviewten Krebsbetroffenen in ihrer Suche und ihrem Bemühen um Normalität übertragen. Denn dieser Prozess zeichnet sich, wie bereits angeführt, durch eine enorme Dynamik und damit auch Unstetigkeit, Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit aus.

Dieser spezifischen Charakteristik wird im Folgenden analytisch weiter nachgegangen. Dabei erweist sich das Transitionsverständnis nach Welzer (1993a) als fruchtbar. Denn er legt den Fokus nicht auf den verlassenen bzw. zu erreichenden Status, sondern er betont über den Begriff der Transition vielmehr die *Bewegung*

166 Interessant ist hier, dass die institutionalisierten Nachsorgemaßnahmen in besonderem Maße gerade die Un-Abgeschlossenheit der Krebserkrankung betonen. Die interviewten Brustkrebsbetroffenen erleben die engmaschigen Nachsorgeuntersuchungen in einer Doppeldeutigkeit zwischen pragmatischer Funktionalität und – aufgrund der zuvor erfahrenen Diagnoseschocks – starker Emotionalität (siehe dazu Abschnitt 5.4.4). Becker/Karsa (2006) problematisieren diesen Aspekt ebenfalls im Hinblick auf Vorsorgeuntersuchungen, bei denen keine erkrankten, sondern beschwerdefreie Menschen adressiert werden (vgl. Becker/Karsa 2006: 307 ff.).

innerhalb des Übergangprozesses. Dieses theoretische Verständnis bietet eine analytische Rahmung für die enorme Belastung, die die Betroffenen in der beruflichen Rückkehr erleben.

„Der Begriff der Transition erscheint hier angemessener, weil er das Bewegungsmoment gegenüber den Stationen hervorhebt – nicht der Übergang von einem definierten Ort zum anderen steht hier im Vordergrund, sondern viel eher das Bild, daß Bewegungssequenzen ineinander übergehen und sich überblenden. *Transitionen bezeichnen demnach sozial prozessierte, verdichtete und akzelerierte Phasen in einem in permanentem Wandel befindlichen Lebenslauf*“ (Welzer 1993a: 146; H. i. O.).

Ein weiterer komplexer Aspekt dabei ist, dass im Zuge des prozesshaften Bemühens immer wieder Normalitätswürfe produziert und modifiziert werden, wobei diese „neuen“ Normalitätswürfe durch den Abgleich mit der „alten“ Normalität als Beurteilungsmaßstab auch eine Rückkopplung an die vergangene Normalität in sich tragen. Mit Selder (1989) lässt sich hier noch einen Schritt weiter gehen, indem ein „neuer“ Normalitätswurf nicht nur eine Rückkopplung, sondern auch ein partielles Loslassen der „alten“ Normalität in sich trägt: „Creating a new reality entails relinquishing the previous one. [...] To relinquish means that one must first acknowledge that some significant aspect of reality has been altered or eliminated“ (Selder 1989: 439).¹⁶⁷

Heckl et al. (1998) zufolge zielen die Bemühungen von Krebsbetroffenen innerhalb des Dilemmas zwischen Kranken- und Gesunden- bzw. Berufstätigenrolle darauf ab, frühere Sinnstrukturen und so den vorherigen Status quo wiederherzustellen. Zu den Normalisierungsleistungen, die dafür erbracht werden, gehört es auch, die gewohnte Tätigkeit möglichst unverändert wiederaufzunehmen (vgl. Heckl et al. 1998: 325). Auch die vorliegende Dissertation hat eine eigenverantwortlich umgesetzte Strategie der Betroffenen, im Arbeitsalltag über die krankheitsbedingten Einschränkungen zu schweigen bzw. sie selbstständig zu lösen, herausgearbeitet. Hier drückt sich der Anspruch aus, unauffällig und vor dem Hintergrund des monatelangen Arbeitsausfalls vor allem ohne weitere Zusatzbelastung für die Kolleg:innen die einst verlassene Position wieder einzunehmen.

Doch den Betroffenen wird im täglichen selbst-reflexiven Austarieren der komplexen Anforderungen aus den verschiedenen Lebensbereichen, und eben im besonderem Maße denen der Erwerbsarbeit, bewusst, dass es die „alte“ Normalität nicht mehr gibt – obwohl sich gerade durch die Rückkehr in den Beruf,

167 An dieser Stelle soll am Rande angemerkt werden, dass mir die Paradoxie, die in der Bezeichnung als „alte“ und „neue“ bzw. „aktuelle“ Normalität angesichts der angestrebten Betonung der Prozesshaftigkeit, Unstetigkeit und Unvorhersehbarkeit der Suche nach Normalität steckt, durchaus bewusst ist.

der auch vor der Diagnose ausgeübt worden ist, objektiv betrachtet die „alte“ Lebenssituation wiederhergestellt zu haben scheint und sich demnach keine auffallenden Veränderungen im Sinne eines Richtungswechsel in der Biografie der Betroffenen erkennen lassen (vgl. dazu Wingenfeld 2009). Die „alte“ Normalität lässt sich – anders als von den Betroffenen zunächst erhofft – auch über eigenverantwortlich umgesetzte Strategien oder äußere Gegebenheiten, wie zum Beispiel die Rückkehr in dasselbe Team, die Aufnahme derselben Tätigkeiten, die Rückkehr in dasselbe Schichtsystem, nicht vollumfassend wiederherstellen – zumal insbesondere das soziale Umfeld als Bestandteil der „alten“ Normalität die Betroffenen implizit und/oder explizit immer wieder auf die allgegenwärtige Erwartung, eben jene „alte“ Normalität wiederherzustellen, hinweisen.

Die Suche nach „neuer“ Normalität ist hier für die Interviewpartnerinnen also auch von der spannungsreichen Erkenntnis geprägt, dass der Versuch einer vollständigen Wiederherstellung des Vorher-Zustands nicht gelingen kann. Denn: „Das Individuum kann zwar wieder seinen alten Platz im sozialen Gefüge einnehmen, doch markiert die Erfahrung von Krankheit und Krankheitsbewältigung auf der Ebene des Selbstkonzepts ebenso wie in der Wahrnehmung durch die soziale Umwelt Veränderungen von gewisser Dauerhaftigkeit“ (Wingenfeld 2009: 99).

Das Vergleichen der „neuen“ und „alten“ Normalität ist dabei als dynamischer, langanhaltender Prozess und nicht als singuläres Ereignis zu verstehen. Verunsicherung und Verlust Erfahrungen können hier, dem Transitionsverständnis von Selder (1989) folgend, wesentliche Bestandteile des Übergangsprozesses sein, die wiederum durchaus zu einer (temporären) Orientierungslosigkeit und (psychosozialen) Lähmung führen können (vgl. dazu Selder 1989, zit.nach Wingenfeld 2005: 164).¹⁶⁸ Die Strategien, derer sich die Betroffenen zur Überwindung der Unsicherheit bedienen können, enthalten dabei aber eben „sowohl eine Rückschau in die abgeschlossene Vergangenheit als auch eine Vorschau in die offene Zukunft“ (Meitzler 2011: 87). Doch eben jene vergangenheitsbezogenen Anteile der Normalisierungsstrategie sind insofern als Schwierigkeit zu sehen, als dass die Alltagspraxen aus der vergangenen Normalität als Beurteilungsraster angewendet und bei diesen Vergleichen die bestehenden Spuren der Krebserkrankung von den Betroffenen meist in defizitärer Weise wahrgenommen werden. Hier drückt sich also auf subjektiver Ebene erneut die hohe normative Bedeutung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aus. Denn die Krankheitsspuren stehen zumeist für den erfahrenen Verlust von Kompetenzen und Fähigkeiten.

Dabei sind biologische Vergänglichkeit und Unvorhersehbarkeit Aspekte, die auch unabhängig von einer Krebserkrankung als grundsätzliche Merkmale des

168 Der Originaltext von Selder (1989) war auch nach intensiven Bemühungen nicht in Gänze zugänglich, sodass für manche Ausschnitte auf einen Sekundärverweis mit bzw. nach Wingenfeld (2005) zurückgegriffen werden muss.

menschlichen Lebens gesehen werden können (vgl. Keil 2013: 126; Gerdes 1986). Auch das Vergleichen des eigenen körperlichen, emotionalen und sozialen Zustands mit den Erinnerungen an vergangene Zeiten ist kein Verhalten, das ausschließlich Menschen mit einer Krebserkrankung zeigen. Im Falle der Krebsbetroffenen ist es aber gerade die durch die Diagnose ausgelöste Krise und der Schock, eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung zu haben, die den Betroffenen die bisherig gelebte Illusion von Vorhersehbarkeit (vgl. dazu Gerdes 1986) und Normalität aufzeigt:

„Tatsächlich weiß der normale Mensch von seiner Normalität ja einzig in einer Welt, in der niemand normal ist. [...] Der normale Mensch bedarf also – damit er sich für normal halten und auch so nennen kann – wenn nicht des Vorgeschmacks der Krankheit, so doch ihres Schlagschattens“ (Canguilhem 1974: 201).

Die Krebsbetroffenen leben im Alltag also ständig mit der unmittelbar erfahrenen Erkenntnis, wie fragil das menschliche Leben und die Normalität ist, während Menschen ohne diese Art existenzieller Alltagserschütterung – trotz des Wissens um die grundsätzliche Endlichkeit des menschlichen Lebens – eine trügerischere Sicherheit und Stabilität ihres Alltags annehmen. Der Prozess der Suche nach Normalität kann also nur vor dem Hintergrund der vorher erschütterten Normalität als solcher festgestellt und bewertet werden.

Die hier sichtbar gemachte Widersprüchlichkeit dieses Prozesses lässt auch das enorme Spannungsfeld auf der subjektiven Ebene deutlicher hervortreten. An diesem Punkt soll daher auf die besondere Relevanz des sozialen Umfelds für das Voranschreiten der Suche nach Normalität eingegangen werden.

6.3 Soziale Komponente

Das soziale Umfeld, das zur „alten“ und „neuen“ bzw. „aktuellen“ Normalität gehört, hat eine wesentliche Bedeutung für den Verlauf der Suche nach Normalität. Denn „Übergänger sind keine einsamen Wanderer zwischen in sich stabilen sozialen Welten. Transitionen sind soziale Prozesse, die Veränderungen in bestehenden Beziehungsgefügen implizieren“ (Welzer 1993a: 146). Die soziale Vernetzung im Kollegium, die Qualität des kommunikativen Austauschs und die an den individuellen Zustand der Betroffenen angepassten Absprachen mit Kolleg:innen (und Vorgesetzten) bezüglich Arbeitszeit, -organisation und -aufgaben sind wichtige Aspekte für den Verlauf des Suchprozesses. Dabei hat die krankheitsbedingte mehrmonatige Abwesenheit der Betroffenen nachvollziehbarerweise auch die soziale Dynamik des Kollegiums verändert, sodass die Rückkehr der Betroffenen in den leistungsbezogenen Kontext des Arbeitsplatzes eine spezifische soziale Komponente aufweist.

Die Eingliederung scheint eine, wenngleich sich in der existenziellen Krankheitserfahrung markant unterscheidende, dennoch gemeinsam verunsichernde und zu bewältigende Situation zu sein – wenngleich das soziale Umfeld nicht zuletzt auch ein besonderer Bestandteil der „alten“ Normalität ist und immer wieder auf eben diese Normalität als Referenzfolie verweist. „While illnesses are suffered by individuals, the real causes and cures can often lie in the social context in which people live and work“ (Germov 2009b: XV). Das soziale Umfeld kann hier ein großes Maß an Schutz und Sicherheit spenden, sodass die Erkrankung als „gemeinsames Schicksal“ (Filipp/Aymanns 2010: 214) bewältigt wird. Der Stellenwert des sozialen Umfelds geht dabei aus verschiedenen theoretischen Modellen und Ansätzen hervor. Bei Corbin/Strauss (1993) geht es im Kern ihres Trajektkonzepts darum, die innerhalb der drei Arbeitslinien anfallenden Aufgaben in Interaktion zwischen der erkrankten Person und dem Partner*in zu organisieren bzw. koordinieren. Auch bei Gerhardt (1986) und Bury (2009) spielt soziale Unterstützung, vor allem durch Partner*in und Familie, eine wichtige Rolle. Schönberger/Kardorff (2004) heben dabei explizit die Belastungen hervor, die die Krebserkrankung auch für nahestehende Angehörige bedeutet und in welchem Maße die Krankheit auch das Leben des Umfelds prägt.

Versteht man nun also die (gelungene wie auch misslungene) berufliche Rückkehr grundsätzlich als Produkt eines sozial-interaktiven Prozesses zwischen den Betroffenen und ihren Kolleg:innen, ist wichtig, dass die Todes-Assoziationen mit dem Krebs den sozialen Austausch und auch die Bereitschaft der Betroffenen, ihre Erkrankung und krankheitsbedingte Einschränkungen anzusprechen, erheblich hemmen können.

„Zwar gäbe es im Leben Situationen, in denen man aus der Beobachtung anderer Menschen und ggf. aus dem Teilen ihres Leids etwas über den Umgang mit kritischen Lebensereignissen erfahren könnte. Doch gibt es eindrucksvolle Belege dafür, dass Menschen den Umgang mit anderen, die sich einer solchen Lage befinden, gerade nicht aktiv aufsuchen, ja vielmehr häufig zu vermeiden trachten“ (Filipp/Aymanns 2010: 125).

Die Tabuisierung von Themen wie Sterben, Tod und Leid begünstigt hier das Risiko einer Stigmatisierung von Krebsbetroffenen. Dies ist insofern problematisch, als dass dabei die sinkende Mortalitätsrate des Krebses dabei kaum berücksichtigt wird und dem Kontakt mit Betroffenen – gewissermaßen als „Stellvertreter:innen“ dieser Erkrankung – nach wie vor etwas Unbehagliches anzuhängen scheint. Für den interpersonalen Austausch gehen die interviewten Betroffenen dabei also in unterschiedlicher Ausprägung in eine Art kommunikative Vorleistung, indem sie den Kontakt zu den Kolleg:innen mitunter aktiv suchen und initiieren. Diese Kontaktaufnahmen sind insofern anforderungsreich, als dass sie den Betroffenen eine Auskunft mit starkem selbst-reflexivem Bezug hinsichtlich

der Frage „Sehe ich mich gerade als noch krank oder schon wieder gesund?“ abverlangen – eine Frage, die sich die Betroffenen in dieser Situation kaum selbst beantworten können.¹⁶⁹ Hinzu kommt, dass die Betroffenen hier auch gefordert sind, abzuwägen, welche „Art“ von Normalität sie für das Umfeld erzeugen: Sprechen sie über die Erkrankung, deren Spuren sie im Alltag – für die anderen oft kaum bzw. nicht sichtbar¹⁷⁰ – immer wieder spüren und rufen damit möglicherweise Hemmungen oder gar eine Vermeidung der Anderen hervor? Oder betonen die Betroffenen eher die Kompetenzen, die sie wiedererlangt haben bzw. wiedererlangen und fördern damit langfristig unter Umständen den für sie selbst problematischen Eindruck, es sei alles wie vorher? Es liegt dabei zu großen Teilen in ihrer Verantwortung, die Krebserkrankung als Gesprächsthema zu dosieren und dabei die möglichen Ängste des Gegenübers „mitzudenken“ und eventuelle Spannungen auszutarieren.

Gleichzeitig wird den Betroffenen während dieses Prozesses auch bewusst, welche Anstrengung¹⁷¹ in der Suche nach Normalität, dem Bemühen und Modellieren, liegt. Dieser Aspekt ist in bisherigen Modellen zur Krankheitsbewältigung bzw. in der Übergangsforschung allerdings kaum berücksichtigt worden. Am Rande hebt Amelang (2014) in ihrer Dissertation zur Produktion von Alltag und Normalität nach einer Organtransplantation die gesellschaftspolitische Relevanz des Sichtbarmachens dieser Normalitätsbemühungen als „Arbeit“ hervor und greift hier den Terminus sowie das dahinterliegende Verständnis von Krankheitsbewältigung nach Corbin/Strauss (1993) auf (vgl. Amelang 2014: 236 f.; Corbin/Strauss 1993).¹⁷² Bei Gerhardt (1986) deutet sich dieser Aspekt in einer (mehr oder weniger) stabilen (materiell-finanziellen) Existenzsicherung an, die chronisch Erkrankte trotz des zeitlich offenen Krankheitsverlaufs mit unvorhersehbaren Wendepunkten herstellen können. Sie bezeichnet diese Leistung als „Nicht-Kippen“ (Gerhardt 1986: 318) angesichts der ständigen Umkipppgefahr (vgl. Gerhardt 1986: 318). Zudem deutet sich in der Relevanz des sozialen Umfelds für den Verlauf der Suche nach Normalität auch ein Wunsch der Betroffenen nach sozialer Anerkennung eben dieses anstrengenden Bemühens als Leistung und der erlebten Krebserkrankung insgesamt als einer spezifischen,

169 Siehe Abschnitt 5.3.7.

170 Hier tritt ein weiteres Paradoxon zutage: Denn einerseits ist die Erkrankung für das Umfeld ab einem gewissen Punkt nicht (mehr) sichtbar und trotzdem trägt die Krankheit andererseits das Risiko in sich, in den Momenten, in denen sie thematisiert wird, eine Hemmung bzw. Vermeidung zu erzeugen.

171 Siehe dazu auch das Konzept des „burden of normality“ von Wilson et al. (2001), das eine radikale körperliche Gesundung nicht per se als Erleichterung für die Betroffenen versteht, sondern darin vor allem die Aufgabe einer komplexen Rekonzeptualisierung der Identität sieht.

172 Bei Amelang (2014) lassen sich dabei ebenfalls Hinweise auf eine Betrachtung des Alltags nach einer Organtransplantation als entweder anhaltenden oder temporären Schwellenzustand finden (vgl. Amelang 2014: 231 f.).

biografischen Besonderheit an. „Neben die Bemühungen der Anpassung an Normalitätsvorstellungen der sozialen Umwelt gesellen sich Forderungen nach Anerkennung der durch chronische Krankheit verursachten Andersartigkeit gegenüber Gesunden als Normalität“ (Borgetto 2016: 377). Dieses Anerkennungsbedürfnis¹⁷³ hat dabei wiederum etwas höchst Paradoxes, da es im Widerspruch zum ebenfalls existierenden Wunsch der Betroffenen nach einer krankheitsfernen Normalität steht.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Austarieren des komplexen Konglomerats an Anforderungen aus den Bereichen „Beruf“ und „Erkrankung“ die Suche nach Normalität zu einem *ambivalenten Prozess* macht. Damit ist gemeint, dass die Suche widersprüchlich, unstetig und für die Frauen angesichts ihres Wunsches nach Routine und Stabilität sehr belastend ist. Denn es geht dabei um den partiellen, schmerzhaften Abschied von der „alten“ Normalität und einem anstrengenden Bemühen um eine „neue“ Normalität – allerdings in den Strukturen des „alten“ Alltags.

Es ist insgesamt sichtbar geworden, dass nicht nur in der Diagnosesituation etwas Krisenhaftes steckt. Auch in der beruflichen Rückkehr deutet sich ein nicht unproblematischer Übergang innerhalb der Krankheitsverlaufs an. Dieser Übergang ist dabei mit anderen gesellschaftlichen Assoziationen verbunden als es bei der Krebsdiagnose als krisenhafte Erschütterung in der (Erwerbs-)Biografie der Fall ist. Die Rückkehr in den Beruf und die damit verbundene formale Gesundheitschreibung sind deutlich positiv konnotiert. Die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit steht dabei gesellschaftlich für die Überwindung der Krankheit. Dennoch ist auf subjektiver Ebene auch die berufliche Rückkehr von krisenhaften Momenten geprägt: So wird immer wieder auf die erlebte Erschütterung der Normalität rekurriert, indem die Betroffenen im täglichen Beobachten und Reflektieren eine Diskrepanz zwischen der „alten“ Normalität und dem derzeitigen Normalitätsentwurf feststellen sowie das normativ aufgeladene Verständnis von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit den oftmals als defizitär erlebten Leistungseinschränkungen gegenübersteht. Gerade an der Schwelle zur Rückkehr in eine vermeintlich „alte“ Normalität, also scheinbar ohne objektiven Richtungswechsel (vgl. dazu Wingenfeld 2009: 99), erleben die Betroffenen immer wieder und unvorhersehbar auch noch Wochen nach Abschluss der institutionell klar abgesteckten Eingliederungszeit die immense Fragilität, die in der sich nach und nach herstellenden Routine und vorsichtigen Normalisierung des Alltags enthalten ist. Im Prozess

173 Williams (2000) und Bury (2002) verstehen dieses Bedürfnis als ein spezifisches Phänomen der postmodernen Gesellschaft. Denn: „Life in late modernity [...] (is) a never-ending cycle of biographical appraisals, revisions and improvements, health related or otherwise“ (Williams 2000: 61). Erkrankungen werden demnach nicht mehr zwangsläufig als Zäsur verstanden, sondern immer mehr als Ereignis, dessen Bewältigung unter den Gesichtspunkten von persönlichem Wachstum und Entwicklung gesehen werden kann (vgl. Bury 2002: 16).

des Passierens dieses offenen Schwellenzustands (vgl. Turner 2005: 95) erleben sich die Betroffenen damit weder als „krank“ noch als „gesund“.

6.4 Ergänzende analytische Verortung

Die vorliegende Dissertation betrachtet gezielt die verdichtete Phase der beruflichen Rückkehr und unterscheidet sich damit von den bisherigen soziologischen Auseinandersetzungen mit dem Themenkomplex rund um Krankheit und Beruf. Anknüpfungspunkte lassen sich hier am ehesten in Modellen zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen finden. Dabei fällt auf, dass die in der vorliegenden Dissertation betrachtete Phase der beruflichen Rückkehr mit einem Umfang von einigen Wochen im Vergleich zur Langzeitperspektive dieser Bewältigungsmodelle vergleichsweise kurz ausfällt.

Modelle wie zum Beispiel das Trajekt-Modell von Corbin/Strauss (1993) oder die Patientenkarriere nach Gerhardt (1986) betrachten den Umgang mit einer chronischen Erkrankung in einem größeren (Zeit-)Verlauf und arbeiten dabei jeweils spezifische Bewältigungsdimensionen heraus. Die spezifische Phase der beruflichen Rückkehr lässt sich dabei in einer allgemeineren Phase der Re-Normalisierung nach einer/der akuten Krankheitsphase verorten (vgl. dazu u. a. Schaeffer/Haslbeck 2016; Corbin/Strauss 1993). Die Re-Normalisierungsphase meint, dass die hier anfallenden Aufgaben wieder näher an eine Idee von „Alltag“ und „Normalität“ heranreichen als die krankheitsbedingten Anforderungen während der Akutphase. Gleichzeitig wird die sich einstellende, vorsichtige Normalität aber noch in entscheidendem Maße von den Ereignissen der vergangenen Monate geprägt.

Im Trajekt-Modell von Corbin/Strauss (1993) werden chronische Erkrankungen prozesshaft bewältigt, da die Chronizität immer wieder einen spezifischen Umgang erforderlich macht. „Die Gesamtheit der Bedingungen, unter denen der Betroffene mit seiner Krankheit in der Familie umgeht, kreist um zwei Phänomene: um die prozeßhafte Struktur des Alltags und das Wechselspiel von Krankheit und Biografie“ (Corbin/Strauss 1993: 78). Die Dynamik und Unstetigkeit, die mit diesem prozesshaften Wechselspiel einhergehen, lassen sich auch als wesentliche Merkmale der Suche nach Normalität erkennen, die in der vorliegenden Dissertation als Kernthematik herausgefiltert worden ist. Die Bewältigung der chronischen Erkrankung findet laut Corbin/Strauss (1993) in drei verschiedenen Arbeitslinien statt: krankheitsbezogene Arbeit, biographische Arbeit und Alltagsarbeit (vgl. Corbin/Strauss 1993: 76 f.). Auffallend ist dabei, dass der langfristige Umgang mit einer chronischen Erkrankung insgesamt als „Arbeit“ bezeichnet wird, aber eine nähere Auseinandersetzung mit der spezifischen Situation von Erkrankten, die im Zuge der Bewältigung die *Erwerbsarbeit* wiederaufnehmen, nicht stattfindet. Die Wiederaufnahme der beruflichen

Tätigkeit wird lediglich der Arbeitslinie „Alltagsarbeit“ zugeordnet (vgl. Corbin/Strauss 1993: 76 f.).

Im Konzept der Patienten- bzw. Krankenkariere von Gerhardt (1986, 1976) wiederum spielt die berufliche Dimension bei der Bewältigung einer chronischen Erkrankung durchaus eine wesentliche Rolle. Denn der Krankheitsfall löst Gerhardt (1976) zufolge die Patienten- bzw. Krankenkariere als „ein Prozeß der relativen Bewältigung (des) existenzbedrohenden Risikos“ (Gerhardt 1976: 222) aus. Im Kern des Konzepts geht es um die Frage, inwiefern erkrankte Menschen trotz einer chronischen Erkrankung eine stabile „bürgerlichen Existenz“ (Gerhardt 1986: 62) wiedererlangen. Denn chronische Erkrankungen sind tendenziell ungeschlossen und bergen das Risiko immer wieder neu einsetzender Krankheitsepisoden. Diese grundsätzlich offene Zeitstruktur, die Gerhardt (1976, 1986) im Erkrankungsverlauf sieht, spiegelt sich auch in der Unvorhersehbarkeit und Ungewissheit der Normalitätssuche der interviewten Frauen wider. Allerdings ist die Perspektive dabei auf chronisch erkrankte Männer bzw. Familienväter zugeschnitten (vgl. Gerhardt 1986) und bietet in diesem Punkt daher nur begrenzt Anknüpfungsmöglichkeiten für die Thematik der vorliegenden Dissertation.

Insgesamt ist es überraschend, dass die Erwerbstätigkeit zum einen eher randständig als einer von vielen Bereichen für die Re-Normalisierung in der Bewältigung einer (chronischen) Erkrankung erwähnt wird und zum anderen bisher keine differenzierte Betrachtung des spezifischen Übergangs zwischen den sozialen Positionen als „Erkrankte:r“ und „Arbeitnehmer:in“ vorgenommen worden ist. Denn die Erwerbsarbeit ist ein wesentlicher Lebensbereich. Und aus beiden skizzierten Modellen geht hervor, wie prozesshaft, unvorhersehbar, unzeitig der alltägliche Umgang mit einer chronischen Erkrankung ist und – insbesondere vor dem Hintergrund der existenzsichernden Erwerbsarbeit – auch belastend sein muss.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Dissertation hat sich aus einer soziologischen Perspektive mit der Frage auseinandergesetzt, wie Brustkrebsbetroffene ihre berufliche Rückkehr angesichts der gerade bei einer Krebserkrankung oft monatelang andauernden Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsphase erleben.

Aus der bisherigen Forschung, die u. a. in den Disziplinen der Medizin und Onkologie, Psychologie und Psychoonkologie, Pädagogik, Gesundheitswissenschaften sowie Sozialmedizin stattfindet, ist die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der Rückkehrphase hervor gegangen (vgl. dazu u. a. Mehner 2011a, 2011b; Delbrück 2003; Petzet 2000; Kennedy et al. 2007). Denn immer mehr Menschen leben derzeit mit einer Krebserkrankung und/oder gelten als Langzeitüberlebende. Dabei wächst auch die Gruppe der erwerbstätigen Krebskranken, für die es nach der medizinischen Behandlung um die Rückkehr in einen wesentlichen gesellschaftlichen und persönlichen Bereich geht (vgl. RKI 2016; Schilling et al. 2014). Die sensible, normativ aufgeladene Beschaffenheit dieser Phase, die durch den hohen gesellschaftlichen Stellenwert des Ausübens einer Erwerbstätigkeit geprägt wird, wurde bisher soziologisch allerdings kaum betrachtet.

Im Rahmen eines qualitativen Längsschnitts sind daher zehn Brustkrebsbetroffene über einen Zeitraum von elf Monaten in ihrem Verlassen der Rehabilitationsklinik und der Wiederaufnahme ihrer Erwerbstätigkeiten begleitet worden. Die empirische Kernthematik im Erleben der zehn Interviewpartnerinnen ist als eine Suche nach Normalität herausgearbeitet worden. Dieser subjektive Suchprozess lässt sich als ambivalent, anforderungsreich, sozial bedingt bzw. eingebettet, mitunter turbulent und unstet sowie in seinem Verlauf unvorhersehbar und dadurch für die Betroffenen mit Unsicherheiten verbunden charakterisieren. Denn während dieses Prozesses stellen die Betroffenen immer wieder die Diskrepanz zwischen der „alten“ Normalität und den derzeitigen Normalitätsentwürfen fest.

Im Unterschied zum formalen Status erleben sich die Betroffenen in dieser Phase als weder krank noch gesund (Dazwischen-Status). Im (Arbeits-)Alltag vollzieht sich die Suche nach Normalität über ein stetiges, selbst-reflexives Beobachten und Abgleichen der eigenen körperlichen, psychischen, kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der psychosozialen Situation mit den Erinnerungen an die „alte“ Normalität. Leistungseinschränkungen werden dabei eigenverantwortlich behandelt und der Anspruch, die Arbeitstätigkeit möglichst bald wieder ohne Einbußen ausüben zu können, geht aus dem empirischen Material klar hervor. Denn in den überwiegenden Fällen hatten die Kolleg:innen die Aufgaben der Betroffenen in den Monaten deren Arbeitsunfähigkeit übernommen bzw. übernehmen müssen.

Die Krebserkrankung als potenzielles Gesprächsthema im Austausch mit Kolleg:innen ist aufgrund der anhaltenden Mystifizierung des Krebses (vgl. dazu Sonntag 1996) höchst anforderungsreich und erfordert von den Betroffenen nicht nur ein hohes Maß an kommunikativen sowie sozialen Fähigkeiten (Soziale Irritation), sondern auch eine selbstreflexive Auskunft darüber, inwiefern sie sich als krank oder gesund sehen. Dabei werden die Betroffenen immer wieder auf ihren Dazwischen-Status gestoßen. Der eigenverantwortliche Umgang mit den Leistungseinschränkungen befeuert im Verlauf des Rückkehrprozesses wiederum einen Zwiespalt, in dem sich die Betroffenen bezüglich der abnehmenden äußerlichen Sichtbarkeit ihrer Erkrankung bei gleichzeitig subjektiv deutlich spürbaren Krankheitsspuren befinden: für das soziale Umfeld scheint die „alte“ Normalität ab einem gewissen Punkt wiederhergestellt zu sein (Unsichtbarkeit), während die Betroffenen im Austarieren der Diskrepanzen zwischen der „alten“ und „aktuellen“ Normalität nach einer „neuen“ Normalität suchen. Dabei werden sie immer wieder auf die Fragilität ihrer Normalitätswürfe zurückgeworfen. Denn die Krankheitsspuren erinnern dabei an die einst durch die Diagnose erschütterte Normalität (Unvorhersehbarkeit).

7.1 Schlussfolgerungen für die (soziologische) Forschung

Für eine differenzierte soziologische Auseinandersetzung mit der beruflichen Rückkehr nach einer (Brust-)Krebserkrankung bieten sich diverse Anknüpfungspunkte an, die im Folgenden entlang dreier Ergebnisse diskutiert werden sollen.

Berufliche Eingliederung als Schwellenzustand | Die Suche nach Normalität ist als überaus ambivalenter Prozess herausgearbeitet worden, der die Rückkehr in die Erwerbsarbeit nach der medizinischen Behandlung und Rehabilitation einer Krebserkrankung erschwert. Das Verständnis dieser Phase als unbestimmt und ambivalent steht damit in Kontrast zur institutionell verankerten, klaren Zuordnung in „krank“ und „gesund“. Der Gesundenstatus gilt bei einer Erkrankung nach wie vor als der Normalzustand, den es wiederzuerlangen gilt. Die interviewten Krebsbetroffenen lassen sich im Prozess ihrer beruflichen Rückkehr aber gerade keinem klaren Zustand zuordnen, sondern wirken vielmehr wie „Passierende“ (Turner 2005: 94). Woran es aktuell fehlt und wofür die vorliegende Dissertation wichtige Anhaltspunkte gibt, ist eine systematische Auseinandersetzung mit der beruflichen Rückkehr unter dem Gesichtspunkt, dass diese Phase in Anlehnung an Turner (2005) als liminaler Schwellenzustand verstanden werden kann (vgl. Turner 2005). Zugleich impliziert die Bezeichnung als Schwellenzustand – trotz der Betonung der Unbestimmtheit – auch ein daran anknüpfendes Ankommen in einem festen, stabilen Zustand. Um also den Bewegungsmoment noch stärker in den Fokus zu rücken, bedarf es hier eine differenzierte Auseinandersetzung mit

dem Aspekt der Unvorhersehbarkeit und der damit in Verbindung stehenden Unstetigkeit, Diskontinuität und Unsicherheit, wie sie sich beispielsweise in den Transformationsansätzen von Welzer (1990, 1993a, 1993b) und Selder (1989) andeuten.

Über das längsschnittliche Forschungsdesign ist darüber hinaus sichtbar gemacht worden, dass der subjektive Rückkehrprozess mit dem Ende der formal festgelegten Wiedereingliederungszeit nicht abgeschlossen ist. Spannend ist dabei die Frage, wie sich der ambivalente Charakter des Suchprozesses in einer zeitlich noch längeren Perspektive, zum Beispiel mehrere Jahre nach dem offiziellen Eingliederungsende, entwickelt. Diesbezüglich bedürfte es einer Ausdehnung der längsschnittlichen Erhebungsphase auf mehrere Jahre und eine Steigerung der Erhebungszeitpunkte, um auch die in der Dissertation als längerfristiges Modellieren von Normalität bezeichnete Phase in seinem Verlauf tiefergehend abbilden zu können. Dies wäre auch vor dem Hintergrund des Nachsorgezeitraums von 5 bis 10 Jahren (Fünfjahresüberlebensrate bzw. Zehnjahresüberlebensrate) spannend.

Hinzu kommt, dass durch die strukturelle Kopplung von „Gesundheit“ an „Arbeitsfähigkeit“ die Zuordnung in „gesund“ in höchstem Maße normativ geprägt ist. Dieses dichotome Verständnis von „Krankheit“ und „Gesundheit“ bedarf einer intensiven, kritischen Betrachtung unter dem Aspekt der Normativität. Denn so wie Kühn (2001) zufolge aus der normativ geprägten Debatte um Krankheitsursachen entsprechend Verantwortung im „doppelten Sinne von Schuld und Verhaltensverpflichtung“ (Kühn 2001: 12) abgeleitet wird, so entzündet auch die Normativität von Gesundheit (im Sinne von Arbeitsfähigkeit) als Zugang zur Erwerbssphäre ein Spannungsfeld. Denn „Krankheit“ ist – als das Gegenstück zur Gesundheit, die wiederum die „funktionale Voraussetzung für die Teilhabe am Erwerbsleben“ (Heckl et al. 1998: 326) ist – nach wie vor mit negativen Assoziationen belegt und wird primär als zu behobende Störung verstanden.

Das Spannungsfeld bildet sich dabei vor allem auf subjektiver Ebene ab, indem es vorwiegend in der Verantwortung der Betroffenen liegt, mit der Ambivalenz des Prozesses, also der Unvorhersehbarkeit, Unsicherheit und Unstetigkeit, umzugehen. So ist es die Aufgabe der Betroffenen selbst, das Reha-Wissen in ihren jeweiligen Alltag zu übertragen, anzupassen und diszipliniert kontinuierlich umzusetzen. Auch hinsichtlich der beruflichen Rückkehr sind die Erkrankten vor die Aufgabe gestellt, das Gelingen (oder Nicht-Gelingen) des Prozesses selbst zu beobachten, zu überprüfen und ggf. gestaltend einzugreifen. Laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) könne es zwar aufgrund der Individualität des Rückkehrprozesses kein standardisiertes Verfahren für die stufenweise Wiedereingliederung geben (vgl. BAR 2020: 27 und 82). Dabei ist der Gestaltungsspielraum für eine mögliche Entzerrung in besonderem Maße aber gerade auf struktureller Ebene zu sehen; konkret: im Aufweichen der Dichotomie von „Krankheit“ und „Gesundheit“ und der Normalisierung von Krankheit. Ähnlich wie im Ätiologie-Diskurs lässt sich auch hier die derzeitige Betonung

der Eigenverantwortung von Betroffenen problematisierend hervorheben (vgl. dazu auch Kickbusch 2006; Schmidt 2010). Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der als ambivalent erlebten subjektiven Suche nach Normalität kann dabei auch dazu beitragen, die Dichotomie von „Krankheit“ und „Gesundheit“ (praxisrelevant, siehe dazu auch den nächsten Abschnitt 7.2) zu entzerren.

Übertragbarkeit auf andere Erkrankungen | Prinzipiell lässt sich fragen, inwiefern die Suche nach Normalität nach einer Krebserkrankung auch auf die berufliche Rückkehr nach anderen Erkrankungen übertragbar ist.

So erscheinen auf den ersten Blick beispielsweise psychische Erkrankungen naheliegend. Denn die hierdurch verursachte Arbeitsunfähigkeitsdauer fällt vergleichbar lang wie die bei einer Krebserkrankung aus (vgl. dazu Knieps/Pfaff 2015: 95). Es ist also denkbar, dass die berufliche Wiedereingliederung nach einer solch weitreichenden Diagnose in besonderer Weise ebenfalls die Herstellung einer „neuen“ Normalität erfordert. Zudem wird die Erwerbsarbeit bei psychischen Erkrankungen auch unter dem Gesichtspunkt diskutiert, inwiefern sie „Ursache oder Bühne“ (Voswinkel 2017: 61) der Erkrankungen ist. Hieraus ergeben sich also durchaus plausible Anknüpfungspunkte dafür, die berufliche Rückkehr nach einer psychischen Erkrankung im Kontext der Suche nach Normalität zu betrachten.

Chronische Erkrankungen, deren Umgang ein langfristiges Modellieren von Normalität erforderlich macht – ebenso wie es sich in den Forschungsergebnissen der vorliegenden Dissertation für die Krebserkrankung zeigt – bieten hier ebenfalls wichtige Anhaltspunkte für die systematische Erforschung der beruflichen Rückkehr im Zuge einer generell durch Krankheit erschütterten Normalität.

Dabei ist allerdings anzunehmen, dass die Art der gesellschaftlichen Assoziationen mit der jeweiligen Erkrankung maßgeblich dafür von Bedeutung ist, inwiefern sich das soziale Umfeld von der Diagnose irritiert zeigt und bezüglich des beruflichen Eingliederungsprozesses für die Betroffenen eine unterstützende und/oder hemmende Funktion erfüllt. Und im Unterschied zu psychischen Erkrankungen und chronischen Krankheiten, wie Diabetes oder Asthma, lässt sich bezüglich der Krebserkrankung wegen der ungeklärten bzw. multikausalen Ätiologie nach wie vor eine problematische Mystifizierung erkennen.¹⁷⁴ So sind die gesellschaftlichen Assoziationen mit Krebs immer noch von heiklen Themen wie Tod, Sterben und Leid geprägt. Krebserkrankte haben hier also ein besonderes Stigmatisierungsrisiko. Dass eine solche Tabuisierung und Stigmatisierung von Krebsbetroffenen trotz sinkender Mortalitätsraten und einer medialen Präsenz der Erkrankung (vgl. dazu Seltrecht 2005) nach wie vor besteht, macht die soziale

174 Siehe dazu die Kapitel 2.3.2, 2.3.3 und 2.3.4.

Irritation, die der Befund und die Rückkehr der interviewten Brustkrebsbetroffenen in ihr Kollegium auslösen, sichtbar.¹⁷⁵

Auffallend ist, dass die Brust in ihrer Dimension als sexuell aufgeladenes Köperteil in den geführten Interviews kaum zur Sprache gekommen ist. Nur randständig wird die Scheu der Kolleg:innen, mit der Betroffenen über die Erkrankung der Brust zu sprechen, thematisiert. Die Folgen der Diagnose und Therapie für die Sexualbeziehung zu den Ehe- bzw. Lebenspartnern wird von den Interviewten ebenfalls höchstens nebensächlich erwähnt. Hier liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sich die angestrebte Trennung der Lebensbereiche „Erwerbsarbeit“ und „Krankheit“ auch in der kommunikativen Ausgestaltung der jeweiligen Leitfadenthemen durch die Betroffenen niederschlägt. Dabei wäre es interessant zu erforschen, inwiefern sich hier Unterschiede zu anderen Krebserkrankungen feststellen lassen. Also, inwiefern lässt sich eine solche Trennung der Lebensbereiche und das kommunikative Aussparen dieser (möglicherweise zu?) intimen Themen auch bei Personen zum Beispiel mit einer Erkrankung der Hoden und der Prostata feststellen?

Soziale Komponente | Der dritte Ansatzpunkt, der das soziologische Resümee abschließen soll, bezieht sich auf die Relevanz der sozialen Komponente innerhalb der Suche nach Normalität. Die Irritation, die nicht nur der medizinische Befund im sozialen Umfeld der Betroffenen auslöst, sondern auch die Rückkehr der Betroffenen in den leistungsgeprägten, beruflichen Kontext, ist für die Erkrankten höchst spannungsreich. Denn hier bildet sich die Tabuisierung der Krebserkrankung in einer konkreten Alltagssituation innerhalb einer normativ stark aufgeladenen Sphäre ab. Der mystifizierte Blick auf die Krebserkrankung und die gesellschaftlichen Assoziationen mit Leid und Sterben zeigt sich für die Betroffenen in dem Umgang ihres Umfelds mit ihnen: gesteigerte Fürsorglichkeit und „Kontrollanrufe“, aber auch Vermeiden von persönlichem Kontakt und/oder kommunikatives Aussparen der Krebserkrankung. Insbesondere in der Sphäre der Erwerbsarbeit lässt sich der Kontakt zu den Betroffenen als Mitglied des Kollegiums aber auf Dauer nicht vermeiden. Die Betroffenen wiederum können sich hier der erlebten sozialen Irritation kaum entziehen, denn weder können sie der Arbeit fernbleiben noch wollen sie die Arbeitsstelle wechseln.

Die Rückkehr an die Arbeit lässt die soziale Irritation also zu einer Angelegenheit werden, die eine Bewältigung unbedingt erforderlich macht und keinen Aufschub duldet. Die Aufgaben, die damit einhergehen, werden von den Betroffenen größtenteils eigenständig zu erfüllen versucht. Dabei macht die unmittelbare Betroffenheit der erkrankten Personen die subjektive Auseinandersetzung mit dieser Thematik zwar unabdingbar. Allerdings sind die Betroffenen dabei aktuell vor allem auf sich selbst gestellt, obwohl das soziale Umfeld hierbei

175 Siehe dazu die Abschnitte 5.1.3 und 5.3.8.

eine wesentliche Rolle spielt und überaus unterstützend wirken könnte. Die Betroffenen versuchen also zum einen, die spürbaren Leistungseinschränkungen eigenverantwortlich und für das Umfeld unauffällig zu bewältigen. Zum anderen wird der Kontakt zu den Kolleg:innen aktiv gesucht und die Thematisierung der Erkrankung mit Blick auf die möglichen Ängste des Gegenübers dosiert¹⁷⁶. Die Ankunft in dem Kolleg:innenkreis, zu dem während der monatelangen Abwesenheit unterschiedlich intensiv Kontakt gehalten wurde, ist dabei eine sozial immens verdichtete Situation. Die Betroffenen sind mit dem Zwiespalt konfrontiert, auf der einen Seite den äußerlichen Eindruck einer wiederhergestellten „alten“ Normalität erwecken, fördern oder zumindest nicht zerstören zu wollen – die „alte“ Normalität ist schließlich auch für die Betroffenen selbst eine wesentliche Referenzfolie zur Beurteilung der „aktuellen“ Normalität. Auf der anderen Seite spüren die Betroffenen im Unterschied zu ihrem Umfeld aber immer wieder deutlich, dass es die „alte“ Normalität von vor der Diagnose nicht mehr gibt und unklar, ja unvorhersehbar ist, inwiefern die „neue“ Normalität Teile der „alten“ Normalität enthalten kann.

Das soziale Umfeld prägt dabei die Suche der Betroffenen nach Normalität insofern, als dass es Bestandteil der „alten“ Normalität ist und somit immer wieder (implizit und explizit) auf die Strukturen der „alten“ Normalität verweist. Anzuerkennen und darüber zu sprechen, dass es diese „alte“ Normalität krankheitsbedingt nicht mehr gibt, würde für die Betroffenen sicher eine immense Belastung bedeuten. Denn es ist zu schlussfolgern, dass eine solche Thematisierung der nun krankheitsgeprägten Normalität vor dem Hintergrund der gesellschaftlich vorherrschenden Dichotomie von Krankheit und Gesundheit eher als eine besondere Herausstellung der Erkrankung, noch dazu der mystifizierten Krebserkrankung, verstanden werden könnte. Für die Betroffenen kann dies problematisch werden, weil es die ohnehin spürbare Diskrepanz zur „alten“ Normalität zusätzlich befeuert.

Allerdings steht auch die Frage im Raum, inwiefern nicht bereits die Suche nach Normalität weniger als Übergangsprozess und Überwindung des aktuellen Zustands, sondern als „neue“ Normalität verstanden werden muss. Die enorme Komplexität, die sich aus der sozialen Einbettung der Suche nach Normalität ergibt, bedarf dabei einer weiteren differenzierten Erforschung.

7.2 Schlussfolgerungen für die Praxis

Im Hinblick auf die Frage, welche Themen unter praxisrelevanten Gesichtspunkten eine intensivere Auseinandersetzung erfordern, werden im Folgenden drei Anknüpfungspunkte diskutiert.

176 Siehe dazu die verschiedenen Abschnitte in Kapitel 5.3.

Institutioneller „Passierenden“-Zustand | Ein Dilemma der Betroffenen ist darin zu sehen, dass der prinzipiell unvorhersehbare, turbulente, unstete Prozess innerhalb eines zeitlich sehr begrenzten und klar abgesteckten Rahmens stattfindet. In den Fällen der vorliegenden Dissertation ist ein Zeitraum von sechs Wochen nicht überschritten worden. Laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) können zwar bis zu sechs Monate für die berufliche Rückkehr im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (StW) genutzt werden (vgl. BAR 2020: 82). Doch diese Zeitspanne würde für die Betroffenen eine entsprechend lange Fortsetzung des Bezugs der finanziellen Ersatzleistungen bedeuten. Da die Betroffenen aber zum Zeitpunkt des Reha-Abschlusses diese anteilig ausgezahlten Leistungen bereits seit mehreren Monaten beziehen, zeichnen sich durch diese monatelangen finanziellen Einbußen im Verlauf (der Interviews) zunehmend existenzielle Ängste ab. Hinzu kommt, dass sich die Betroffenen immer weniger als „krank“ erleben – zumindest nicht in dem Maß wie in den Krankheitsphasen zuvor.¹⁷⁷

Auch das soziale Umfeld konfrontiert die Betroffenen im Zuge der Eingliederungsphase mit seinem Eindruck, dass die „alte“ Normalität wiederhergestellt sei – zudem das soziale Umfeld auch Teil dieser „alten“ Normalität ist bzw. sein will. Die Legitimationsgrundlage für den Krankenstatus, und damit auch für das Beziehen dieser Ersatzleistungen, zerfasert also. Diese Gegebenheiten verstärken das Streben der Betroffenen nach einer baldigen, abgeschlossenen Rückkehr in den Beruf in besonderem Maße. Zweifelsohne erleben die Betroffenen die Aussicht auf den Kontakt zu den Kolleg:innen, die Strukturierung des Tages und die Auseinandersetzung mit Arbeitsinhalten auch als positiv. Dass die Zeitspanne, die für die berufliche Eingliederung eingeplant wird, allerdings so kurz ausfällt, hat für die Betroffenen eine enorme Verdichtung dieses ohnehin kräftezehrenden Prozesses zur Folge. In problematischer Weise ist es also vor allem der formale Abschluss der beruflichen Eingliederung, den die Betroffenen angesichts der daran gekoppelten Existenzsicherung als Erleichterung bewerten.

Die Anforderung, die berufliche Rückkehr gelingend zu meistern, um nach der monatelangen Arbeitsunfähigkeit den formalen Status der Arbeitsfähigkeit (und Gesundheit) sowie die damit verbundenen existenziellen Absicherungen wieder zu erlangen, ist für die Betroffenen als Subtext allgegenwärtig. Denn andere Optionen, wie zum Beispiel eine (temporäre) geminderte Erwerbsfähigkeit oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für eine berufliche Umschulung, bedürfen zum einen eines spezifischen Beantragungs- und Begutachtungsprozederes sowie zum anderen ebenfalls des fortgesetzten Bezugs von finanziellen Ersatzleistungen.¹⁷⁸ Diese formal zur Verfügung stehenden Alternativen

177 Was aber nicht bedeutet, dass sie sich im Umkehrschluss als „gesund“ sehen, sondern in einem unbestimmten „dazwischen“-Zustand.

178 Die Auszahlung dieser Ersatzleistungen ist darüber hinaus zeitlich begrenzt.

werden von den Betroffenen also kaum als *tatsächliche* Alternativen erlebt, was die Notwendigkeit für das Gelingen der beruflichen Rückkehr verstärkt. Es ist daher essentiell, die institutionalisierte Statussicherung des Krankenzustands (vgl. dazu zum Beispiel Behrens/Dreyer-Tümmel 1996) – insbesondere im Fall von chronischen Erkrankungen wie dem Krebs – auch über einen längeren Zeitraum sicherzustellen, um Erkrankungen (in ihrem Auftreten und Bestehen) den Charakter eines potenziell existenzbedrohlichen Zustands zu nehmen. Vor diesem Hintergrund sehe ich es als eine sinnvolle Möglichkeit an, die Betroffenen während der beruflichen Eingliederung nicht als Kranke, sondern als „Passierende“ (Turner 2005: 94) zu betrachten. Ein Schritt auf dem Weg, die institutionalisierte Dichotomie von „Krankheit“ und „Gesundheit“ – und die darin liegende Unzulänglichkeit der Zuordnung der Betroffenen – aufzuweichen, könnte es sein, strukturell (zunächst¹⁷⁹) einen dritten Zustand – im Sinne des „betwixt-and-between“ (Turner 1964) – zu bilden.¹⁸⁰ Im Hinblick auf die Konzeptualisierung einer solchen dritten Kategorie ist der Aspekt der Statussicherung in seiner Relevanz in besonderem Maße hervorzuheben.

Sensibilisierung des sozialen Umfelds und der Öffentlichkeit | Ein wesentlicher Schritt, um die Krebserkrankung (weiter) zu entmystifizieren und Betroffene langfristig vom Stigma eines gehemmt gelebten Lebens und eines leidvollen Todes (vgl. dazu u. a. Sontag 1996) zu lösen, ist eine intensive Aufklärungsarbeit. Dabei geht es weniger um psychoedukative Interventionen für Erkrankte selbst, sondern vielmehr um die zielgerichtete Sensibilisierung des sozialen Umfelds im privaten und beruflichen Bereich. Um gerade im leistungsgeprägten betrieblichen Kontext einer (zusätzlichen) Stigmatisierung von Erkrankten vorzubeugen, sollte die Aufklärung über die Erkrankung und ihre komplexen (körperlichen, psychischen, emotionalen, sozialen, finanziellen) Folgen unabhängig vom Auftreten eines Krankheitsfalls vorangetrieben werden. Es geht hier darum, ein größeres Bewusstsein für den besonderen Stellenwert zu schaffen, den das soziale Umfeld für die Bewältigung der Krankheitsfolgen und die Suche der Betroffenen nach (beruflicher) Normalität hat. Die durch die Aufklärungsarbeit gewonnene

179 Perspektivisch bräuchte es möglicherweise eine weitere Kategorie, die die Langzeitbetroffenheit bei chronischen Erkrankungen angemessen abdeckt.

180 Dieser Vorschlag mag paradox wirken, da er mit einer weiteren Zustandsbildung zwar die Dichotomie aufzuweichen im Stande ist, aber die Auffassung von „Krankheit“ und „Gesundheit“ sowie einem „Dazwischen“ als feste, stabile Zustände nicht aufgebrochen wird. Meines Erachtens bedarf dieses Aufweichen allerdings eines langfristigen Prozesses und kann nur sukzessive geschehen. Insofern steht dieser Vorschlag nicht dem wissenschaftlichen Fazit gegenüber, das Bewegungsmoment des „dazwischen“-Zustands soziologisch intensiver zu beforschen. Vielmehr wird hier auf die Vielfältigkeit der Thematik abgezielt und soll so zu einer ganzheitlichen Betrachtung der beruflichen Rückkehr von Brustkrebsbetroffenen beitragen.

Transparenz wiederum könnte langfristig gesehen die passenden Rahmenbedingungen für eine gemeinsame, also von Betroffenen und sozialem Umfeld geführte, Auseinandersetzung mit der Erkrankung schaffen.

Für eine breite öffentliche Aufklärung bieten prominente, langfristig angelegte Initiativen wie die „Nationale Dekade gegen den Krebs“ ein enormes Potential – nicht nur zum Zweck der weiteren Erforschung dieser komplexen Erkrankung, sondern auch als Plattform für die Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Förderung eines konstruktiven Austauschs über den Krebs als das, was er ist: eine zu behandelnde Krankheit. Wie die vorliegende Dissertation gezeigt hat, sollten hierbei allerdings zukünftig die soziale Dimension der Krebserkrankung und die soziologische Perspektive als „second opinion“ (Germov 2009a) zur bisherigen (bio-)medizinischen Erforschung noch stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Individuelle Rückkehrbegleitung durch Rückkehrbeauftragte:n | In der beruflichen Eingliederung über eine stufenweise Wiedereingliederung (StW) ist darüber hinaus eine spezifische Schnittstellenproblematik enthalten. Denn diese Maßnahme wird im Fall der Zustimmung der Betroffenen von der Rehabilitationsklinik in die Wege geleitet und in Abstimmung mit den Betroffenen, dem Arbeitgeber und dem/der behandelnden Mediziner:in – und ggf. dem/der Betriebsarzt/Betriebsärztin – ein Wiedereingliederungsplan erstellt (vgl. BAR 2020: 48 f.). Doch die Flexibilität, die die Unvorhersehbarkeit des Rückkehrprozesses erfordert, kann die Rehabilitationsklinik zum Zeitpunkt der Erstellung des Wiedereingliederungsplans kaum berücksichtigen. Im Unterschied zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), bei dem die Begleitung der Rückkehr „im Haus“ möglich ist, kann es bei der stufenweisen Wiedereingliederung diese Art von unmittelbarer, enger Betreuung durch die Rehabilitationsklinik also nicht geben.

Vor dem Hintergrund der Unbestimmtheit der beruflichen Rückkehr und der Individualität des jeweiligen Eingliederungsprozesses, welche die vorliegende Dissertation herausgearbeitet hat, erscheint eine intensive, institutionell fest verankerte Begleitung des Eingliederungsverlaufs im Prozess allerdings sinnvoll. Die Idee ist hier, dass eine feste Ansprechperson als eine Art Rückkehrbeauftragte:r fungiert und Erkrankte so im Prozess ihrer jeweiligen beruflichen Rückkehr stärker bzw. systematisierter als es bisher der Fall ist unterstützt. Es könnte eingedämmt werden, dass sich die aus dem Schnittstellencharakter der Eingliederungsmaßnahme erwachsenden Problematiken primär auf subjektiver Ebene abbilden, indem die/der Rückkehrbeauftragte:r diese Themen bündelt und koordiniert. Die Idee einer festen Ansprechperson ist dabei an Deck et al. (2009) angelehnt, die für die Begleitung der Reha-Nachsorge ebenfalls eine entsprechende Koordinationsstelle vorgeschlagen hatte. Dass es sinnvoll erscheint, eine solche Stelle für die Begleitung von Erkrankten in ihrer beruflichen Rückkehr in einem

Pilotprojekt zu erproben, dafür gibt die vorliegende Dissertation eine Reihe von Anhaltspunkten.

Insgesamt hat die vorliegende Dissertation die *Suche nach Normalität*, die Brustkrebserkrankte im Zuge ihrer beruflichen Rückkehr bewältigen, als ambivalenten und für die Betroffenen äußerst spannungsreichen Prozess sichtbar gemacht. Dieser tiefgehende Einblick in ein bisher unterbelichtetes Forschungsfeld bildet die komplexe Bewältigungsarbeit, die die Erkrankten während des Übergangs zurück in den Beruf leisten, differenziert ab. Es ist nun die Aufgabe einer Soziologie an der Schnittstelle von Arbeitssoziologie, Medizin- und Gesundheitssoziologie sowie der Rehabilitationssoziologie, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der beruflichen Rückkehr als spezifisch prozesshaften Schwellenzustand voranzutreiben. Mittels einer systematischen Konzeptualisierung sollte ein gleichermaßen tiefgehendes sowie differenziertes Verständnis für diese sensible Phase von erkrankten Menschen (weiter) entwickelt werden, um langfristig den gesellschaftlichen Blick für diese Art von *Dazwischen-Phasen als Normalität* zu schärfen. Ein solches Verständnis ist nötig, da es einen gesellschaftlichen Umgang mit der Krebserkrankung und den Folgeerscheinungen im Arbeitskontext braucht, der die Betroffenen materiell stärker absichert, die Krebserkrankung langfristig entstigmatisiert und so einen sicheren Rahmen für die subjektive Bewältigungsarbeit schafft.

Literaturverzeichnis

- Albers, Peter (2016): Menschen mit Krebs dürfen nicht den Anschluss an das soziale Leben verlieren, in: *Forum* 31, S.449.
- Als Dorf, Nora/Engelbach, Ute/Flick, Sabine/Haubl, Rolf/Voswinkel, Stephan (2017) (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: Transcript.
- Amelang, Katrin (2014): *Transplantierte Alltage. Zur Produktion von Normalität nach einer Organtransplantation*. Bielefeld: Transcript.
- Amelang, Manfred/Schmidt-Rathjens, Claudia (2003): *Persönlichkeit, Krebs und koronare Herzerkrankungen*, in: *Psychologische Rundschau* 54: 1, S. 12–23.
- American Cancer Society (ACS) (2019): *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2019–2021*. Atlanta: American Cancer Society. Online abrufbar unter: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf> (zuletzt überprüft am 07.06.2022).
- Angelis, Roberta de/Sant, Milena/Coleman, Michel/Francisci, Silvia/Baili, Paolo/Pierannunzio, Daniela/Trama, Annalisa/Visser, Otto/Brenner, Hermann/Ardanaz, Eva/Bielska-Lasota, Magdalena/Engholm, Gerda/Nennecke, Alice/Siesling, Sabine/Berrino, Franco/Capocaccia, Ricardo (and the EUROCARE-5 Working Group) (2014): *Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 – a population-based study*, in: *Lancet Oncology* 15, S. 23–3.
- Anton-Dyck, Jeannine (2011): *Stufenweise Wiedereingliederung nach §28 SGB IX, §74 SGB V*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1980): *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Arndt, Volker (2019): *Cancer Survivors in Deutschland*, in: *Forum* 34, S. 158–164.
- Arndt, Volker (2020): „Cancer survivorship“, in: *Best Practice onkologie* 15: 3, S. 64–70. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11654-020-00200-z> (zuletzt überprüft am 24.09.2020).
- Arnold, Melina/Rutherford, Mark/Bardot, Aude/Ferlay, Jacques/Andersson, Therese/Myklebust, Tor Åge/Tervonen, Hanna/Thursfield, Vicky/Ransom, David/Shack, Lorraine/Woods, Ryan/Turner, Donna/Leonfellner, Suzanne/Ryan, Susan/Saint-Jacques, Nathalie/De, Prithwish/McClure, Carol/Ramanakumar, Agnihotram/Stuart-Panko, Heather/Engholm, Gerda/Walsh, Paul/Jackson, Christopher/Vernon, Sally/Morgan, Eileen/Gavin, Anna/Morrison, David/Huws, Dyfed/Porter, Geoff/Butler, John/Bryant, Heather/Currow, David/Hiom, Sara/Parkin, Max/Sasieni, Peter/Lambert, Paul/Møller, Bjørn/Soerjomataram, Isabelle/Bray, Freddie (2019): *Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURV-MARK-2): a population-based study*, in: *Lancet Oncology* 20, S. 1493–1505.
- Badura, Bernhardt (1994): *Arbeit in Krankenhaus*, in: Badura, Bernhardt/Feuerstein, Günter (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 21–82.
- Badura, Bernhardt/Feuerstein, Günter (1994a) (Hrsg.): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Badura, Bernhardt/Feuerstein, Günter (1994b): *Einleitung: Krisenbewältigung durch Systemgestaltung*, in: Badura, Bernhardt/Feuerstein, Günter (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 9–19.
- Baethge, Martin (1994): *Arbeit und Identität*, in: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.), *Frankfurt am Main: Suhrkamp. Riskante Freiheiten*, S. 245–261.
- Balmer, Claire/Griffith, Frances/Dunn, Janet (2014): *A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis*, in: *Journal of Advanced Nursing* 70:8: S. 1688–1701.

- Bauer, Lelia (2006): Operative Therapie des primären Mammakarzinoms, in: Ditz, Susanne/Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (Hrsg.), *Psychoonkologie Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 39–41.
- Becker, Klaus/Dörr, Wolfgang/Leiter-Stöppke, Ulrike (2012): Krebsnachsorge: Viel Aufwand mit unklarem Nutzen?, in: *Onkologie* 35:2, S. 8–12. Online abrufbar unter: <https://www.karger.com/Article/Abstract/337700> (zuletzt überprüft am 24.09.2020).
- Becker, Nikolaus/Karsa, Lawrence von (2006): Sekundäre Prävention (Krebsfrüherkennung), in: Schmoll, Hans-Joachim/Höffken, Klaus/Possinger, Kurt (Hrsg.), *Kompensidum Onkologie*, 4. Auflage. Berlin: Springer, S. 307–339.
- Becker, Peter/ Seitz, Helmut (2008): Alkohol und Krebs, in: *Sucht* 54: 3, S. 126–130.
- Behrens, Johann/Dreyer-Tümmel, Anne (1996): Abstiegskarrieren und Auffangpositionen, in: Behrens, Johann/Voges, Wolfgang (Hrsg.), *Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung*. Frankfurt am Main: Campus, S. 188–226.
- Bengel, Jürgen (2015): Reha-Nachsorge und Wiedereingliederung, in: *Rehabilitation* 54, S.1.
- Bergelt, Corinna (2018): Partizipative Entscheidungsfindung, in: Brähler, Elmar/Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), *Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen*. Lengerich: Pabst, S. 299–305.
- Bodungen, Vera von/Bitto, Franz-Ferdinand/Harbeck, Nadia/Ditsch, Nina/Friedl, Lilia/Rjosk-Dendorfer, Dorothea/Pazos-Escudero, Montserrat/Belka, Claus/Mayr, Doris/Mahner, Sven (2016): Duktuales Carcinoma in situ (DCIS) – Zeit für einen Wandel? Perspektiven der Onkologie, in: *Deutsches Ärzteblatt* 1, S. 22–24.
- Boer, Angela de/Verbreek, Jos/Spelten, Evelien/Uitterhoeve, Apollonia/Ansink, Anca/Reijke, Theo de/Kammerjer, Guinevere/Sprangers, Mirjam/van Dijk, Frank (2008): Work ability and return to work in cancer patients, in: *British Journal of Cancer* 98, S.1342–1347.
- Boer, Angela de/Taskila, Taina/Ojajarvi, Anneli/Dijk, Frank van/Verbeek, Jos (2009): Cancer Survivors and Unemployment. A Meta-analysis and Meta-regression, in: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 301: 7, S. 753–762.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2009): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhle, Fritz (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor, in: *WSI Mitteilungen* 9/2011, S. 456–461.
- Borgetto, Bernhard/Kälbe, Karl (2007): *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. Weinheim: Juventa.
- Borgetto, Bernhard (2016): *Soziologie des kranken Menschen. Krankenrollen und Krankkarrieren*, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, S. 269–282.
- Bornhak, Sven/Heidemann, Else/Meisner, Christoph/Herschlein, Hans-Joachim/Simon, Wolfgang/Merkle, Elisabeth/Schmidt, B/Metzger, Helmut/Rössle, Susanne/Brinkmann, Friedhelm (2012): Symptomorientierte Nachsorge nach Mammakarzinom im Vergleich zur intensiv-apparativen Nachsorge: Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Studie: Update und 10-Jahres-Überlebenszeit, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, S. 2142–2148.
- Bosch, Gerhard/Weinkopf, Claudia (2011): Arbeitsverhältnisse im Dienstleistungssektor, in: *WSI Mitteilungen* 9/2011, S. 434–446.
- Böttcher, Hilde/Steinmann, Maya/Koch, Uwe/Bergelt, Corinna (2012): Rückkehr zur Arbeit – Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation, in: *Rehabilitation* 51, S. 31–38.
- Bouknight, Reynard/Bradley, Cathy/Luo, Zhehui (2006): Correlates of Return to work for breast cancer survivors, in: *Journal of Clinical Oncology* 24: 3, S. 345–353.
- Brandt, Agnes/Leuschner, Vincenz/Schobin, Janosch (2016): Zur Vertiefung, in: Schobin, Janosch/Leuschner, Vincenz/Flick, Sabine/Alleweltdt, Erika/Heuser, Eric Anton/Brandt, Agnes (Hrsg.), *Freundschaft heute. Eine Einführung in die Freundschaftssoziologie*. Bielefeld: transcript, S. 71–78.
- Bray, Freddy/Björn Moller (2006): Predict the future burden of cancer, in: *Nature Reviews Cancer* 6, S. 63–74.
- Britschgi, Sigrid (2011): *Betriebliches Eingliederungsmanagement*, 2. Auflage. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

- Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Pimmer, Verena (2011): Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung für Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, S.401–418.
- Brussig, Martin/Schulz, Susanne Eva (2019): Akteure des Return to Work: Rückkehr nach einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung. Forschungsmonitor für den Verbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“. Arbeitspapier 146 der Hans-Böckler-Stiftung. Online abrufbar unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8442 (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Online abrufbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Printausgabe-KldB-2010/Generische-Publikationen/KldB2010-Printversion-Band1.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (zuletzt überprüft am 02.06.2022).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2013): Forschung für Arbeit und Gesundheit. Arbeitsprogramm 2014–2017. Online abrufbar unter: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Intern/I29.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAR) (Hrsg.) (2008): Praxisleitfaden. Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Online abrufbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Praxisleitfaden_Nachhaltigkeit.pdf (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAR) (Hrsg.) (2015): ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. 2. Überarbeitete Auflage. Online abrufbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/PLICF1.web.pdf (zuletzt überprüft am 20.05.2022).
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAR) (Hrsg.) (2020): Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Arbeitshilfe. Online abrufbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AH_Stufenweise_Wiedereingliederung_2020.pdf (zuletzt überprüft am 20.11.2020).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2020): Pressemitteilung 03.02.2020 | Nr. 012/2020. Karliczek: Neue Initiativen in der Nationalen Dekade gegen Krebs. Online abrufbar unter: https://www.dekade-gegen-krebs.de/SharedDocs/Downloads/de/files/2020-02-03_-012-pm-nationale-dekade-krebs_ls-21-002.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (o. J. a): Nationale Dekade gegen Krebs. Online abrufbar unter: <https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/nationale-dekade-gegen-krebs/nationale-dekade-gegen-krebs.html#:~:text=Vier%20Themenbl%C3%B6cke%20stehen%20in%20den%20kommenden%20Jahren%20im%20Fokus%3A&text=Und%20wie%20kann%20jeder%20Einzelne,sollen%20eine%20personalisierte%20Krebsfr%C3%BCherkennung%20erm%C3%B6glichen.> (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (o. J. b): AG „Prävention“: enormes Potenzial der Krebsprävention ausschöpfen. Online abrufbar unter: <https://www.dekade-gegen-krebs.de/de/ag-praevention-ermoes-potenzial-der-krebspraevention-ausschoepfen-1974.html> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Bury, Michael (2002): Sociological theory and chronic illness: Current perspectives and debates, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 27, S. 7–22.
- Bury, Michael (2009): Chronische Krankheit als biografischer Bruch, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.), Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber, S. 75–90.
- Canguilhem, Georges (1974): Das Normale und das Pathologische. München: Carl Hanser Verlag.
- Carlson, Linda/Specia, Michael (2013): Krebs bewältigen mit Achtsamkeit. Wie Ihnen MBSR hilft, das Leben zurückzugewinnen. Bern: Huber.
- Chapple, Alison/Ziebland, Sue/McPherson, Ann (2004): Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study, in: BMJ. Online abrufbar unter: DOI: 10.1136/bmj.38111.639734.7C (zuletzt überprüft am 28.05.2022).

- Cheung, Sze Yan/Delfabbro, Paul (2016): Are you a cancer survivor? A review on cancer identity, in: *Journal of Cancer Survivorship* 10, S.759–771.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (1993): *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (2008): *Basics of qualitative research*, 3. Auflage. Thousand Oaks: Sage.
- Deck, Ruth/Hüppe, Angelika/Arlt, Andreas Christoph (2009): Optimierung der Rehabilitationsnach-sorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie, in: *Rehabilitation* 48, S. 39–46.
- Delbrück, Hermann (2003): *Krebsnachbetreuung. Nachsorge, Rehabilitation und Palliation*. Berlin: Springer.
- Delbrück, Hermann (2006): Tertiäre Prävention, in: Scholl, Hans-Joachim/Höffken, Klaus/Possinger, Kurt (Hrsg.), *Kompensidum Onkologie*, 4. Auflage. Berlin: Springer, S. 340–349.
- Delbrück, Hermann (2007): *Rehabilitation and palliation of cancer patients*. Paris: Springer.
- Detka, Carsten (2011): *Dimensionen des Erleidens – Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen*. Opladen: Budrich.
- Detka, Carsten/Kuczyk, Susanne/Lange, Bianca/Ohlbrecht, Heike (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen, in: *WSI Mitteilungen* 72/2019: 5, S. 365–372.
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)/Deutsche Krebshilfe (DKH)/Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (Hrsg.) (2021): *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*, Version 4.4, 2022 AWMF Registernummer: 032-045OL. Online abrufbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.4/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.4.pdf (zuletzt überprüft am 21.02.2022).
- Deutsche Krebshilfe (o. J.): Was ist Krebs? Homepage Deutsche Krebshilfe. Online abrufbar unter: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/was-ist-krebs/> (zuletzt überprüft am 20.11.2020).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2011): *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Leistungsfähigkeit bei Mamma-Karzinom*. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/begutachtung/leitlinie_leistungsfahigkeit_mamma_carzinom_pdf.html (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2016): *Reha-Bericht Update 2016. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/reha_bericht_update_2016.html;jsessionid=6835FA82DE3B70BDFB26E33B937AC4FD.delivery2-9-replication (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2018): *Reha-Bericht. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik – mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“*. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.html (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2019): *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung*. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (zuletzt überprüft am 30.5.2022).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2020): *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Dieckmann, Andreas (2007): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, 18. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (2011): *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen*, 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

- Dimeo, Fernando/Thiel, Eckhard/Böning, Dieter (1999): Körperliche Aktivität in der Reha von onkologischen Patienten. Die Rolle des aeroben Trainings, in: Deutsches Ärzteblatt 96: 20, S. 1340–1345.
- Dimeo, Fernando (2001): Körperliche Aktivität und Krebs. Eine Übersicht, in: Zeitschrift für Sportmedizin 52: 9, S. 238–244.
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 6. Auflage. Online abrufbar unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch (zuletzt überprüft am 8.12.2020).
- Dröge, Kai/Menz, Wolfgang/Marrs, Kira (2008): Rückkehr der Leistungsfrage: Leistung in Arbeit, Unternehmen und Gesellschaft. Berlin: Edition Sigma.
- Duden, Barbara (1997): Die Verkrebsung. Die Historikerin des erlebten Körpers vor dem zeitgeschichtlichen Phänomen der Krebsprävention. Beitrag zur internationalen Konferenz der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Konferenz „FrauenLEBEN und Krebs: Chancen für die Prävention“ Frankfurt am Main, 29/30 Oktober 1997. Online abrufbar unter: <https://www.pudel.samerski.de/pdf/VERKREBS.pdf> (zuletzt überprüft am 24.09.2020).
- Duttweiler, Stefanie/Gugutzer, Robert/Passoth, Jan-Hendrik/Strübing, Jörg (Hrsg.) (2016): Leben nach Zahlen: Self-Tracking als Optimierungsprojekt? Bielefeld: Transcript.
- Egmond, Martine/Duijts, Saskia/Vermeulen, Sylvia/van der Beek, Allard/Anema, Johannes (2015): Return to work in sick-listed cancer survivors with job loss: design of a randomised controlled trial, in: BMC Cancer 15, S. 63.
- Ernst, Jochen/Brähler, Elmar/Weißflog, Gregor (2014): Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren, in: Gesundheitswesen 76, S. 187–192.
- Ernst, Jochen/Brähler, Elmar/Hinz, Andreas/Friedrich, Michael/Lehmann-Lae, Antje/Mehnert, Anja/Weißflog, Gregor (2016): Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Krebspatienten – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, in: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 66, S. 112–119.
- Ernst, Jochen/Mehnert, Anja/Dietz, Andreas/Hornemann, Beate/Esser, Peter (2017a): Perceived stigmatization and its impact on quality of life – results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients, in: BMC Cancer 17: 741. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3742-2> (zuletzt überprüft am 28.09.2020).
- Ernst, Jochen/Mehnert, Anja ¹ *Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig* Taubenheim, Sabine/Rentsch, Anke/Hornemann, Beate/Esser, Peter (¹ *Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig*² *Regionales Klinisches Krebsregister Leipzig (RKKRL), Universitätsklinikum Leipzig 2017b*): Stigmatisierung von erwerbstätigen Patienten mit Brust-, Darm-, Prostata- und Lungenkrebs, in: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 67, S. 304–311.
- Esser, Peter/Kuba, Katharina (2019): Zentrale psychosoziale Herausforderungen bei Krebsüberlebenden, in: Forum 34, S. 181–184.
- Eyseneck, Hans (1988): Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis, in: British Journal of Medical Psychology 61, S. 57–75.
- Faltenmaier, Toni/Brütt, Anna Levke (2009): Subjektive Krankheitstheorien, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.), Die Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf. Bern: Huber, S. 207–221.
- Fausser, Daniel/Wienert, Julian/Bethge, Matthias (2018): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Onkologie – Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie. Konferenzpapier in das Gesundheitswesen. Online abrufbar unter: DOI:10.1055/s-0038-1667736 (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Feuerstein, Michael (Hrsg.) (2007): Handbook of cancer survivorship. New York: Springer.
- Feuerstein, Michael/Luff, Gina/Harrington, Cherise/Olsen, Cara (2007): Pattern of workplace disputes in cancer survivors: a population study of ADA claims, in: Journal of Cancer Survivorship 1, S. 185–192.
- Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flick, Uwe (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten, in: Schaeffer, Doris/Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 203–220.

- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (2008): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt, S. 13–29.
- Flick, Uwe (2010): *Qualitative Sozialforschung*. Eine Einführung, 3. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, Uwe (2011): Das Episodische Interview, in: Oelerich, Gertrud/Otto, Hans-Uwe (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 273–280.
- Franke, Alexa (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, 3. Auflage. Bern: Huber.
- Freigang-Bauer, Ingra/Gröber, Ferdinand (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Arbeitspapier 224 der Hans-Böckler-Stiftung. Online abrufbar unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-004920 (zuletzt überprüft am 22.05.2022).
- Frerichs, Frerich (2015): Demografischer Wandel in der Erwerbsarbeit – Risiken und Potentiale alternder Belegschaften, in: *Journal for Labour Market Research* 48, S. 203–216.
- Friemelt, Gunnar/Ritter, Jürgen (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun?, in: *Rehabilitation* 51, S. 24–30.
- Gennep, Arnold van (2005): *Übergangsriten (Les rites de passage)*, 3. Auflage. Frankfurt am Main: Campus.
- Gerdes, Nikolaus (1986): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein sensensoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken, in: Schmidt, Werner (Hrsg.), *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs*. München: Kaiser, S. 10–34.
- Gerhardt, Uta (1975): Krankenkariere und Existenzbelastung, in: *Zeitschrift für Soziologie* 5:3, S. 215–236.
- Gerhardt, Uta (1986): *Patientenkarrieren*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerlinger, Thomas (2006): Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie, in: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit*. Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 34–56.
- Germov, John (Hrsg.) (2009a): *Second opinion. An Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press.
- Germov, John (2009b): Introduction, in: Germov, John (Hrsg.), *Second opinion. An Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press, S. XV–XXIV.
- Germov, John (2009c): Imaging Health Problems as Social Issues, in: Germov, John (Hrsg.), *Second opinion. An Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press, S. 3–18.
- Germov, John (2009d): Challenges to Medical Dominance, in: Germov, John (Hrsg.), *Second opinion. An Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press, S. 230–248.
- Geuenich, Katja (2013): *Achtsamkeit und Krebs. Hilfen zur emotionalen und mentalen Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- Giesert, Marianne/Wendt-Daniel, Cornelia (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, 2. Auflage. Arbeitspapier 199. Online abrufbar unter: https://www.betriebliche-eingliederung.de/fileadmin/betriebliche_eingliederung/dokumente/links/handlungsleitfaden_BEM-.pdf (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1971): *Status passage*. London: Loutledge & Kegan Paul.
- Glatzer, Wolfgang/Zapf, Wolfgang (Hrsg.) (1984): *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main: Campus.
- Gottschall, Karin/Voß, Günter (Hrsg.) (2003): *Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag*. München: Hampp.
- Gröning, Katharina (2013): Der verlorene Körper: Scham und Isolierung als Grundproblem einer Brustkrebspatientin, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: Springer, S. 259–268.
- Grossarth-Maticsek, Ronald (1979): *Krankheit als Biografie: Ein medizinsoziologisches Modell der Entstehung und Therapie der Krebserkrankung*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Grossarth-Maticsek, Ronald/Eyseneck, Hans-Jürgen (1990): Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory, in: *Psychological Reports* 66, S. 355–373.

- Gutzmann, Anne (2006): Tumornachsorge als frauenärztliche Begleitung, in: Ditz, Susanne/Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (Hrsg.), *Psychoonkologie Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 53–62.
- Haberland, Jörg/Wolf, Ute (2015): Trendanalysen zur Inzidenz und Mortalität an Krebs in Deutschland seit 1970. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 11: 1. Online abrufbar unter: <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2015-11/mibe000159.shtml> (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Hausen, Harald zur (1996): Zukunft der Krebsforschung. Therapie und Prävention, in: Kaiser, Gerd/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), *Die Zukunft der Medizin: Neue Wege zur Gesundheit? Schriften des Wissenschaftszentrums NRW*. Frankfurt am Main: Campus, S. 127–136.
- Hebert, Maude/Gallagher, Frances/Sty-Cyr Tribble, Denise (2016): Not feeling sick from breast cancer: A framework on health status perceptions transition process, in: *European Journal of Oncology Nursing* 22, S. 85–94.
- Heckl, Ulrike/Weis, Joachim/Koch, Uwe (1998): Berufliche Rehabilitation von Tumorpatienten, in: Koch, Uwe/Weis, Joachim (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer, S. 319–329.
- Helfferich, Cornelia (2004): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hellberg-Naegele, Matthias (2019): Ist Krebs eine chronische Krankheit?, in: *Pflege Zeitschrift* 3, S. 53–55.
- Hellbom, Maria/Bergelt, Corinna/Bergenmar, Mia/Gijsen, Brigitte/Håvard Loge, Jon/Rautalathi, Matti/Smaradottir, Agnes/Johansen Christoffer (2011): Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective, in: *Acta Oncologica* 50, S. 179–186.
- Herold, Stefan/Missal, Stefan (2014): Betriebliches Eingliederungsmanagement in KMU. Eine manuelle Strategie in der Wirksamkeitsprüfung (Dissertation). Online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:11-100215111> (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Heusser, Wolfgang (1985): Die Wiedereingliederung von Tumorpatienten in das Arbeitsleben – ein vertrauensärztliches Problem, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 47:12, S. 603–605.
- Heyst, Ilse van (1982): Das Schlimmste war die Angst. Geschichte einer Krebserkrankung und ihrer Heilung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Höder, Jürgen/Deck, Ruth (2015): Informationstexte für Rehabilitanden sind schwer verständlich, in: *Rehabilitation* 54, S. 178–183.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (2011): Das Ringen um Compliance und Adhärenz, in: Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe, S. 191–214.
- Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.) (2011): *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffman, Barbara (2007): The Employment and Insurance Concerns of Cancer Survivors, in: In: Ganz, Patricia (Hrsg.), *Cancer survivorship – today and tomorrow*. New York: Springer, S. 272–282.
- Hoffman, Barbara (2008): *Working it out. Your employment rights as a cancer survivor*, 8. Auflage. o.O: National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS).
- Holland, Jimmie/Reznik, Inga (2005): Pathways for psychosocial care of cancer survivors, in: *Cancer* 104: 11, S. 2624–2637.
- Holmberg, Christine (2005): Diagnose Brustkrebs. Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben. Frankfurt am Main: Campus.
- Holtgrewe, Ursula/Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (2000) (Hrsg.): *Anerkennung und Arbeit*. Konstanz: UVK Konstanz.
- Honer, Anne (2011): *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Honneth, Axel (2003): Umverteilung als Anerkennung. Eine Erwiderung auf Nancy Fraser, in: Honneth, Axel/Fraser, Nancy (Hrsg.), *Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, S. 129–224.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (Hrsg.) (2018/2020): *GLOBOCAN All cancers fact sheet*. Online abrufbar unter: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> (zuletzt überprüft am 21.02.2022).

- Jastrow, Birgit/Kaiser, Harald/Emmert, Martin (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Grundlagen und ökonomische Aspekte, in: Esslinger, Adelheid/Emmert, Martin/Schöffski, Oliver (Hrsg.), Betriebliches Eingliederungsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler, S. 133–155.
- Johnsson, Aina/Fornander, Tommy/Olsson, Mariann/Nystedt, Marianne/Johansson, Hemming/Rutqvist, Lars Erik (2007): Factors associated with return to work after breast cancer treatment, in: *Acta Oncologica* 46: S. 90–96.
- Karasek, Robert/Theorell, Töres (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kardorff, Ernst von (2011): Wandel der Patientenrolle in der Rehabilitation, in: Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe, S. 295–314.
- Kardorff, Ernst von/Schönberger, Christine (2013): Krebskranke in Rehabilitation und Nachsorge: Lebensgeschichtliche Transformationsprozesse zwischen Gestaltwandel und Kontinuierung, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: Springer, S. 247–258.
- Keil, Annelie (2013): Krankheit als biographischer Ausnahmezustand: Der objektive Faktor Subjektivität, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: Springer, S. 125–138.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kennedy, Fiona/ Haslam, Cheryl/Munir, Fehmidah/ Pryce, Joanna (2007): Returning to work after cancer. A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer, in: *European Journal of Cancer Care* 16, S. 17–25.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kiesche, Eberhardt (2016): *Krankenrückkehrgespräche und Betriebliches Eingliederungsmanagement*, in: Feldes, Werner/Niehaus, Mathilde/Faber, Ulrich (Hrsg.), *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 74–86.
- Kiesel, Johannes (2012): *Was ist krank? Was ist gesund?* Frankfurt am Main: Campus.
- Kirschning, Silke (2001): *Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin. Eine soziologische Untersuchung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kistler, Ernst (2008): „Alternsgerechte Erwerbsarbeit“. Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Forschungsmonitoring der Hans-Böckler-Stiftung. Online abrufbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fomo_hbs_07.pdf (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Kleeberg, Ulrich (2018): Zum Wandel unseres Krankheitsverständnisses der Onkologie, in: Brähler, Elmar/Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), *Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen*. Lengerich: Pabst, S. 212–232.
- Kleemann, Frank/Matuschek, Ingo/Voß, Günter (1999): *Zur Subjektivierung von Arbeit*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Paper der Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie. Online abrufbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-116668> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Kleihues, Paul (2008): Krebsursachen und Krebsprävention, in: Knoepffler, Nikolaus/Schipanski, Dagmar/Wiestler, Otmar/Winnacker, Ernst-Ludwig (Hrsg.), *Krebsforschung als gesellschaftliche Herausforderung*. Freiburg: Verlag Karl Alber, S. 47–55.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger/BKK Dachverband (Hrsg.) (2015): *BKK Gesundheitsreport 2015. Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten*. Berlin: MWV.
- Knoche, Karsten/Sochert, Reinhold (zusammengestellt von) (2013): *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme*. Report 24 der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). AOK-Bundesverband/BKK Bundesverband/Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung/Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). Online abrufbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_24_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf (zuletzt überprüft am 25.05.2022).

- Knoll, Nina/Burkert, Silke (2009): Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke als Ressource der Krankheitsbewältigung. In: Doris Schaeffer (Hrsg.), *Die Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf*. Bern: Huber, S. 224–244.
- Kobyca, Hermann/Voswinkel, Stefan (2007): Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten, in: *WSI Mitteilungen* 3/2007, S. 131–137.
- Kohte, Wolfhard (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess, in: *WSI Mitteilungen* 7/2010, S. 374–377.
- Kohte, Wolfhard (2016): Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung, in: Felde, Werner/Niehaus, Mathilde/Faber, Ulrich (Hrsg.), *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 28–42.
- Kratzer, Nick (2003): Arbeitskraft in Entgrenzung. Grenzenlose Anforderungen, erweiterte Spielräume, begrenzte Ressourcen. Berlin: Edition Sigma.
- Kratzer, Nick/Sauer, Dieter (2003): Andere Umstände – Neue Verhältnisse: ein Orientierungsversuch für Arbeitsforschung und Arbeitspolitik, in: *WSI Mitteilung* 10/2003, S. 578–584.
- Kraus-Tiefenbacher, Uta/Wenz, Frederik (2006): Strahlentherapie, in: Ditz, Susanne/Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (Hrsg.), *Psychoonkologie Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 42–47.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2009): *Interviews mit Sterbenden*. Freiburg: Kreuz Verlag.
- Kuckartz, Udo (2014): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U. S. A. Berlin: Edition Sigma. Online abrufbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/122887> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Kühn, Hagen (2001): Normative Ätiologie. Zur Herrschaftlichkeit des gesellschaftlichen Krankheitsverständnisses, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 43, S. 11–18.
- Künzler, Alfred/Mamié, Stefan/Schürer, Carmen (2012): Diagnose-Schock: Krebs. Hilfe für die Seele. Konkrete Unterstützung für Betroffene und Angehörige. Berlin: Springer Medizin.
- Lange, Andrea (2012): Maßgeschneidert und qualitätsgesichert, in: *Personalwirtschaft Sonderheft* 11/2012, S. 23–25.
- Lauterbach, Karl (2015): *Die Krebsindustrie. Wie eine Krankheit Deutschland erobert*. Berlin:
- Lebel, Sophie/Ozakinci, Gozde/Humphris, Gerald/Thewes, Belinda/Prins, Judith/Dinkel, Andreas/Butow, Phyllis (2017): Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence, in: *Psycho-Oncology* 26: S. 424–427.
- Lee-Jones, Claire/Humphris, Gerry/Dixon, Rosaleen/Bebbington Hatcher, Mal (1997): Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears, in: *Psycho-oncology* 6: S. 95–105.
- Lehmann, Claudia/Beierlein, Volker/Hagen-Aukamp, Christa/Kerschgens, Christa/Rhee, M/Frühauf, Stefan/Otto, J/Grafen, Markus/ Krüll, Andreas/Koch, Uwe/Bergelt, Corinna (2012): Psychosoziale Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit einer Prostatakrebserkrankung, in: *Rehabilitation* 51: S. 160–170.
- Leidig, Stefan (2015): Psychische Störungen in der Arbeitswelt: Qualitätsaspekte der Betrieblichen Prävention, in: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 96: S. 84–96.
- Lenhardt, Uwe/Priester, Klaus (2005): Flexibilisierung – Intensivierung – Entgrenzung: Wandel der Arbeitsbedingungen und Gesundheit, in: *WSI Mitteilungen* 9/2005, S. 941–947.
- Lenhardt, Uwe/Ertel, Michael/Morschhäuser, Martina (2010): Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen, in: *WSI Mitteilungen* 7/2010, S. 335–342.
- Lermer, Stephan (1982): *Krebs und Psyche*. München: Causa.
- Lindner, Rolf (1981): Die Angst des Forschers vor dem Feld. Überlegungen zur teilnehmenden Beobachtung als Interaktionsprozeß, in: *Zeitschrift für Volkskunde* 77, S. 51–65.
- Little, Miles/Sayers, Emma-Jane (2004): The skull beneath the skin: Cancer survival and awareness of death, in: *Psycho-oncology* 13: S. 190–198.
- Lüders, Christian (2008): Herausforderungen qualitativer Forschung, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt, S. 632–642.

- Luhmann, Niklas (2005): Der medizinische Code, in: Luhmann, Niklas (Hrsg.), *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*, 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 176–188.
- Lupton, Deborah (2016): *The Quantified Self: a Sociology of Self-tracking*. Cambridge: Polity.
- Maindok, Herlinde (1996): Professionelle Interviewführung in der Sozialforschung. Interviewtraining: Bedarf, Stand und Perspektiven. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag.
- Manusell, Elizabeth/ Drolet, Mélanie/ Brisson, Jacques/ Brisson, Chantal/ Mâsse, Benoit/ Deschênes, Luc (2004): Work Situation After Breast Cancer: Results From a Population-Based Study, in: *Journal of the National Cancer Institute* 96, 24: S. 1813–1822.
- Marschall, Jörg/Hildebrandt, Susanne/Nolting, Hans-Dieter (2019): DAK-Gesundheitsreport 2019. Online abrufbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf> (zuletzt überprüft am 31.05.2022).
- Martel, Catherine de/Georges, Damien/Bray, Freddie/Ferlay, Jacques/Clifford, Gary (2019): Global burden of cancer attributable to infections in 2018. A worldwide incidence analysis, in: *Lancet Global Health*. Online abrufbar unter: DOI: [doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7) (zuletzt überprüft am 28.05.2022).
- Matthiessen, Peter (1996): Unkonventionelle Konzepte in der Onkologie, in: Kaiser, Gerd/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), *Die Zukunft der Medizin: Neue Wege zur Gesundheit?* Schriften des Wissenschaftszentrums NRW. Frankfurt am Main: Campus, S. 157–168.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse*, 12. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Maytal, Guy/Peteet John (2009): The meaning of work, in: Feuerstein, Michael (Hrsg.), *Work and Cancer Survivors*. New York: Springer, S. 105–119.
- Mazumdar, Pravu (2004): Der Gesundheitsimperativ, in: *Widerspruch* 2004/42, S. 11–24.
- McKenna, Maureen/Fabian, Ellen/Hurley, Jessica/McMahon, Brian/West, Steven (2007): Workplace discrimination and cancer, in: *Work* 29/2007, S. 313–322.
- Mehnert, Anja/Müller, Diana/Koch, Uwe (2007): Die Erfassung von sinnbasierten Bewältigungsstrategien und Lebenseinstellungen. Die deutsche Adaptation des Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) an einer repräsentativen Stichprobe und Brustkrebspatientinnen, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 36: 3, S.176–188.
- Mehnert, Anja (2010): Mit Krebs leben lernen. Ein Ratgeber zur Bewältigung psychischer Belastungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mehnert, Anja (2011a): Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung, in: *Forum* 2011/26: S. 1–4. Online abrufbar unter: DOI [10.1007/s12312-010-0581-3](https://doi.org/10.1007/s12312-010-0581-3) (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Mehnert, Anja (2011b): Employment and work related issues in cancer survivors, in: *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 77, S. 109–130.
- Mehnert, Anja/de Boer, Angela/Feuerstein, Michael (2013): Employment challenges for cancer survivors, in: *Cancer* 119, 11; S. 2151–2159.
- Mehnert, Anja (2014): Berufstätigkeit und Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung, in: Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/Boer, Wout de (Hrsg.), *Return to work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag, S. 666–679.
- Meinfeld, Werner (2008): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt, S. 265–275.
- Meitzler, Matthias (2011): *Soziologie der Vergänglichkeit. Zeit, Altern, Tod und Erinnern im gesellschaftlichen Kontext*. Hamburg: Kovac.
- Minton, Ollie/Berger, Ann/Barsevick, Andrea/Cramp, Fiona/Goedendorp, Martine/Mitchell, Sandra/Stone, Patrick (2013): Cancer-Related Fatigue and its impact on functioning, in: *Cancer* 119: Sonderheft 11, S. 2124–2130.
- Moldaschl, Manfred/Voß, Günter (2002): *Subjektivierung von Arbeit*. München: Hampf.
- Montazeri, Ali/Vahdaninia, Mariam/Harirchi, Iraj/Ebrahimi, Mandana/Khaleghi, Fatemeh/Jarvandi, Soghra (2008): Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an

- eighteen months follow-up study, in: *BMC Cancer* 8, S. 330-. Online abrufbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/330> (zuletzt überprüft am 26.05.2022).
- Nagel, Gerhard (1996): Ganzheitlich als Synthese aus Elementen der konventionellen und unkonventionellen Medizin, in: Kaiser, Gerd/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), *Die Zukunft der Medizin: Neue Wege zur Gesundheit?* Schriften des Wissenschaftszentrums NRW. Frankfurt am Main: Campus, S. 149–156.
- Narod, Steven/Iqbal, Javaid/Giannakeas, Vasily/Sopik, Victoria/Sun, Ping (2015): Breast cancer mortality after a diagnosis of ductal carcinoma in situ (DCIS), in: *JAMA Oncology* 1: 7, S. 888–896. Online abrufbar unter: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2427491> (zuletzt überprüft am 31.05.2022).
- Neale, Bren/Flowerdew, Jennifer (2003): Time, texture and childhood: the contours of longitudinal qualitative research, in: *International Journal of Social Research Methodology* 6: 3, S. 189–199.
- Neary, David (2009): *Epidemiology*, in: Feuerstein, Michael (Hrsg.), *Work and Cancer Survivors*. New York: Springer, S. 3–23.
- Nebe, Katja (2012): (Re-)Integration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und BEM – ein neues Kooperationsverhältnis, in: *Der BETRIEB* 61:33, S. 1801–1805.
- Neckel, Sighard/Wagner, Greta (2014): Burnout. Soziales Leiden an Wachstum und Wettbewerb, in: *WSI Mitteilungen* 7/2014, S. 536–542.
- Niehaus, Mathilde/Marfels, Britta/Vater, Gudrun/Magin, Johannes/Werkstetter, Eveline (2008): *Betriebliches Eingliederungsmanagement – Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Köln: Universität Köln.
- o. A. (2007): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE (Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Online abrufbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f372-forschungsbericht-eibe.pdf?sessionid=1053314707A965F13CB75A3FAC5DA501.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- o. A. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, in: *Rehabilitation* 50: 2, S. 73. Online abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1275264> (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Parsons, Talcott (1958): *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte*, Band 3. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10–57.
- Peteet, John (2000): Cancer and the meaning of work, in: *General Hospital Psychiatry* 22, S. 200–205.
- Plocher, Eva-Maria (2015): Betriebliches Eingliederungsmanagement und besondere Aspekte bei Langzeiterkrankungen – Krankheitsbedingte Fehlzeiten als Herausforderung für das Personalmanagement, in: *Der BETRIEB*, S. 2875–2880.
- Pohler, Gerhardt (1989): *Krebs und seelischer Konflikt. Psychosoziale Krebsforschung*. Frankfurt am Main: Nexus.
- Pottins, Ingrid/Irle, Hanno/Korsukéwitz, Christiane (2009): Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation, in: *RV aktuell* 56: 8, S. 267–275.
- Ramm, Diana/Mahnke, Christiane/Tauscher, Anne/Seider, Harald/Welti, Felix/Shafaei, Reza (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung, in: *Rehabilitation* 51, S. 10–17.
- Rau, Renate (2015): Risikobereiche für psychische Belastungen. Report 31 der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Online abrufbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_31_Risikobereiche_fuer_psychische_Belastungen.pdf (zuletzt überprüft am 26.05.2022).
- Rebscher, Herbert (Hrsg.) (2016): *Gesundheitsreport 2016 (DAK). Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit*. Heidelberg: medhochzwei Verlag. Online abrufbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2016---warum-frauen-und-maenner-anders-krank-sind-2108968.pdf> (zuletzt überprüft am 07.05.2022).
- Reichertz, Jo (2001): Zur Gültigkeit qualitativer Sozialforschung, in: *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS)* 1, 2, Artikel 32, abrufbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0114-fqs0002324> (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Rennert, Dirk/Kliner, Karin/Richter, Matthias/BKK Dachverband (2019): *Arbeitsunfähigkeit, in: Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.), BKK Gesundheitsreport 2019: Psychische Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten*. Berlin: MWV, S. 55–150.

- Reuter, Lisa Carina (2008): Zum Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung von Krebs. Eine prospektive Längzeitstudie an ehemaligen Teilnehmerinnen einer Krebsvorsorgeuntersuchung. Dissertation LMU München. Online abrufbar unter: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/8070/1/reuter_lisa.pdf.pdf (zuletzt überprüft am 22.05.2022).
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer Fachmedien: Wiesbaden, S. 3–19.
- Richter, Regina (2014): Das betriebliche Eingliederungsmanagement. 25 Praxisbeispiele, 2. Auflage. Bielefeld: Bertelsmann.
- Richter, Sophia/Friebertshäuser, Barbara (2013): Brustkrebs als Statuspassage. Leben und Sterben als Krise und Lösung, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: Springer, S. 315–326.
- Rick, Oliver/Kalusche, Eva-Marie/Daelsberg, Timm/König, Volker/Korsukéwitz, Christian/Seifart, Ulf (2012). Reintegrating cancer patients into the workplace, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 109, 42: S. 702–708.
- Robert Koch-Institut (RKI)/Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hrsg.) (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018, 13. Ausgabe. Online abrufbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publicationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/krebs_in_deutschland_2021.pdf;jsessionid=2BE9A8D6745582B55860046A9AC1B25F.internet081?__blob=publicationFile (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Robert Koch-Institut (RKI)/Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hrsg.) (2019): Krebs in Deutschland für 2015/2016, 12. Ausgabe. Online abrufbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publicationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2019/krebs_in_deutschland_2019.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Robert Koch-Institut (RKI)/Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hrsg.) (2017): Krebs in Deutschland für 2013/2014, 11. Ausgabe. Online abrufbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publicationen/Krebs_in_Deutschland/vergangene_ausgaben/downloads/krebs_in_deutschland_11.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-014> (zuletzt überprüft am 08.06.2022).
- Roelen, Corné/Koopmans, Petra/Groothoff, Johan/van der Klink, Jac/Bültmann, Ute (2011): Return to work after cancer diagnosed in 2002, 2005, 2008, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 21, S. 335–341.
- Roick, Julia/Esser, Peter/Hornemann, Beate/Mehnert, Anja/Ernst, Jochen (2020): Warum gerade ich? – Subjektive Krankheitsursachen und Zusammenhänge zu sozialen Faktoren und wahrgenommener Stigmatisierung bei Brust-, Prostata-, Darm- und Lungenkrebspatienten, in: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 70: 1, S. 22–31.
- Samus, Andreas (2017): Nach der Klinik ohne Arbeit. Defizite in der Nachsorge, in: Alsdorf, Nora/Engelbach, Ute/Flick, Sabine/Haubl, Rolf/Voswinkel, Stephan (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: transcript, S. 241–256.
- Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2009): *Die Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf*. Bern: Huber.
- Schaeffer, Doris/Haslbeck, Jörg (2016): Bewältigung chronischer Krankheiten, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 243–256.
- Schäfer, Daniel (2018): Gesundheit als Religionsersatz?, in: Brähler, Elmar/Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), *Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen*. Lengerich: Pabst, S. 117–127.
- Scharnhorst, Julia (2013): *Burnout. Präventionsstrategien und Handlungsoptionen für Unternehmen*. Freiburg: Haufe.
- Schilling, Georgia/Stein, Alexandra/Quidde, Julia/Bokemeyer, Carsten (2014): Survivorship-Programme, in: *Forum* 29, 3: S. 202–205.
- Schmidt, Bettina (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen – der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Huber.

- Schmidt, Bettina (2010): Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern, in: Schmidt, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.), Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag, S. 23–37.
- Schmidt, Josef (2018): Gesundheit als Leitbegriff, in: Brähler, Elmar/Hoefert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.), Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Lengerich: Pabst, S. 44–56.
- Schneider, Cornelia (2012): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit, 2. Auflage. Bern: Huber.
- Scholz, Werner (2011): Gibt es eine Krebspersönlichkeit? in: Münchner Medizinische Wochenschrift-Fortschritte der Medizin 153: 48, S. 38–40.
- Schönberger, Christine/Kardorff, Ernst von (2004): Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker. Soziologische Fallstudien. Opladen: Leske + Budrich.
- Schreiber, Sabine/Gross, Susannah (2019): Geheilt doch nicht gesund. Psychosoziale, medizinische und systembedingte Herausforderungen nach Krebs, in: Forum 34: 185–188.
- Schröder, Lothar/Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2010): Gute Arbeit: Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Schulz, Ute/Schwarzer, Ralf (2003): Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS), in: Diagnostica 49: 2, S. 73–82.
- Schulz, Ute/Schwarzer, Ralf (2004): Partnerschaftliche Bewältigung einer Krebserkrankung. Online abrufbar unter: <https://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/partner.pdf> (zuletzt überprüft am 20.05.2022).
- Schupp, Jürgen (2019): Paneldaten für die Sozialforschung, in: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, S. 1265–1280.
- Schütze, Fritz (2006): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, in: Krüger, Heinz-Hermann/Marotzki, Winfried (Hrsg.), Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 205–237.
- Schwarz, Reinhold (1994): Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer.
- Schwarz, Reinhold/Singer, Susanne (2008): Einführung Psychosoziale Onkologie. München: Reinhardt.
- Schwickerath, Josef (2015): Konflikte in der Arbeitswelt – am Beispiel von chronischem Stress, Burnout, Mobbing – und Lösungsansätze, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 96, S. 97–111.
- Seifart, Ulf/Bohnenkamp, Hanna/Jackisch, Christian (2016): Armut durch Krebs. Wenn Menschen als Folge der Erkrankung in soziale Notlagen geraten, in: Deutsches Ärzteblatt 3, S. 145–151.
- Selder, Florence (1989): Life transition: The resolution of uncertainty, in: Nursing & Health Care 10: 8, S. 437–451 [bzw. S. 437–440 und S. 449–451 als der mir zugängliche Teil].
- Sellschopp, Almuth (1996): Psychotherapeutische Hilfen in der Krebstherapie, in: Kaiser, Gerd/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin: Neue Wege zur Gesundheit? Schriften des Wissenschaftszentrums NRW. Frankfurt am Main: Campus, S. 169–176.
- Seltrecht, Astrid (2005): Krebserkrankung – eine öffentliche Darstellung und subjektives Erleben, in: Alsheimer, Rainer/Weibezahn, Roland (Hrsg.), Körperlichkeit und Kultur. Geschichtliches, Normen, Methoden. Bremen: Universität Bremen, S. 171–182.
- Seltrecht, Astrid (2006): Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Seltrecht, Astrid/Nittel Dieter (2013): Phänomenologie der Krankheiten: Brustkrebs und Herzinfarkt, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.), Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin: Springer, S. 103–124.
- Siegrist, Johannes (2002): Effort-reward imbalance at work and health, in: Perrewé, Pamela/Ganster, Daniel (Hrsg.), Historical and Current Perspectives on Stress and Health. Research in Occupational Stress and Well Being, 2. Band. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, S. 261–291.
- Söling, Ulrike (2006): Adjuvanter und palliativer Einsatz von Chemo-, endokriner und Antikörpertherapie. Aktuelle Therapieempfehlungen, in: Ditz, Susanne/Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (Hrsg.), Psychoonkologie Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 48–52.

- Sontag, Susan (1996): *Krankheit als Metapher*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Spelten, Evelien/Sprangers, Mirjam/Verbreek, Jos (2002): Factors reported to influence the return to work of cancer survivors. A literature review, in: *Psycho-Oncology* 11, S.124–131.
- Spelten, Evelien/Verbeek, Jos/Uitterhoeve, Apollonia/Ansink, Anca/Lelie, Johannes van der/Reijke, Theo de/Kammeijer, Marga/Haes, Hanneke de/Sprangers, Mirjam (2003): Cancer, fatigue and the return of patients to work – a prospective cohort study, in: *European Journal of Cancer* 39, S. 1562–1567.
- Spiegel, David (1996): *Psychosoziale Intervention >Coping with Cancer<*, in: Kaiser, Gerd/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), *Die Zukunft der Medizin: Neue Wege zur Gesundheit? Schriften des Wissenschaftszentrums NRW*. Frankfurt am Main: Campus, S. 180–188.
- Stammer, Heike (2006): Die Brustkrebspatientin und ihre Familie, in: Ditz, Susanne/Diegelmann, Christa/Isermann, Margarete (Hrsg.), *Psychoonkologie Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 157–166.
- Steiner, Michael/Zwingmann, Christian/Riedel, Wolfgang/Schüssler, Reinhard, Zweers, Ute (im Auftrag von Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.) (2009): *Studie: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel: Prognos.
- Steinke, Ines (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt, S. 319–331.
- Stergiou-Kita, Mary/ Pritlove, Cheryl/ Kirsh, Bonnie (2016a): The Big C – stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship* 10, S. 1035–1050.
- Stergiou-Kita, Mary/ Pritlove, Cheryl/ Holness, D. Linn/ Kirsh, Bonnie/ Eerd, Dwayne van/ Duncan, Andrea/ Jones, Jennifer (2016b): Am I ready to go to work? Assisting cancer survivors to determine work readiness. *Journal of Cancer Survivorship* 10, S. 699–710.
- Stollberg, Gunnar (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld: Transcript.
- Stosberg, Manfred/Stosberg, Krista (1991): Gesundheits- und Krankheitsverhalten als soziale Prozesse, in: Wittenberg, Reinhard (Hrsg.), *Person – Situation – Institution – Kultur*. Günter Büschges zum 65. Geburtstag. Duncker und Humblot: Berlin, S. 359–380.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Strübing, Jörg (2008): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen Erweiterung und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sullivan, Michael/Simmonds, Maureen/Butler, David/Shalliwani, Shirin/Hamidzadeh, Mahnaz (2009): Rehabilitation, in: Feuerstein, Michael (Hrsg.), *Work and Cancer Survivors*. New York: Springer, S. 211–232.
- Taubert, Steffen/Förster, Charis (2005): Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf, in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 13:4, S. 147–157.
- Temoshok, Lydia (1987): Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model, in: *Cancer Surveys* 6:3, S. 545–567.
- Thong, Melissa/Wolschon, Eva-Maria/Koch-Gallenkamp, Lena/Waldmann, Annika/Waldeyer-Sauerland, Mechthild/Pritzkuileit, Ron/Bertram, Heike/Kajüter, Hiltraud/Eberle, Andrea/Hollecsek, Bernd/Zeissig, Sylke/Brenner, Hermann/Arndt, Volker (2018): „Still a Cancer Patient“ – Associations of Cancer Identity With Patient-Reported Outcomes and Health Care Use Among Cancer Survivors, in: *JNCI Cancer Spectrum*. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1093/jncics/pky031> (zuletzt überprüft am 31.05.2022).
- Torre, Lindse/Bray, Freddie/Siegel, Rebecca/Ferlay, Jacques/Lortet-Tieulent, Joannie/Jemal, Ahmedin (2015): *Global Cancer Statistics 2012*, in: *CA Cancer J CLIN* 65, S. 87–108.
- Turner, Victor (1964): *Betwixt and Between: the Liminal Period in Rites de Passages*, in: Helm, June (Hrsg.), *Proceedings of the 1964 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*. Seattle: University of Washington Press, S. 4–20.
- Turner, Victor (2005): *Das Ritual: Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus.
- Vater, Gudrun/Niehaus, Mathilde (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in: Knoche, Karten/Sochert,

- Reinhold (zusammengestellt von); AOK-Bundesverband/BKK Bundesverband/Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung/Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Report 24 der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), S.13–19. Online abrufbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_24_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Vehling, Sigrun/Koch, Uwe/Ladehoff, Natalie/Schön, Gerhard/Wegscheider, Karl/Heckl, Ulrike/Weis, Joachim/Mehnert, Anja (2012): Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse, in: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 62, S. 249–258.
- Verbeek, Jos/Spelten, Evelien (2007): Work, in: Feuerstein, Michael (Hrsg.); *Handbook of Cancer Survivorship*. New York: Springer, S. 381–396.
- Verres, Rolf (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Ursachen, Verhütung, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin: Springer.
- Voß, Günter/Weiß, Cornelia (2005): Subjektivierung von Arbeit – Subjektivierung von Arbeitskraft, in: Kurz-Scherf, Ingrid/Correll, Lena/Janczyk, Stefanie (Hrsg.), *In Arbeit: Zukunft. Die Zukunft der Arbeit und der Arbeitsforschung liegt in ihrem Wandel*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 139–154.
- Voß, Günter/Weiß, Cornelia (2013): Burnout und Depression – Leiterkrankungen des subjektiven Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer?, in: Neckel, Sighard/Wagner, Greta (Hrsg.), *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*. Suhrkamp: Berlin, S. 29–57.
- Voß, Günter (2018): Was ist Arbeit? Zum Problem eines allgemeinen Arbeitsbegriffs, in: Böhle, Fritz/Voß, Günter/Wachtler, Günther (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie*, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 15–83.
- Voswinkel, Stephan (2010): Von neuen Freiheiten und Zwängen. Zum Ambivalenz der Sichtbarkeit von Arbeit, in: *Forschung Frankfurt* 2/2010, S. 51–53. Online abrufbar unter: <https://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/36050717/forschung-frankfurt-ausgabe-2-2010-von-neuen-freiheiten-und-zwangen-zur-ambivalenz-der-sichtbarkeit-von-arbeit.pdf> (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Voswinkel, Stephan (2017): Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der »Normalität«, in: Alsdorf, Nora/Engelbach, Ute/Flick, Sabine/Haubl, Rolf/Voswinkel, Stephan (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: transcript, S. 59–94.
- Vries, Ulrike de/Reif, Karl/Stuhldreher, Nina/Petermann, Franz/Görres, Stefan (2009): Tumorbedingte Fatigue, in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 17:4, S. 170–184.
- Walsh, Isabelle/Holton, Judith/Bailyn, Lotte/Fernandez, Walter/Levina, Natalia/Glaser, Barney (2015): What grounded theory is ... a critically reflective conversation among scholars, in: *Organizational Research Methods*, 18: 4, S. 620–628.
- Weber, Max (1930): *Wissenschaft als Beruf*, 3. Auflage. München: Duncker & Humblot. Online abrufbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssao-59862-0> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Weiling, Max Jörn (2015): *Analyse der Lebensqualität krebskranker Patienten mittels EORTC QLQ-30 unter simultaner Radiochemotherapie*. Dissertation der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. Online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:29-opus4-61929> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Welzer, Harald (1990): *Zwischen den Stühlen. Eine Längsschnittuntersuchung zum Übergangsprozeß von Hochschulabsolventen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Welzer, Harald (1993a): Transitionen – ein Konzept zur Erforschung biografischen Wandels, in: *Handlung Kultur Interpretation* 2: 3; S. 137–155.
- Welzer, Harald (1993b): *Transition: Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: Edition Diskord.
- Wienert, Julian/Schwarz, Betje/Bethge, Matthias (2016): Effectiveness of work-related medical rehabilitation in cancer patients: study protocol of a cluster-randomized multicenter trial,

- in: *BMC Cancer* 16, S. 544–. Online abrufbar unter: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-016-2563-z> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Wilde-Gröber, Ulrike (2005): Sport nach Krebs. Der Einfluss sportlicher Aktivität auf die Bewältigung einer Brustkrebserkrankung. Dissertation Eberhard-Karls Universität Tübingen. Online abrufbar unter: <http://hdl.handle.net/10900/47323> (zuletzt überprüft am 25.05.2022).
- Williams, Simon (2000): Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept, in: *Sociology of Health and Illness* 22: 2, S. 40–67.
- Wilson, Sarah/Bladin, Peter/Saling, Michael (2001): The „burden of normality“: concepts of adjustment after surgery for seizures, in: *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry* 70, S. 649–656.
- Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber.
- Wingenfeld, Klaus (2009): Transitionen im Krankheitsverlauf, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Verlag Hans Huber: Bern, S. 91–110.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1, 1, Artikel 22, abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (zuletzt überprüft am 11.05.2022).
- Wolf, Nicola (2001): Genetische Hoffnungen. Zum Wandel des Krankheitsverständnisses bei Krebs, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 43, S. 61–81.
- Wolff, Stephan (2008): Wege ins Feld und ihre Varianten, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt, S. 334–349.
- World Health Organization (WHO) (o. J.): Data and statistics. Online abrufbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics> (zuletzt überprüft am 23.11.2020). //Link existiert nicht mehr, aber die Infos sind u.a. hier zu finden: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-prevention> (zuletzt überprüft am 15.6.2022).
- Zänker, Kurt/Becker, Nikolaus (2006): Primäre Prävention, in: Schmoll, Hans-Joachim/Höffken, Klaus/Possinger, Kurt (Hrsg.), *Kompensidum Onkologie*, 4. Auflage, S. 279–306.

Danksagung

Mit der Veröffentlichung dieser Arbeit schließt sich ein für mich sehr intensives und lehrreiches Kapitel.

Ich danke insbesondere Prof. Dr. Kerstin Jürgens für ihre Unterstützung, für ihren Rat, für ihre Expertise und die konstruktive Betreuung meiner Promotion. Sie hat mir hier ein Themenfeld ans Herz gelegt, das mein Selbstverständnis als empirisch arbeitende Soziologin im Spannungsfeld von Krankheit und Gesundheit auf verschiedenen Ebenen enorm geprägt hat.

Darüber hinaus gilt mein aufrichtiger Dank dem medizinischen Leiter der Rehabilitationsklinik, dem eine Schlüsselrolle für die Durchführung der Interviews zukommt. Die soziologische Analyse dieser sensiblen, aber so bedeutsamen Thematik wäre ohne diese Unterstützung nicht denkbar gewesen.

Aus persönlicher Sicht wäre die Arbeit ohne eine besondere Person, auf deren Zuspruch ich immer vertrauen konnte, nicht möglich gewesen: Robert danke ich dafür, dass er mich in Zeiten von Zweifeln, Krisen und den verschiedensten Herausforderungen darin unterstützte, meinen Weg (weiter) zu gehen.

Schlussendlich gelten meine tiefe Dankbarkeit und aufrichtige Wertschätzung, die ein einfaches *Danke* gar nicht auszudrücken vermag, den Frauen, die sich mir in den Interviews anvertraut haben, und den Mut hatten, so offen über diese nach wie vor angstbesetzte Krankheit zu sprechen.

Kassel, Juni 2022

Miriam Schanze

Anhang

Anhang 1: Transkriptionsregeln.

Die hier angeführten Transkriptionsregeln stammen von Dresing/Pehl (2015: 21 ff.).

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
- Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
- Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“ „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen/gekennzeichnet.
- Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
- Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. Ausnahme: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
- Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.

- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handstörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.

Eigene Anpassungen sind die Folgenden:

- Die Interviewerin wird mit „I“ und die Interviewpartnerinnen mit „IP“ und der Ziffer ihrer Nummerierung, also zum Beispiel IP3, IP5 oder IP7, benannt.
- Aus der Bezeichnung des Transkripts wird die jeweilige Erhebungswelle erkennbar. „a“-Transkripte stammen aus der ersten Erhebungswelle, „b“-Transkripte aus der zweiten Erhebungswelle usw. Das Transkript mit der Bezeichnung „c_IP4“ bezieht sich demnach auf das Interview aus der dritten Erhebungswelle mit der Interviewpartnerin 4.

Anhang 2: Schematische Kurzbeschreibung für die Fallanalysen.

Der Aufbau dieser Kurzbeschreibungen ist an Flick (2010: 403) orientiert und folgt dabei diesen Aspekten:

- Typische Aussagen der Interviewpartnerin pro Interview.
- Soziodemografische Angaben (Alter, Familienstand, Wohnsituation).
- Informationen zur Brustkrebserkrankung (u. a. Therapie, Dauer der Reha, Reha-Sport-Verordnung ja/nein).
- Informationen zur Erwerbstätigkeit und zur Stufenweisen Wiedereingliederung (Dauer der Betriebszugehörigkeit, höchste Qualifikation, Aufgaben, betrieblicher Umgang mit ihrem Krankheitsausfall, geplanter Rahmen der Stufenweisen Wiedereingliederung).
- Zentrale Aussagen zu den Hauptthemen Krebs und Arbeit/StW.
- Auszüge/Aussagen aus den vier Interviews (t0 bis t3) (siehe dazu auch Leitfadenthemen, S. 62 f.).
- Auffallendes (sowohl inhaltlich als auch vom Interviewablauf bzw. Verlauf der vier Interviews).

Beispiel

Aus Gründen der Anonymisierung handelt es sich im Folgenden um einen schematischen Auszug. Die hier enthaltenen Informationen sind aus verschiedenen Interviews zusammengesetzt.

Typische Aussagen

- t0: Erster Gedanke bei Diagnose war Sterben.
- t1: „Jetzt lassen wir es krachen“; nichts mehr aufschieben, weil man nie weiß, was morgen ist auf gesundheitlicher oder persönlicher Ebene; eigene Krebserkrankung hat (im Vergleich zur Krebserkrankung im Familien-/Freundeskreis) die eigene Perspektive auf das Leben noch einmal stark geändert; die Krankheit zu vergessen würde bedeuten, auch diesen Perspektivwechsel zu vergessen.
- t2: „Man sieht die Krankheit ja nicht und alle denken, man wär' gesund“; Unsichtbarkeit ist trügerisch; aber man will ja auch nicht jammern
- t3: „Ich habe nie daran gedacht, daran zu sterben, nicht an Brustkrebs“; das Psychische ist schlimmer als das Körperliche; man wird nie mehr „die Alte“ sein.

Soziodemografische Angaben; Krankheits- und Erwerbstätigkeitsinformationen

- 53 Jahre alt; erste Brustkrebserkrankung; Therapie: OP und Bestrahlung; auf vier Wochen verlängerte Reha.
- Reha-Sport: ja.
- verheiratet; zwei Kinder; lebt mit Ehemann in einer Wohnung.
- arbeitet seit sechs Jahren bei demselben Arbeitgeber; Büro-Tätigkeit; 50 Prozent; StW; kein Ersatz für sie während des erkrankungsbedingten Ausfalls.

Zentrale Themen hinsichtl. Krebs und Arbeit/StW (als wesentliche inhaltliche Klammer)

- Körper und Psyche hängen zusammen; wieder körperlich fit werden und in Bewegung kommen, damit es dem Kopf bzw. der Psyche auch wieder besser geht
- Krebs als „Schuss vor den Bug“ und Möglichkeit, das eigene Leben noch einmal zu überdenken; „Neustart“.
- Krebs hat Prioritäten verschoben; wichtig: sich auch mal nichts vornehmen und keine Pläne machen; so gesehen hat die Krankheit auch etwas Gutes.
- Wünsche: mehr sehr selbstbestimmte Zeit statt fremdbestimmte Zeit haben; Arbeit nimmt aber schon so viel Zeit weg (Reha-Sport dann auch noch [t2]), eventuell früher in Rente gehen.

Interviewaussagen (exemplarisch)

- hält sich an Arbeit nicht für unersetzlich; für diesen Job entschieden, weil sie dort auch Teilzeit arbeiten konnte (t0)
- Bewegung mit Hund; Bewegung für die Psyche; wenn es mit der Bewegung besser geht, geht es ihrem Kopf auch besser (t0)
- in Reha will sie wieder körperlich fit werden, um wieder mit Hund spazieren gehen zu können; Gedanken abschalten können bei Bewegung; ist kein Couch-Typ; will nach Reha wieder gemächlich eine Stunde laufen können; ge-joggt ist sie noch nie, nicht ihr Ding (t0)
- Einschränkungen: Katastrophe für sie, dass sie sich nicht so bewegen konnte; Konzentration hat nachgelassen während Bestrahlung; war unsicher auf Beinen/im Auto; von da an ging es auch psychisch bergab (t0)
- IP nimmt Aussage des Arztes, dass sie mit blauem Auge davon gekommen sei, so hin und ist positiv (t1)

- noch kein Alltag aufgekommen, weil sie noch nicht richtig zur Ruhe kam; an der Arbeit noch nicht alles wie immer (t1)
- an der Arbeit wollen Kollegen ihr unter die Arme greifen; Kollegen schonen sie; IP geht aber davon aus, dass es irgendwann auch wieder anders und „normaler“ wird und die Menschen nicht mehr die ganze Zeit daran denken (t1)
- Reha-Kontakte: hat mit ein paar Frauen noch Kontakt; Gesprächsthemen: Wie Nachsorge war, Urlaube, erlebte Enttäuschungen; hat eine Frau schon zwei Mal wiedergesehen seit Reha (t2)
- Arbeit: Kontakt zu Arbeitskollegen und Chefin ist im Moment rar, aber sie muss bald ein klärendes Gespräch mit Chefin führen (t2)
- Pläne/Wünsche: man muss sich erst mal um Existenz, d. h. Arbeit kümmern, bevor sie größere Pläne macht; ohne Geld kann man keine Pläne schmieden; träumen von Urlaub; will so viel arbeiten, dass alle Eventualitäten geklärt sind (t2)
- Umfeld: alle Kollegen haben etwas an der Arbeit; jeder hat sein Päckchen; Krankheiten, Scheidungen usw. sie dachte immer, ihr geht es am besten; deswegen hat sie damit nicht gerechnet, dass sie Krebs kriegt; aber scheinbar hat sie nicht gut genug auf sich aufgepasst (t3)
- Veränderungen: hat weniger Geduld, will mehr mitbestimmen, will mehr Kontrolle; ihre Familie sagen in letzter Zeit sehr oft zu ihr „Das hast du doch früher nicht gemacht“; hat weniger Geduld; hatte erwartet, dass es nach Krebs andersherum ist; ist aber nicht so (t3)

Auffallendes

- Sehr knappe Antworten im ersten Interview; die Interviewsituation wird von Mal zu Mal entspannter und lockerer; Redebeiträge der Interviewpartnerin werden ausführlicher
- Berichtet zunächst vom Streben danach, risikofreudiger werden zu wollen und weniger auf Sicherheiten setzen wollen, im Sinne von „das Leben ist zu kurz für feste Bahnen“; dieser Gedanke scheint im Verlauf der Zeit (zumindest der Interviews) völlig zu verschwinden